

## ARTIGO DE REVISÃO

# CONSTRUINDO VÍNCULOS, APREENDENDO SAÚDE: ESTUDO DE REVISÃO

**Building bonds learning health care: a review**

Maria Alice Amorim Garcia<sup>1</sup>, Beatriz Khater<sup>2</sup>

### RESUMO

Na formação de profissionais de saúde, a inserção do estudante em cenários de práticas com aprendizagem ativa, em especial em serviços da Atenção Primária à Saúde, facilita a aproximação e o reconhecimento de realidades distintas e permite a criação de vínculos com as equipes e com os usuários. Esta forma de abordagem promove o contato com situações inerentes à prática profissional e cria, desde o início da formação, a possibilidade de uma ação responsável e competente. Por meio de estudo de revisão, busca-se rever os conceitos de humanização e vínculo na literatura e sua aplicação na formação profissional, em especial na formação médica, relatando algumas experiências de ensino.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Estudantes de Medicina; Ensino; Humanização da Assistência; Vínculo.

### ABSTRACT

During the academic training of health care professionals, exposing students to active learning in practical activities, especially in Primary Health Care Services, makes it possible for them to approach and recognize different realities and thus establish links between health workers and patients. Moreover, this kind of approach promotes contact with situations inherent in medical practice and opens the possibility for responsible and competent action, right from the beginning of medical education. Through a review study, we aim to review the concepts of “humanization of assistance” and “object attachment” and their application in training physicians, considering teaching strategies for professional education in medicine and past experiences in this area.

**KEY WORDS:** Primary Health Care; Students, Medical; Teaching; Humanization of Assistance; Object attachment.

### Construindo vínculos, apreendendo saúde: estudo de revisão

*“Puesto que se vive, justo es que donde se enseñe, se enseñe a conocer la vida.”*  
José Martí

<sup>1</sup> Maria Alice Amorim Garcia, Docente Titular da Faculdade de Medicina, Doutor em Saúde Coletiva, Coordenador do PRÓ-SAÚDE. E-mail: millas@lexxa.com.br

<sup>2</sup> Beatriz Khater, Discente da Faculdade de Medicina, Participante do PRO-SAUDE da PUC-Campinas.

Financiamento: PRO-SAUDE/SGTES/Ministério da Saúde

## INTRODUÇÃO

### Aspectos históricos do ensino-aprendizagem no campo da Saúde

Historicamente, o ensino médico foi produzido em meio à constituição da medicina como prática e como ciência fundamentada no método clínico que conforma um corpo organizado da nosologia e estabelece, com a doença e com o doente, relações fundadas na decifração e codificação dos sintomas no exercício da prática no hospital.<sup>1</sup>

Em vista deste modelo biomédico embasado na racionalidade científica moderna, Abraham Flexner (relatório publicado em 1910) propiciou a reorganização e regulamentação das escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá, descartando as terapêuticas não convencionais e priorizando a associação com o grande capital, em especial com a indústria farmacêutica, instituindo a ‘medicina científica’. Esta racionalidade influenciou a organização dos serviços e a formação dos demais profissionais de saúde e permitiu, para a época, a excelência na formação médica, mas desencadeou um processo de desvalorização de todas as propostas assistenciais que não se baseassem neste modelo.<sup>2,3</sup>

Outra proposta, crítica à anterior, elaborada por Bertrand Dawson (em torno de 1920, nas faculdades da Inglaterra e da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas), fundamentava-se em ações preventivas e terapêuticas, na formação não restrita aos hospitais de ensino especializados e na função do médico generalista junto ao indivíduo e à comunidade, que também influenciou a organização dos serviços de saúde daqueles países, bem como os de Cuba e do Canadá.<sup>2,3</sup>

O denominado modelo flexneriano tem sido imperante no ensino médico brasileiro até o presente momento, sofrendo críticas desde a década de 1960, quando surgiram as propostas da Medicina Integral e Medicina Comunitária. Estas reformas acentuaram a dicotomia entre prevenção e cura, ao mesmo tempo em que abriram o debate relativo à fragmentação da prática e saber médicos, à subordinação dos aspectos psicossociais da produção das doenças aos aspectos orgânicos e ao descompromisso com a realidade e necessidades da população.<sup>1</sup>

Como discutido por Feuerwerker<sup>4</sup>, as ‘forças externas’ às escolas médicas atuam de maneira muito forte sobre o processo de formação e sobre os arranjos de poder dentro das instituições universitárias, por meio dos interesses corporativos e econômicos de natureza variada. Abrir espaços para os atores representantes dos serviços públicos

e da população significa abrir espaço para ‘o outro lado’. Reconhecendo a heterogeneidade de interesses e poderes internos e externos, deve-se pautar o processo de mudanças no campo do ensino e produção da saúde na articulação de diferentes mecanismos de cogestão e participação.<sup>4</sup>

Nestes últimos anos, buscando o cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) revistas em 2001, os Ministérios da Saúde e da Educação desenvolveram diversas estratégias e linhas de apoio financeiro indutoras de reformas curriculares com intuito de qualificar a formação a partir de práticas reais baseadas nas necessidades de saúde e nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre elas, destaca-se o Aprender-SUS, o VER-SUS, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina (PROMED), os Polos de Educação Permanente, a certificação dos Hospitais de Ensino, o Programa Nacional de Humanização (PNH), o Programa Nacional de Reorientação da Formação do Profissional de Saúde (PRÓ-SAÚDE) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE).<sup>5-8</sup>

O surgimento de uma nova tendência de ensino no campo da Saúde, portanto, vem se firmando nas últimas décadas com a estratégia da inserção continuada do discente no meio social de modo que a prática e a vivência em comunidade e serviços de saúde contribuam de maneira significativa para a formação profissional.

Se a aposta da formação tem como princípio a problematização das práticas em saúde, a concepção que postula a aprendizagem como ação que se dá entre sujeito e objeto já dado a priori acaba por reificar aquelas noções de que de um lado existem emissores e de outros receptores, ainda que estes sejam tomados como sujeitos ativos do processo de conhecimento, no dito método “bancário” de transmissão de informação.<sup>9,10</sup>

Assim, o ensino inserido no cotidiano do trabalho implica um processo complexo de transformação das políticas de formação profissional que avançam da mera modernização curricular, no sentido de uma nova concepção filosófica e sociopolítica de sociedade, ultrapassando conteúdos e matérias pré-definidas, pressupondo o compromisso com a realidade de saúde.

A construção de um currículo integrado e integral deve incorporar valores, ideologias, interesses, enfoques, construindo dissensos e consensos, possibilitando a ‘reflexão na ação’ que busca ultrapassar o ‘conhecer’ de caráter normativo, automático, rotineiro, espontâneo e tácito. A ‘reflexão’, enquanto crítica ao modelo normativo, deve emergir a partir dos resultados produzidos na ação, vinculando-se a uma política de atenção que tenha por meta a satisfação de todos

os envolvidos, definindo potencialidades (comportamentais e cognitivas) necessárias aos profissionais em processo de formação e vinculadas à capacitação/trabalho em saúde na perspectiva da integralidade.<sup>11</sup>

A exigência é que se formem trabalhadores da saúde com capacidade técnica e política para longo caminho a percorrer, como se discute no desenvolvimento deste estudo que realiza a revisão relativa aos conceitos de humanização e vínculo e sua aplicação na formação profissional, em especial na formação médica, relatando algumas experiências de ensino.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão da literatura, uma vez que é apropriada para descrever, discutir e analisar de forma ampla um determinado tema, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Para tanto, foi pesquisada a literatura científica publicada na última década, nas bases de dados LILACS, IBICS e MEDLINE da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) e que cruzavam duas ou três das seguintes palavras-chave: 'atenção primária à saúde', 'estudantes de medicina', 'ensino', 'humanização da assistência' e 'vínculo'. Foram incluídos também textos conceituais da literatura relativos ao tema.

Procedeu-se à leitura dos resumos das publicações localizadas a fim de identificar quais atendiam os critérios de inclusão, ou seja, os artigos relevantes e pertinentes referentes à formação médica e de profissionais de saúde que apresentavam, por temática, a questão do vínculo e humanização da assistência em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na Atenção Primária à Saúde, incluindo experiências internacionais que enfocavam a mesma temática. Foram excluídas as teses, artigos de opinião e artigos que não se referiam a essas questões. Esse critério de escolha representou a exclusão de 141 dos 172 artigos científicos encontrados.

Partindo-se da apresentação das publicações referentes aos cenários de ensino, procurou-se desenvolver os conceitos de humanização e vínculo, explicar suas implicações para o processo de aprendizagem, finalizando com a apresentação de algumas avaliações de experiências curriculares de atividades de ensino em cenários de práticas, em especial na Atenção Básica, no tocante à humanização na formação profissional.

### Cenários de ensino e humanização: alternativas na Atenção Básica e Estratégia da Saúde da Família

*"...ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria produção ou a sua construção"*<sup>12:47</sup>

Muito se discute sobre um modelo de ensino que atenda às expectativas da sociedade expressas nas DCN. Entretanto a busca pela excelência no ensino nas Universidades requer adequações que não se limitem às exigências de mercado, mas conformem ações que possibilitem o exercício da cidadania e a conscientização da responsabilidade social, o que corrobora a necessidade de inserção da escola médica no SUS.<sup>13</sup>

Visando reverter à racionalidade biomédica imperante nas escolas, foram implantadas disciplinas de humanidades e preventivas.<sup>8,14</sup> Alternativa não excludente à introdução de 'novas' disciplinas foi a integração docente-assistencial, cujas propostas receberam diferentes incentivos e apoios financeiros nacionais e internacionais, buscando construir modelos viáveis de formação de profissionais e de sistemas de saúde.

Entre estas redes, destaca-se o Projeto UNI - Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde que, por meio de parcerias entre as universidades, serviços locais e comunidade, visava à transformação do ensino. Seus resultados foram aquém das expectativas, mas semearam mudanças tanto nas escolas quanto nos sistemas locais, constituindo sujeitos orientados por valores e projetos coletivos, responsáveis pela criação de redes docente-assistenciais, instituintes de políticas locais predecessoras do SUS.<sup>15-17</sup>

Constatam-se diversos entraves para a integração ensino-serviço, destacando-se, no tocante ao ensino, a aplicação de metodologias pedagógicas limitadas à transmissão de conhecimentos, com maior ênfase no ensino que na aprendizagem. A integração ensino-serviço exige, das instituições, um trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade da atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços.<sup>15,17,18</sup>

A Atenção Básica (ABS) e a Estratégia da Saúde da Família (ESF) têm se constituído um espaço privilegiado das políticas de formação dos profissionais de saúde. Experiências internacionais têm demonstrado a importância da inserção de atividades clínicas nos primeiros anos dos cursos, em especial na Atenção Básica, enquanto motivadoras do aprendizado responsável, facilitando a identificação profissional, a aquisição e retenção de conhecimentos e sua contextualização; o aprimoramento de habilidades na narrativa, exame e comunicação; o impacto perante o sofrimento; a socialização com as equipes profissionais.<sup>19-22</sup>

Enquanto resultados voltados à formação cidadã, identifica-se que o contato com as populações e serviços permite a convivência com problemas complexos que possibilitam refletir acerca das situações de saúde, definir estratégias de abordagem e propor ações efetivas sob a análise das relações materiais e sociais do espaço, propiciando melhoria da qualidade de vida.<sup>6,23</sup>

Entre as diretrizes organizacionais para que a ABS cumpra seu papel de atenção integral e da troca de saberes e ensino-aprendizagem, destacam-se.<sup>3,23,24</sup>

- o acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação da vulnerabilidade e de riscos, assegurando atendimento por meio de atividades diversificadas que incluem as visitas domiciliares e ao território;
- a clínica ampliada e compartilhada com intervenções que envolvam as dimensões biológicas, sociais e culturais, subjetivas, individuais e coletivas;
- o trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional;
- a abordagem do sujeito, da família e do seu contexto;
- a construção de vínculo entre equipe e usuários;
- a responsabilidade sanitária por um território;
- a reformulação dos saberes e práticas da clínica, incorporando conceitos e ferramentas da Saúde Coletiva, saúde mental, ciências sociais e outros campos;
- a participação na gestão com ações de cogestão dos serviços e equipes, valorizando-se a corresponsabilidade da comunidade com o processo saúde-doença, ampliando-se a autonomia da população e reforçando a relação da equipe com o território, agregando valor à vida das pessoas e ao trabalho em saúde.

Entretanto, os impasses na implantação real da ABS são percebidos com forte crítica à qualidade da atenção, que se depara com condições precárias de trabalho, indefinições políticas, demanda excessiva, dificultando o vínculo e acarretando rotatividade profissional. Acarretam também dificuldades para a docência, pois se apresentam como cenários que proporcionam, aos estudantes, a apreensão de atitudes inadequadas.

Enquanto desafios ao trabalho em saúde, impõe-se uma gestão que transforme o modelo que leva os pacientes a serem vistos sempre pela primeira vez.<sup>23,24</sup> Surgem também políticas de transformação do modelo assistencial e da formação de profissionais de saúde. Serviços despreparados ou insuficientes para a assistência e a docência devem gerar, como discutido abaixo, “práticas de desassossego”<sup>10,24</sup> que têm por objetivo estender e aprofundar as transformações no sentido da humanização.

## Humanização, integralidade e vínculo

O conceito de humanização, tão amplamente difundido e por vezes até banalizado, compreende “a essência humana não como algo abstrato e imanente a cada indivíduo ou como algo universal que se manifesta nos indivíduos, mas como o conjunto das relações sociais”<sup>25:305</sup>

Assim, toma-se a humanização como estratégia de interferência nas práticas de ação em saúde, levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios. A humanização como política transversal supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde.<sup>7</sup>

Em se tratando de SUS, a Política Nacional de Humanização (PNH), proposta pelo Ministério da Saúde em 2003, pretende ter caráter transversal, perpassando todos os níveis de atenção à saúde numa transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho. O diferencial dessa política reside na preocupação com a capacitação e o desenvolvimento dos trabalhadores, proporcionando condições adequadas para a execução das atividades laborais e para que os que cuidam possam ter suas necessidades satisfeitas.<sup>26</sup>

A PNH reconhece que há um SUS que dá certo, mas existem desafios e problemas que devem ser superados.

*“O SUS que dá certo nem sempre toma visibilidade, sendo, portanto, tarefa política de seus agentes anunciá-lo (...) como afirmação do horizonte utópico de que é possível produzir mudanças nas práticas de gestão e atenção, o que permite o reencantamento de trabalhadores e da sociedade em geral pelo SUS, pela política pública solidária e de qualidade”<sup>26:65</sup>*

O conceito de integralidade traduz a humanização em sentidos que não se limitam à realização de uma ‘boa medicina’, restrita à mudança das atitudes dos profissionais ou à resposta aos sofrimentos trazidos pelas pessoas e substanciados em doenças, ou mesmo quando se amplia a ação para a prevenção. A integralidade implica uma atitude profissional “que diante de um paciente busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas relacionadas a uma experiência de sofrimento, as necessidades de ações (...) de prevenção ou (...) a simples necessidade da conversa”.<sup>27:9</sup> Implica também a revisão dos processos de trabalho, da atuação em equipe, da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, numa “perspectiva de diálogo entre

diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde”<sup>27:14</sup> que devem ser respondidas por políticas governamentais.<sup>27</sup>

A assimilação da integralidade na organização dos serviços e das práticas é sustentada em três pilares básicos: o território-processo, os problemas de saúde e a intersectorialidade, possibilitando o olhar biopsicossocial, a promoção da saúde e prevenção das doenças. Demanda uma ação coordenada entre os setores da saúde, sociais e econômicos, envolvendo indivíduos, famílias e comunidade.<sup>27,30</sup>

Desenvolvendo esses conceitos, falamos de um trabalho vivo executado a partir da relação entre sujeitos, em espaços intercessores de desenvolvimento de tecnologias leves (das relações do trabalho vivo) que possibilitam a criação de vínculos e permitem o acolhimento e fortalecimento destas relações, conduzindo a maiores ganhos de autonomia e responsabilização dos sujeitos.<sup>3,29,31,32</sup>

Nesses espaços intercessores, torna-se possível um modo mutante de fazer saúde e de educar os quais estão intrinsecamente relacionados. Essas necessidades (de ensino-aprendizagem e de cuidado) apresentam diferentes formatos, tanto como carência quanto como potência, requerendo distintas formas de resolvê-las.<sup>18,32</sup>

Dentre as tecnologias leves envolvidas nas relações entre pessoas e cuidadores, destacamos a noção de vínculo. Para a psicanálise, as relações de vínculo e apego são construídas no desenvolvimento do ser humano, desde sua primeira infância. Apego pressupõe o estabelecimento de relações sociais, o desejo de uma relação emocional estreita com um elemento especificamente humano. Os conceitos de apego e vínculo complementam-se na medida em que as experiências vinculares apresentam um desenvolvimento paralelo com outras teorias psicanalíticas, especialmente aquelas de relação ao objeto.<sup>33</sup>

A definição de vínculo, enquanto “apego ao objeto” ou “apego emocional a uma pessoa ou objeto presente no ambiente”, conforme os Descritores em Ciência e Saúde<sup>34</sup>, significa admitir uma estreita relação emocional com um ‘objeto’ exclusivamente humano, reconhecendo que, para a psicanálise, ‘objeto’ não implica algo material.

Além disso, pode-se pensar no vínculo em três dimensões: como afetividade, como relação terapêutica e como continuidade, afetividade tanto do profissional, como por parte do paciente; relação terapêutica, pois implicada no ato de dar atenção e, por sua vez, a continuidade enquanto fator de fortalecimento do vínculo e do mútuo conhecimento e confiança entre profissional e paciente.<sup>25</sup>

Dessa forma, vínculo implica tratamento adequado, com confiança e segurança; responsabilização em relação

à proposta terapêutica dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocrática, nem impessoal; relações claras e próximas; integração com a comunidade em seu território, no serviço, nos grupos, tornando o profissional uma referência para o usuário, individual ou coletivo, na construção de autonomias.<sup>25</sup>

Nesse sentido, na perspectiva da promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida, conforme prevê a Carta de Ottawa, a comunidade deixa de ser mero objeto de estudo e assistência e passa a participar de maneira ativa do processo de promoção da saúde e formação profissional, beneficiando-se e responsabilizando-se por ações e medidas efetivas de intervenção e mudança social, sendo sujeitos da definição das temáticas e focos do ensino e da produção de cuidado e de saberes.<sup>30</sup>

Mais além, vínculo baseia numa relação fundada na “revelação de verdades”<sup>34</sup>, conceito embutido no descritor “relações médico-paciente”<sup>34</sup> enquanto “revelação verdadeira de alguma **informação**, especialmente quando esta parece ser dolorosa psicologicamente (‘más notícias’) ao destinatário (ex., **revelação** ao paciente ou à **família** de um paciente sobre seu **diagnóstico** ou prognóstico), ou ainda, embaraçosa ao interlocutor (ex., **revelação** de erros médicos)”<sup>34</sup>.

A criação de vínculo durante a formação deve privilegiar a escuta qualificada: “saber ouvir com os ouvidos e, também, com os olhos, os sentimentos e a razão”<sup>25:309</sup>

Falamos, assim, de uma compreensão humana, crucial para a construção da solidariedade e da ética e que não se limita à comunicação. Compreender significa, intelectualmente, apreender em conjunto, abraçar junto, que ultrapassa a inteligibilidade e a explicação, para comportar a identificação de sujeito a sujeito num processo de empatia, de projeção, que pede abertura, simpatia, generosidade. A ética da compreensão demanda compreender de modo desinteressado, argumentando, refutando ao invés de acusar, condenar ou desculpar; pede que se compreenda a incompreensão que inclui a incompreensão de si mesmo.<sup>35</sup>

Entre a diversidade de referências que embasam as relações médico-paciente, Balint<sup>36</sup> desenvolveu uma metodologia que não se limita a reconhecer teoricamente a dimensão subjetiva das relações clínicas, mas de aprender a lidar com o fluxo de afetos inerentes a estas relações a partir de situações vividas. Segundo o autor,

*“a droga mais frequentemente usada na clínica geral é o próprio médico (...) e em nenhum tipo de manual se encontrarão referências quanto a em que dosagem o médico deve prescrever a*



*si mesmo (...), sobre os possíveis riscos deste tipo de medicação (...) ou sobre os efeitos secundários indesejáveis*.<sup>36:1</sup>

Para Entralgo<sup>37</sup>, a relação médico-paciente é uma forma singular de amizade ser humano/ser humano que deve abranger a benevolência (querer o bem do outro), a benedictência (falar bem do outro), a beneficência (aceitar o que o outro é ajudando-o a ser o melhor que puder ser) e a benefidecência (a expansão de afeto em direção ao outro), em qualquer circunstância.

Como analisado por Chaves<sup>16</sup>, a unidade básica do vínculo é a relação entre sujeitos que se desenvolve em diferentes níveis de complexidade: o primeiro é o reconhecimento do outro como par, como interlocutor, como pessoa com direitos. O segundo é o do conhecimento do outro com sua visão de mundo. O terceiro é o da colaboração e reciprocidade, seguido da cooperação, nível mais complexo, pois implica a existência ou a identificação de um problema comum.

Por fim, apreender vínculo implica, diante da variedade de cenários propostos, aprender a incorporar conceitos e atitudes acerca do cuidado em todos os graus de complexidade que a atenção ao ser humano envolve. Enquanto práxis reflexiva, a aprendizagem, por meio de metodologias ativas, deve estimular que os estudantes sejam elaboradores de seu próprio saber, proporcionando o crescimento e desenvolvimento da pessoa em sua totalidade, englobando conhecimentos, habilidades, atitudes e valores. Situações e conflitos gerados em cenários de práticas possibilitam, ao discente, a reflexão e a problematização que potencializam a busca compromissada de soluções, construindo o conhecimento, agindo de maneira criativa, de forma a passar de sujeito a agente de sua realidade e protagonista de mudanças sociais.<sup>18,39</sup>

### **Apreensão da humanização e vínculo no ensino-aprendizagem**

Os fundamentos apresentados permitem-nos refletir sobre o exercício de compartilhar saberes no trabalho coletivo e, assim, contribuir para que a Universidade repense suas práticas de modo a encontrar novos eixos para os seus currículos, ofertando aos futuros profissionais oportunidades para além de um saber eminentemente técnico, um saber provido de solidariedade e responsabilidade social.<sup>12,13</sup>

Entre os princípios da PNH que orientam os processos de formação, destaca-se a consideração de que a formação é intervenção e a intervenção é formação, ou seja, a formação é um exercício indissociável da experimentação,

do convívio, da troca entre sujeitos em situações reais e concretas do cotidiano dos serviços. É exatamente a qualidade e intensidade desta troca que garante bons processos de formação. Fazendo nossas as palavras de Pasche<sup>26:71</sup> “humanizar a saúde é, pois, construir relações mais afirmativas dos valores que orientam nossa política pública de saúde”.

Portanto dar voz ao usuário e com ele estabelecer um vínculo implica considerar as pessoas como o principal recurso para a saúde, apoiando-as para que se mantenham saudáveis, como também e, sobretudo, possibilitando sua satisfação, reforçando a participação popular como principal ferramenta para assegurar a qualidade dos serviços.<sup>29,30,39</sup>

Reconhecer a comunidade como um espaço no qual se cruzam diversas referências que originam saberes distintos é assumir que todo conhecimento humano é relativo, parcial e incompleto, fazendo com que o processo de construção da saúde não tenha fim, uma vez que exige revisão constante de metas e objetivos de acordo com as necessidades da comunidade, explorando ao máximo suas possibilidades, constituindo um aprendizado contínuo que respeita os saberes e o legado cultural de cada comunidade e reconhece que, no exercício do cuidado em saúde, é necessário atualização e atuação contínua e permanente.<sup>35</sup>

Como discutido por Pasche<sup>26:45</sup>, a relação entre processos de formação e processos de intervenção nos movimentos do real, implica a

*“indissociabilidade entre pensamento e vida, entre invenção de si e de mundo, trazendo para o debate das políticas de formação em saúde o desafio teórico-metodológico de construção de práticas que incluam o cotidiano dos serviços, seus desafios e suas relações com os modos de fazer o cuidado e a gestão no território. Práticas que incluam e sejam permeadas pelas experiências que os sujeitos-alunos trazem em sua história de relações nos territórios de vida-trabalho”.*

A consequência será a esperada maturidade do estudante em formação que aprende a lidar com as incertezas, com o imprevisível e com a realidade ao seu redor e, por conseguinte, a concepção de um ensino e prática que possam contribuir para o combate à exclusão social. Por meio da integralidade, busca-se reduzir nossa incapacidade de estabelecer relação com o outro a não ser transformando-o em objeto; ou nossa impossibilidade de tratarmos os outros como sujeitos portadores de desejos, aspirações, sonhos, tratando apenas suas doenças.<sup>13,27,35</sup>

## Experiências de ensino no SUS: apreendendo vínculo?

O conteúdo exposto sinaliza que ensinar o cuidado humanizado é desenvolver o sentido de Ser humano no contexto globalizado, permitindo ao discente o desenvolvimento enquanto um ser ético, apoiado em uma formação crítico-reflexiva. É fundamental o processo do “saber e fazer” focado em estratégias de ensinar e aprender cuidado, com pontos de convergência que caminhem para a integralidade. Por sua vez, para ensinar o cuidado humanizado, o corpo docente também precisa humanizar suas relações e investir no desenvolvimento da abordagem holística no processo de formação.<sup>14</sup>

A Humanização responde a princípios, diretrizes e dispositivos acionados por um método, o que faz da Humanização uma aposta metodológica, um certo modo de fazer, lidar e intervir sobre os problemas do cotidiano do SUS. Esse método implica na tríplice inclusão: de pessoas, de coletivos e movimentos sociais e da perturbação, da tensão que essas inclusões produzem nas relações entre os sujeitos nos processos de gestão e de atenção, tomados como indissociáveis. É justamente esse ‘movimento de perturbação’ gerado pela tríplice inclusão que permite a produção de mudanças nos modos de gerir, de cuidar e de aprender.<sup>7,26</sup>

Assim, formar-intervir-mudar é um exercício que não pode restringir-se ao mundo das ciências biomédicas, mesmo que associadas às disciplinas humanísticas. É necessário que as universidades e seus cursos formem cidadãos-trabalhadores da saúde que compreendam e tenham condições de interferir sobre múltiplos campos que conformam diversos planos de forças que interferem e, muitas vezes, definem seus processos de trabalho.<sup>26</sup>

Práticas de formação conectadas ao processo de trabalho contrapõem-se a “práticas apaziguadoras, que não veem perspectivas de interferência nos dilemas que vivemos no presente”<sup>10,24</sup>, configurando “práticas de desassossego que indagam as evidências que nos constituem”.<sup>10,24</sup>

Entre os relatos e pesquisas relativos a experiências de ensino selecionadas neste estudo de revisão, destacam-se muitos ‘desassossegos’, caracterizados em alguns cenários e escolas, mais como fragilidades e/ou dificuldades e, em outros, como fortalezas e/ou potencialidades.

No tocante ao discente, depara-se com um perfil majoritário de indivíduos com parentes médicos, com interesse predominante pela biologia, status social elevado, expectativa de altos ingressos monetários e motivações para a escolha da medicina fundadas no desejo de ajudar os outros, salvar vidas e acolher e mitigar o sofrimento

das pessoas. Independente de razões específicas, o que se percebe é uma tendência à dissolução de quase todas estas motivações ao longo da trajetória do curso médico até a prática profissional.<sup>40-43</sup>

Algumas pesquisas evidenciam o grau de insatisfação, por parte dos estudantes, com relação à maneira como os currículos vêm sendo estruturados, sua inadequação às diretrizes e aos princípios do SUS, a elevada carga teórica e o distanciamento das atividades práticas que desmotivam e desestimulam o estudo, fragmentam a formação, fazendo com que os conhecimentos apresentem-se despidos de seus processos e sentidos. O entusiasmo pelo ensino é recuperado a partir do momento em que o currículo aproxima-se da realidade, correlacionando teoria e prática.<sup>8,28,38,42,44</sup>

Há, conforme descrito por Quintana<sup>42</sup>, uma negligência na formação emocional do aluno que leva a uma tentativa de eliminar as emoções. Este autor deparou-se, em sua pesquisa, com o fato de que o estudante, ao ter que lidar sozinho com sua angústia, desenvolve um processo de despersonalização de si mesmo e dos pacientes. A dicotomia entre teoria e prática e o despreparo para o contato com os pacientes fazem com que esta relação se torne uma experiência avaliada, muitas vezes, como negativa e frustrante.

Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), em pesquisa qualitativa (grupos focais) com 73 estudantes, dos diferentes anos do curso, constatou-se importante irritação dos discentes com o fato de a Faculdade ter discursos que não são postos em prática: o modelo autocrático e hierárquico predomina do ciclo básico à pós-graduação; estabelecem-se relações desiguais que desqualificam saberes e impõem uma passividade e atitude não crítica dos alunos. Nos serviços, o estudante se sente desconsiderado e pouco acolhido pelos professores, em geral se espelha num profissional que também não se porta de modo humanizado; não há referência à equipe multidisciplinar e a precarização da assistência foi constatada tanto nos hospitais quanto nas unidades de saúde.<sup>9</sup>

Em outra investigação realizada por Binz<sup>45</sup> em um serviço de saúde-escola, observou-se a predominância de posturas inadequadas dos estudantes, isolamento dos alunos da Medicina, atrasos sem justificativas, enfoques biologicistas com intervenções focais e sem continuidade, práticas interdisciplinares incipientes. Nas consultas, os vínculos dos estudantes foram tênues e insuficientes para promoverem aprendizados afetivos e efetivos, bem como mudanças concretas nos processos de saúde destes usuários; falta de reforços positivos para seguimento continuado dos pacientes, pressa em todas as fases da relação paciente-médico. Na sala de espera, surgiram ações corporais ofensivas entre

colegas, pouco ou nenhuma interação com os pacientes, a qual se inicia somente quando de posse do prontuário, observando-se o mesmo em relação aos docentes. Nas salas de discussões, apresentaram-se conversas paralelas; relatos inadequados, pouco expressivos, distanciados, com históricos de vida empobrecidos, descrições e rotulações de pacientes, descasos significativos com a singularidade de cada indivíduo; eventualmente, atitudes agressivas e palavras rudes entre colegas.

Resultado semelhante foi descrito por Beca<sup>43</sup> que constatou que o perfil dos discentes dificulta as relações médico-paciente, pois estes apresentam falta de empatia com os pacientes, competição com os colegas, desinteresse pelo detalhamento das histórias clínicas e temor aos docentes que, associado ao medo de errar, faz com que não questionem os colegas e os professores e não troquem conhecimentos com os pacientes. Por sentirem-se muito jovens e inseguros, não sabem enfrentar aspectos emocionais. Paradoxalmente, a avaliação destes mesmos estudantes foi a de que, à medida que passaram a apresentar-se de forma correta e respeitosa como estudantes que necessitavam aprender, os encontros com os pacientes foram muito gratificantes; sentiram-se impressionados com a disposição dos doentes.

Conforme analisamos nesta revisão, em muitas situações, não há práticas de desassossego, mas somente as apaziguadoras de situações-limite em que se põem os discentes. Como descrito por Alves<sup>28</sup>, o aluno sensível, que enxerga o sofrimento das pessoas e sua complexidade, não tem espaço durante a formação para expressar suas emoções, tendo até que escondê-las, sendo ‘acusado de ser frágil, sensível, mole’ e, portanto, ‘não servir para ser médico’.

Com relação aos docentes, vem-se observando, frequentemente, a resistência a mudanças das práticas pedagógicas. Tende-se a manter estratégias pedagógicas tradicionais que refletem a concepção destes professores acerca de suas funções profissionais e o modo como devem ser desenvolvidas. Muitos ainda ensinam segundo os métodos que dominam e os conteúdos que acreditam que devam ser ensinados, cultivando o objetivismo tecnológico especializado, descompromissado com o social e distanciado da realidade das pessoas, da comunidade e do sistema de saúde.<sup>46,47</sup>

Conforme relatado por Binz<sup>45:38</sup>, “parece que se têm médicos que estão professores, ao invés de professores que são médicos”. Para os estudantes apresentam-se diferentes estilos de profissionais e docentes que funcionam como modelos, alguns positivos (exemplos a serem seguidos) e outros negativos (ações e atitudes que não se deseja repetir). Nesse processo de identificação, essas atitudes se repetirão no relacionamento do futuro médico com seus pacientes.

Para o enfrentamento dessa questão, os discentes recorrem a mecanismos de defesa, tais como a negação, a intelectualização e a dissociação, que levam à alienação do humano e ao isolamento do paciente.<sup>28</sup>

Segundo análise de Sucupira<sup>41</sup>, a relação médico-paciente ainda se constitui um tema marginal, frente à hegemonia do modelo biológico organicista que domina a formação médica. Inexistem livros didáticos sobre esse assunto dirigidos aos alunos. Atualmente, pode-se observar que o movimento ético e humanitário no interior da profissão médica, começa a ter repercussões no meio acadêmico e, em algumas universidades, a abordagem de temas referentes à bioética introduz a discussão da relação médico-paciente.

Há também a inserção de técnicas e procedimentos ligados à relação médico-paciente, enquanto protocolos, guias e regras, a serem adequados posteriormente à subjetividade dos participantes, o que reduz o caráter dessa relação. Confundem-se habilidades de comunicação e relação médico-paciente. Temos, dessa forma, uma relação que se dá entre dois sujeitos sociais e que se caracteriza por ser uma relação assimétrica, tanto em função do saber envolvido, quanto, muitas vezes, das inserções sociais desses atores. Caracteriza-se como uma tecnologia de processo que vai além de uma técnica ou um procedimento de comunicação. É fundamental que se considere todos os determinantes envolvidos nessa relação, sobretudo o tipo de instituição em que ela ocorre e a compreensão mais ampla do paciente e de suas demandas. Exige-se do futuro profissional uma postura não somente ética, mas solidária para lidar com um sofrimento que precisa ser acolhido.<sup>41</sup>

Em relação a essa questão, conforme constatado em pesquisa com discentes, a aquisição de habilidades de comunicação, em geral realizada na prática e por conta própria, por si só, não garante a humanização, diminuindo a empatia do estudante e deteriorando as relações com os pacientes.<sup>48:305</sup>

Em contraposição às experiências citadas acima, a integração ensino-serviço e, em especial, os cenários da atenção básica e saúde da família têm se apresentado enquanto espaços possibilitadores de práticas de desassossego.

No estudo junto ao Internato na Universidade Federal da Bahia, observou-se que os alunos perceberam, com certo grau de surpresa, a mudança no modelo assistencial com respeito ao trabalho em equipe multiprofissional, as relações com a população de caráter humanizado e personalizado, com vínculo e responsabilização, fundamentado num processo de adoecer que abarca o social.<sup>49</sup>

Na pesquisa de Alves<sup>28</sup>, os discentes consideraram o contato com a comunidade como uma oportunidade de



compreender o paciente e entender sua doença dentro do contexto social. A multiplicidade de cenários, a interdisciplinaridade, a aprendizagem interprofissional e o trabalho em equipe foram apontados como estratégias facilitadoras da aprendizagem com vistas à integralidade.

Resultados semelhantes foram relatados por Anjos<sup>47</sup>: 90% dos alunos se sentiram bem recebidos pela equipe multiprofissional local, tendo considerado como proveitosos para a aprendizagem o trabalho de campo (cadastramento), a interação com o agente comunitário, a aprendizagem contextualizada, a possibilidade da revisão de conceitos e a troca de experiências.

Em pesquisa desenvolvida na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), com 24 estudantes de Medicina e de Enfermagem das séries iniciais, concluiu-se que as metodologias ativas (problematização) apresentam, como ‘fortaleza’, a possibilidade de contato precoce com os usuários e a equipe de saúde, o que permite o estabelecimento de vínculo e responsabilização, a sensação de se sentir útil à comunidade, a compreensão da complexidade e diversidade das situações da prática e, conseqüentemente, do atual modelo de atenção e, como ‘fragilidade’, a dificuldade das equipes de saúde em compreender as mudanças no modelo de ensino e o papel dos estudantes incorporando-os às equipes.<sup>50</sup>

Outra pesquisa desta mesma faculdade (FAMEMA) com alunos de final de curso demonstrou que as práticas na ABS, uma vez que permitem atuar num contexto real da prática profissional, propiciam aos estudantes o relacionamento com as pessoas da comunidade, desenvolvendo uma formação profissional construtora de saberes críticos, reflexivos e significativos. Segundo suas falas: este trabalho mexe, toca, demonstra o que é importante, faz com que se aprendam para toda a vida e que se busquem conhecimentos de modo responsável; há um aprendizado mútuo, aprende-se mais do que se ensina, aprende-se a respeitar as pessoas e suas culturas, aprimorando as relações, exigindo a revisão de hierarquias, do papel do médico, ampliando o referencial do processo saúde-doença e conhecimento do SUS.<sup>38</sup>

Na estratégia da Saúde da Família, a equipe de referência e, em especial, os agentes de saúde facilitam o vínculo entre profissionais, docentes, discentes e usuários, possibilitando uma gestão mais centrada nos fins do que nos meios com vistas à integralidade.<sup>3,23</sup>

Impõe-se, à escola, a revisão de papéis e das relações entre professores, discentes, usuários e equipes. Espera-se que o professor seja um mediador, ouça e dialogue; instigue a reflexão de vivências; invista nas interações, privilegiando a troca de saberes e a articulação entre o saber acumulado

e questões a serem investigadas, possibilitando a ‘transposição de mundos’, estimulando a mudança dos sentidos dados às coisas, ao olhar para o espaço contíguo e distinto marcado pela presença do outro.<sup>1,18</sup>

## REFLEXÕES FINAIS

A presente revisão foi motivada pelas experiências atuais acerca do tema envolvendo o ensino em saúde, - em especial as escolas médicas - induzidas pelas políticas governamentais com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Observa-se que a preocupação das escolas médicas e demais profissões da saúde, orientadas pelas políticas governamentais, com o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS, é uma constante, sendo propostas e discutidas estratégias diversificadas para a vivência e a experimentação do trabalho em saúde fundado na integralidade, humanização, interdisciplinaridade, trabalho em equipe e vínculo. Este direcionamento deve-se fundamentalmente à maturidade, responsabilidade e dimensão do SUS que, mesmo com dificuldades, mostra-se como política social necessária e viável e que tem possibilitado a ampliação da inclusão social, agregando atributos de qualificação e humanização, impulsionando reformas estruturais.

As experiências na atenção básica demonstram ser este um espaço privilegiado de reorientação curricular, qualificando o ensino e a própria assistência. Registram-se, entretanto, dificuldades do ensino em cenários de práticas decorrentes da inadequação da estrutura física e organizacional dos serviços, da manutenção do modelo assistencial biomédico, do despreparo das equipes, bem como dos docentes e as devidas ao perfil dos estudantes.

Observa-se, também, que se mantém um grande descompasso entre as diretrizes e discursos e as práticas de assistência e de ensino, no tocante à humanização, e uma defasagem entre o modo como a literatura discute a relação médico-paciente e os temas de humanização e o espaço que é dado à análise das práticas referentes às diversas formas como se dá a relação entre o profissional e o usuário no contexto da atenção à saúde no Brasil, predominando o interesse na incorporação de procedimentos sofisticados e equipamentos de ponta.

O vínculo implica transformações no espaço de trabalho enquanto lugar de sujeitos. O diálogo entre docentes, discentes, gestores e equipes e, fundamentalmente, entre todos, enquanto usuários dos serviços, ou seja, o universo dos cidadãos brasileiros - permite que estes se tornem o ponto de partida da elaboração das mudanças necessárias para as Escolas, possibilitando a estas contribuírem para a

garantia de direitos concernentes às necessidades sociais em saúde. Um longo caminho a percorrer...

Possibilitar aos discentes elaborarem, vivenciarem e incorporarem conhecimentos e atitudes, por meio de reflexões e problematizações fundadas em ações em cenários de práticas na comunidade e serviços, permite e exige que reconheçam o compromisso que devem assumir ao cuidarem das pessoas, envolvendo-se e somando forças para a auto-heteronomia responsável e em busca de direitos e deveres sociais.

## REFERÊNCIAS

- Batista NA, Silva SHS. O professor de medicina: conhecimento, experiência, formação. São Paulo: Loyola; 1998.
- Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev Bras Educ Méd. 2008; 11(2): 181-8.
- Hubner LCM, Franco TB. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. Physis. 2007; 17(1): 173-91.
- Feuerwerker LCM. Gestão dos processos de mudança na graduação em Medicina. In: Marins JJN, organizador. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p.17-39.
- Brasil. Ministério da Educação. MEC/Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Resolução n. 4, CNE/CNS de 7/11/2001. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. PRÓ-SAÚDE - Programa nacional de reorientação do processo de formação dos profissionais de saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. 88p. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface Comunic Saúde Educ. 2005; 9(17):389-4.
- Vieira JE, Lopes Júnior A, Basile MA, *et al.* Identificação das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina pelos alunos da Universidade de São Paulo. Rev Bras Educ Méd. 2003; 27(2): 96-102.
- Azevedo CC, Ribeiro MAT, Batista SHSS. O humanismo na perspectiva de estudantes de Medicina da UFAL. Rev Bras Educ Méd. 2009; 33(4): 586-95.
- Neves ALC, Heckert CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Cadernos Humaniza SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p:13-27.
- Oliveira GS, Koifman L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: Marin JJN, organizador. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p.143-64.
- Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996. 148p.
- Fagundes NC, Burnham TF. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. Interface Comunic Saúde Educ. 2005; 9(16):105-14.
- Souza ARND. A relação médico-paciente no contexto da graduação. In: Gonzales RF, Branco R. A relação com o paciente: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2003.
- Albuquerque VS, Gomes PA, Rezende CHA, *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais em saúde. Rev Bras Educ Méd. 2008; 32(3): 356-62.
- Chaves M, Feuerwerker LCM, Tancredi FB. Revisitando o ideário e reconstruindo a proposta. In: Almeida M, Feuerwerker LCM, Llanos M, organizadores. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999. p.165-83.
- Feuerwerker LCM, Sena RR. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: Almeida M, Feuerwerker LCM, Llanos M, organizadores. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999. p.47-82.

18. Garcia MAA. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2001; 5(8): 89-100.
19. Below B von, Hellquist G, Rodjer S, Gunnarsson R, Bjorkelund C, Wahlqvist M. Medical students' and facilitators' experiences of an Early Professional Contact course: active and motivated students, strained facilitators. *BMC Med Educ.* 2008; 8: 56.
20. Diemers AD, Dolmans DH, Verwijnen MG, Heineman E, Scherpbier AJ. Students' opinions about the effects of preclinical patient contacts on their learning. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2008; 13(5): 633-47.
21. Kamalski DM, Braak EW, Cate OT, Borleffs JC. Early clerkships. *Med Teach.* 2007; 29(9): 915-20.
22. Saultz JW, O'Neill P, Gill JM, *et al.* Medical student exposure to components of the patient-centered medical home during required ambulatory clerkship rotations: implications for education. *Acad Med.* 2010; 85(6): 965-73.
23. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada.* São Paulo: Hucitec; 2008. p.132-153.
24. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
25. Kerber NBC, Kirchhof ALC, Vaz MRC. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliar. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17( 2): 304-12.
26. Pasche DF. Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. *Formação e intervenção.* Cadernos Humaniza SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 242 p.
27. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. [Citado 2009 maio 20]. Disponível em: [http://www.uefs.br/pepscentroleste/arquivos/artigos/os\\_sentidos\\_integralidade.pdf](http://www.uefs.br/pepscentroleste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf).
28. Alves NAO, Moreira SNT, Azevedo GD, Rocha VM, Vilar MJ. A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de Medicina da UFRN - Natal - RN - Brasil. *Rev Bras Educ Méd.* 2009; 33(3): 356-62.
29. Lavado MM, Benito GAV, Bitdinger C, *et al.* Avaliação do processo de trabalho médico no programa saúde da família: uma ferramenta para educação permanente. *Arq Cat Med.* 2007; 36(2): 75-81.
30. Organização Pan-Americana de Saúde. Carta de Ottawa. In: Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986, Ottawa. [Citado 2009 jun. 10]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>
31. Turini B, Neto DM, Tavares MS, *et al.* Comunicação no ensino médico: experiência e desafios em novos currículos médicos. *Rev Bras Educ Méd.* 2008; 32(2): 264-70.
32. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público.* Buenos Aires: Lugar Editora; 1997. p.71-112.
33. Kächele H, Schmucker G, Buchheim A. Desarrollo, apego y vínculo: nuevos conceptos psicoanalíticos. In: Bernardi R. *Psicoanálisis: focos y aperturas.* Montevideo: Ágora; 2001. p.176-205.
34. Biblioteca Virtual em Saúde. Decs Terminologia em saúde. [Citado 2009 maio 20]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org/>.
35. Morin E. Os sete saberes necessários para a educação do futuro. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2000. 117p.
36. Balint M. Introdução. In: Balint M. *O médico, seu paciente e a doença.* Rio de Janeiro: Atheneu; 1984. p.1-7.
37. Entralgo PL. *Historia universal de la medicina.* Barcelona: Salvat Editores; 1973. 351p.
38. Ferreira RC, Silva RF, Aguer CB. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. *Rev Bras Educ Méd.* 2007; 31(1): 52-9.
39. Moura ERF. A voz do usuário e a gerência do serviço de saúde. *Rev APS.* 2006; 30(2): 87-92.

40. Coelho Filho JM. Relação médico-paciente: a essência perdida. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2007; 11(23):619-35.
41. Sucupira AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2007; 11(23): 619-35.
42. Quintana AM, Rodrigues AT, Arpini DM, Bassi LA, Cecim OS, Santos MA. A angústia na formação do estudante de medicina. *Rev Bras Educ Méd.* 2008; 32(1): 7-14.
43. Beca JP, Browne F, Repetto P, Ortiz A, Salas S. Relación estudiante de medicina enfermo: visión de los estudiantes. *Rev Méd Chile.* 2007; 135: 1503-9.
44. Campos MAF, Forster AC. Percepção e avaliação dos alunos do curso de Medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. *Rev Bras Educ Méd.* 2008; 32(1): 83-9.
45. Binz MC, Menezes Filho EW, Saupe R. Novas tendências, velhas atitudes: as distâncias entre valores humanísticos e inter-relações observadas em um espaço docente e assistencial. *Rev Bras Educ Méd.* 2010; 34(1): 28-42.
46. Costa NMSC. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31(1): 21-30.
47. Anjos RMP, Gianini RJ, Minari FC, Luca HS, Rodrigues MP. “Vivendo o SUS”: uma experiência prática no cenário da atenção básica. *Rev Bras Educ Méd.* 2010; 34(1): 172-183.
48. Grosseman S, Stoll CO. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Rev Bras Educ Méd.* 2008; 32(3): 301-8.
49. Pinto LLS, Formigli VLA, Rego RCF. A dor e a delícia de aprender no SUS: integração ensino-serviço na percepção dos internos em Medicina Social. *Rev Baiana de Saúde Pública.* 2007; 31(1): 115-33.
50. Marin MJS, Lima EFG, Paviotti AB, *et al.* Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. *Rev Bras Educ Méd.* 2010; 34(1): 13-20.

---

Submissão: agosto/2010

Aprovação: novembro/2010

---