

PEDRO SANTO ROSSI

**O ENSINO DA COMUNICAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA:
uma abordagem**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo - Escola Paulista
de Medicina, para obtenção do Título
de Mestre em Ciências

Orientador: Prof. Dr. Nildo Alvers Batista

SÃO PAULO

2004

Rossi, Pedro Santo

O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem./
Pedro Santo Rossi .—São Paulo, 2004.
xi, 109f.

Tese (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de
Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde -
CEDESS

Learning communications skills in medical school: a approach

1. Educação Médica, 2. Comunicação, 3. Relações Médico-Paciente, 4.
Aprendizagem, 5. Ensino.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE
CEDESS

Programa de Pós-Graduação: “ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE”

Nível: Mestrado - Modalidade: Acadêmico

Diretor do Centro: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Coordenador do Curso de Pós-graduação: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Pedro Santo Rossi

**O ENSINO DA COMUNICAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA:
uma abordagem**

Presidente da banca:

Prof. Dr. _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Prof. Dr. _____

Prof. Dr. _____

Aprovado em: ___ / ___ / ___

AGRADECIMENTOS

Na verdade eu só tenho que agradecer à minha própria sorte.

A sorte de ter um dia batido às portas do CEDESS, quando ainda restava um pouquinho de vontade para continuar tentando.

A sorte de ter participado daquele curso de especialização, “Ensino Superior em Saúde” que não se parecia em nada com tudo que eu já conhecia de escolas. A sorte de ter conhecido aqueles professores que me fizeram voltar a acreditar nas possibilidades da educação. Tanto que, neste mestrado, fui o primeiro na inscrição para a seleção, na matrícula, na qualificação e na dissertação, só não queria ser o primeiro a ir embora.

Mais sorte ainda com o orientador do projeto e da pesquisa, Prof. Dr. Nildo Alves Batista, que conseguiu quebrar muitos dos meus preconceitos e acabar com as minhas verdades. Voltei a ser um estudante, agora com “status” de pesquisador.

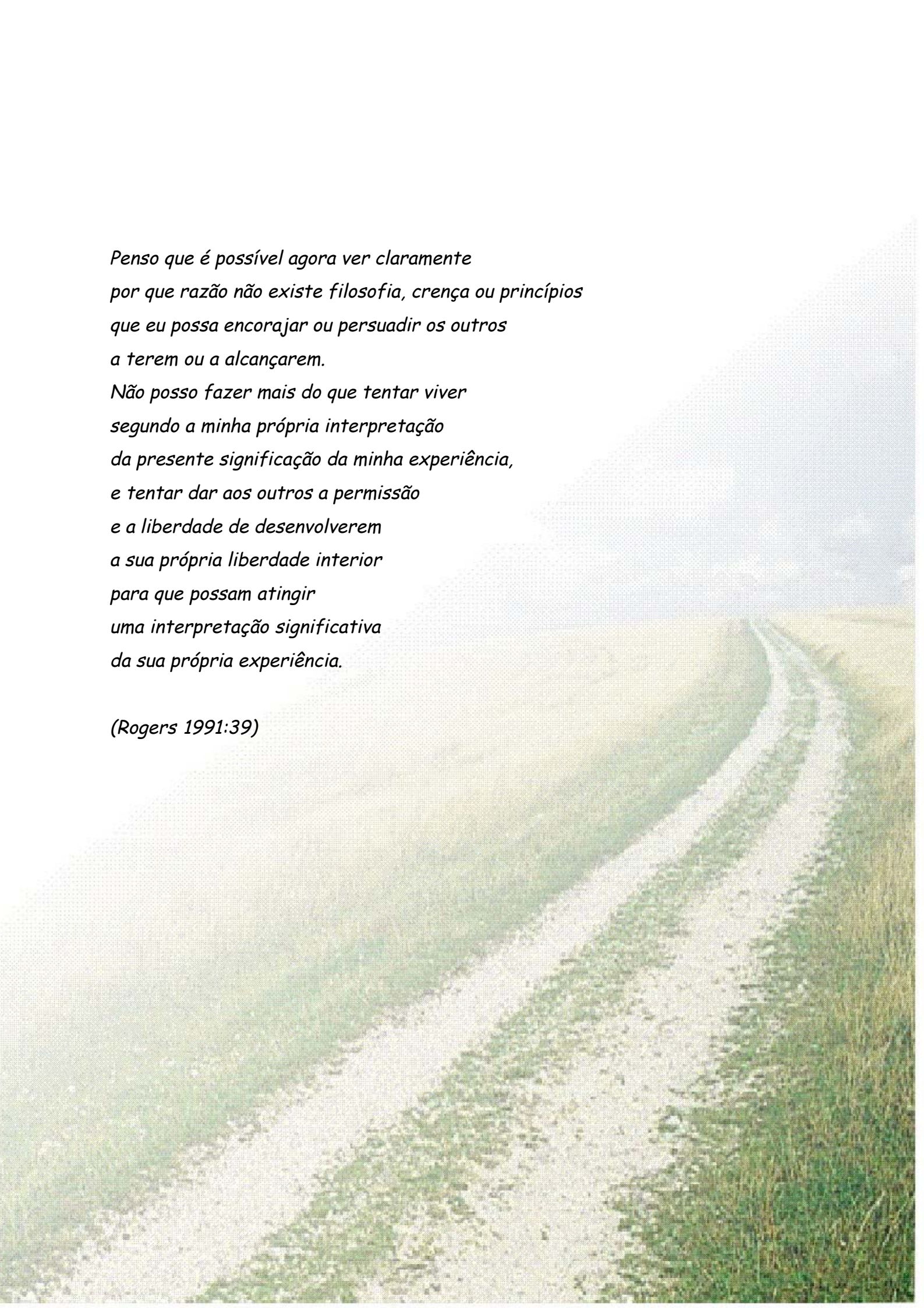
Só não posso dizer que consegui esse título na sorte, porque tudo isso deu um trabalho danado.

Finalmente, agradeço a você que está lendo essas palavras, pois tive a sorte de merecer a sua atenção nessa minha caminhada.

*Penso que é possível agora ver claramente
por que razão não existe filosofia, crença ou princípios
que eu possa encorajar ou persuadir os outros
a terem ou a alcançarem.*

*Não posso fazer mais do que tentar viver
segundo a minha própria interpretação
da presente significação da minha experiência,
e tentar dar aos outros a permissão
e a liberdade de desenvolverem
a sua própria liberdade interior
para que possam atingir
uma interpretação significativa
da sua própria experiência.*

(Rogers 1991:39)



RESUMO

A partir da importância atribuída à comunicação na relação médico-paciente como fator de boa adesão ao tratamento, surgiu o interesse em saber **quando** e **como** se contempla o ensino/aprendizagem de comunicação nos cursos de graduação em medicina. As recomendações sobre o desenvolvimento da competência “comunicação” preconizadas nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais acrescentam uma justificativa a mais para a pesquisa. Delimitado o campo da pesquisa, revisada a literatura e optado pelo referencial metodológico da pesquisa qualitativa, foram entrevistados doze egressos de cursos de medicina que estavam iniciando residência em Clínica Médica e nove professores, coordenadores de ensino de cursos de graduação em medicina. A análise das entrevistas, feita sob o olhar fenomenológico, privilegia o vivido. Aparece uma grande diversidade de concepções sobre o que seja a comunicação, contudo das falas dos entrevistados emergem categorias de análise que mostram, em essência, uma tendência para considerar a competência comunicação como uma habilidade instrumental para se conseguir tirar informações e se fazer entender no procedimento médico. A temporalidade (o quando) também apresenta uma gama de possibilidades, distribuída entre as matérias iniciais e as atividades finais do curso. A forma (o como) de ensino/aprendizagem se distribui entre disciplinas básicas e atividades práticas. Em essência, o aprendizado se revela como produto da vivência pessoal ao longo do curso e da experiência na prática junto ao paciente.

Palavras chaves: Educação Médica, Comunicação, Relações Médico-Paciente, Aprendizagem, Ensino.

ABSTRACT

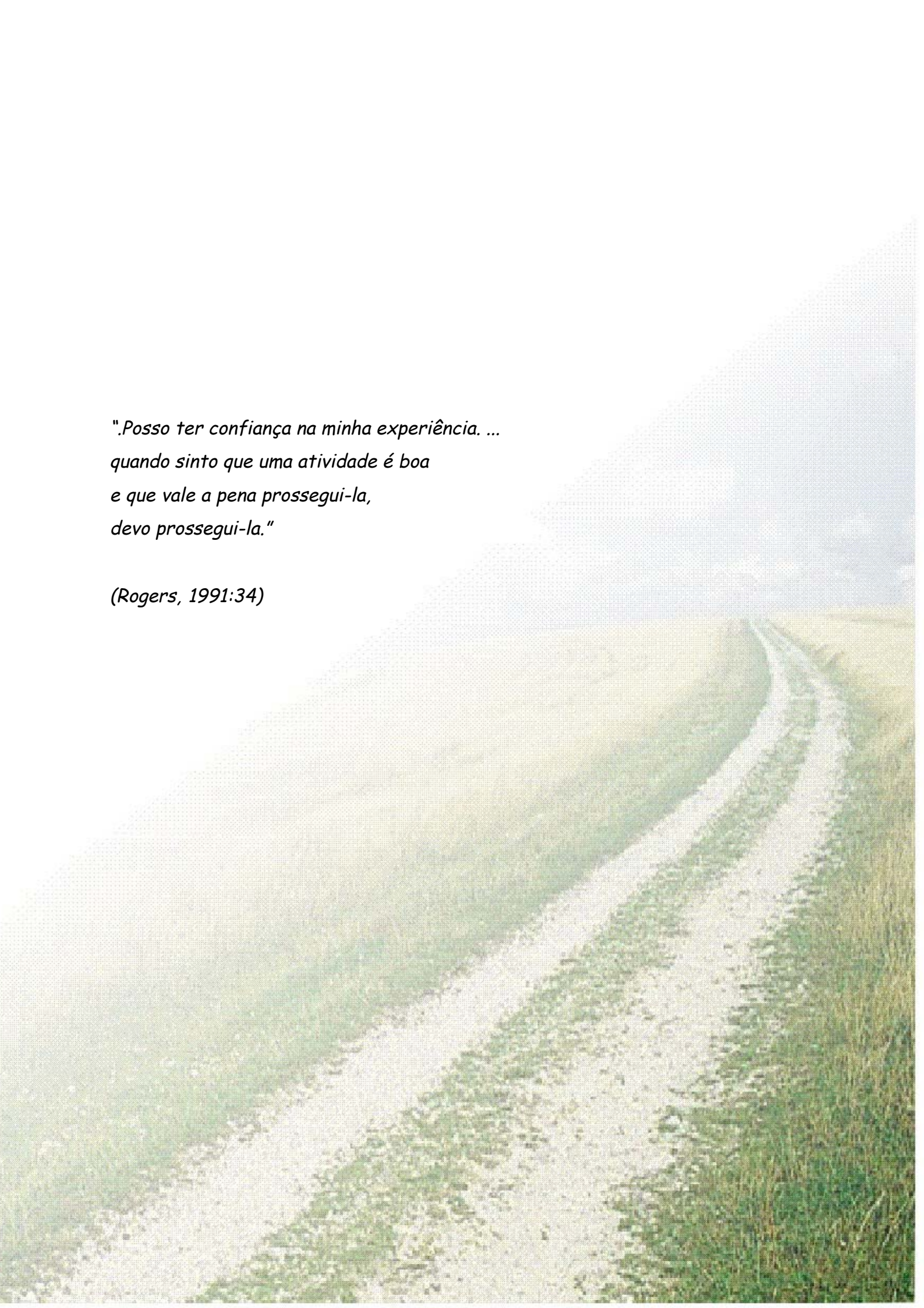
The importance attributed to communication in the physician-patient relations as a factor of satisfactory adherence to treatment has spurred an interest in determining when and how the teaching/learning of communication in undergraduate medical courses should be contemplated. The recommendations on the development of the “communication” competence, advocated in the new National Curricular Guidelines, are one more reason to justify this study. Once the field of investigation was outlined, the literature reviewed and a choice of the qualitative research methodological criterion made, interviews were conducted with twelve graduates from the medical schools who were starting residency in Medical Practice and nine teachers who acted as area coordinators for undergraduate medical programs. The analysis of the interviews, made from a phenomenologic perspective, favors the experience lived. A broad range of concepts came up on what communication is, but, on the other hand, a number of analysis categories arose from the interviewees’ statements which show, in essence, a trend to consider communication competence as an instrumental skill to obtain information and make oneself understood in the medical procedure. Temporality (when) also points to a number of possibilities, spread out between the early disciplines and the final activities of the course. The form (how) of teaching/learning is distributed between basic disciplines and practical activities. Fundamentally, learning comes out as a product of personal experience throughout the course and of the practical experience with the patient.

Keywords: Medical Education, Communication, Physician-Patient Relations, Learning, Teaching.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	vii
ABSTRACT	vii
SUMÁRIO	ix
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	7
2.1. Objetivo Geral	7
2.2. Objetivos Específicos	7
3.REFERENCIAL TEÓRICO	9
3.1. A comunicação	9
3.2. A comunicação na relação médico-paciente	16
3.3. O ensino da comunicação na graduação	22
4.REFERENCIAL METODOLÓGICO	38
4.1. A fenomenologia	40
4.2. O campo da pesquisa	44
4.3. O procedimento das entrevistas	45
4.4. A leitura das entrevistas	46

5. A CONCEPÇÃO DE COMUNICAÇÃO	49
6. O ENSINO DA COMUNICAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA	60
6.1. Trans e interdisciplinaridade	62
6.2. Intradisciplinaridade	64
6.2.1. Semiologia	64
6.2.2. Psicologia Médica	65
6.3. Treinamento	69
6.4. Currículo oculto	70
6.5. Temporalidade	72
6.6. A articulação teoria e prática	75
6.7. Avaliação	78
6.8. Docência	80
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
8.1. Bibliografia consultada	100
9. ANEXOS	106
9.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106
9.2. Questões para alunos	107
9.3. Questões para professores	108
9.4. Parecer da Comissão de Ética	109

A photograph of a gravel path leading through a field of tall grass. The path is made of light-colored gravel and is flanked by green grass. The background shows a bright, hazy sky and a distant horizon. The overall tone is bright and airy.

*"Posso ter confiança na minha experiência. ...
quando sinto que uma atividade é boa
e que vale a pena prosseguir-la,
devo prosseguir-la."*

(Rogers, 1991:34)

1. INTRODUÇÃO

Para se pesquisar um assunto é necessário estar mobilizado pelo tema. Uma questão recorrente em minha vida tem sido a linguagem falada na conversa, na prosa, no fluxo livre da fala corrente - a semiótica da linguagem popular. A gênese disso talvez possa estar no choque cultural quando da convivência simultânea em dois mundos bem diferentes: a escola formal da cultura letrada, de um lado, e a família analfabeta, da cultura oral, de outro lado. Durante muito tempo tive que alternar sintonias para tentar entender as diferentes linguagens. Enquanto na escola estudava português, latim e italiano; em casa e na vizinhança só se falava caipira mesmo. Nos bancos da escola decorava, em latim, “**As Catilinárias**” de Cícero, [*Quo usque tandem abutere, Catilina, patientia nostra ?*]; na porta da venda da esquina, ouvia o Cícero, um cearense, falar das coisas do “Norte” [*oxente minino, visse qui cabra arretado !*].

Na atividade profissional, durante muito tempo (1972-97), como gerente em empresas nacionais e multinacionais, nas áreas de Marketing e de Recursos Humanos, estive envolvido na promoção da fala apropriada, uma busca de eficácia e eficiência nas relações vendedor-cliente. Realizava treinamentos, cursos de formação e desenvolvimento profissional com ênfase na comunicação, primordialmente objetivando o entender e o falar a linguagem do cliente. Assim foram anos de trabalho junto ao homem da cidade e junto ao homem do campo, de Porto Alegre a Belém do Pará, fazendo pontes entre as linguagens. De um lado, a linguagem técnica da engenharia e do marketing da empresa multinacional, com vocabulário americanizado, de outro lado, a fala típica de cada região dos interiores do Brasil de Norte a Sul. Transitava entre as diferentes acepções e a sinfonia dos sotaques, entre estudar “cases” de marketing e “causos” de vendas.

Ao voltar à universidade para formação em psicologia (1989-94), dois novos ramos da comunicação profissional mereceram a minha atenção: na **educação**, a fala na relação professor-aluno e na **saúde**, a fala na relação profissional-paciente.

Aquela concepção profissional da necessidade de “falar a língua do cliente” gerava questionamentos sobre a fala acadêmica. Essa fala que se faz esotérica porque reservada ao entendimento de poucos; essa fala que exige o exercício hermenêutico dos iniciados, que não se permite vulgarizar, que não consegue ser simples. Perguntando se não poderia haver uma ponte de comunicação, entre o saber científico e as possibilidades cognitivas do aluno, enveredei pelos caminhos da satisfação do aluno, afinal esse era o consumidor do produto em questão. Desejava que a aula pudesse desenvolver uma fala que “vendesse” tal conhecimento, ou despertasse uma vontade de aprender a matéria,

tal como o vendedor faz para que o cliente queira comprar o produto. O mesmo se deu na área da saúde quando me envolvi na avaliação do serviço médico pela aderência ao tratamento. Sem discutir os procedimentos técnicos nem a qualidade do saber específico, questionava as “instruções para o uso”, para um povo que não está acostumado a ler manual de instrução nem bula de remédio. E quando lê, a grande maioria, não entende.

Esse envolvimento pessoal com a temática da comunicação, especialmente na prosa, na fala, na conversa, neste momento da pesquisa acadêmica, só confirma as afirmações de Ludke e André (1986):

Os fatos, os dados não se revelam gratuita e diretamente aos olhos do pesquisador. Nem este os enfrenta desarmando de todos os seus princípios e pressuposições. Ao contrário, é a partir da interrogação que ele faz os dados, baseada em tudo que ele conhece do assunto – portanto, em toda a teoria acumulada a respeito – que se vai construir o conhecimento sobre o fato pesquisado. (p.4)

Essas interrogações geradas ao longo da vida acadêmica e profissional reapareceram no primeiro contato com a pesquisa acadêmica. No curso de especialização em Didática do Ensino Superior (1997-98), na Universidade São Francisco, em Bragança Paulista, foi pesquisada a possibilidade de conseguir um bom índice de satisfação dos alunos mesmo em situações desfavoráveis ao ensino/aprendizagem. Isso motivado pela grande frequência de reclamação dos professores em geral por “falta de condições ideais” para o exercício profissional. Com o título “**Dinâmica de Grupo como instrumento didático**” (Rossi, 1998) foram realizados doze eventos em oito instituições, num total de 421 participantes. Foi uma pesquisa-ação em que se realizava um evento em que eram submetidos 28 itens ao julgamento dos participantes. A “comunicação” do evento se destacou como o pior item na avaliação dos participantes. O item 1 [*“A forma como foi feita a convocação (ou convite) para o evento”*]] recebeu a menor nota entre todos os outros itens em todos os eventos, denunciando a inabilidade da instituição em se comunicar com seu público. Aquilo já instigava um caminho para uma pesquisa como esta.

A segunda experiência de pesquisa aconteceu após o curso de especialização em Educação em Saúde – Docência no Ensino Superior em Saúde (2001), no CEDESS - Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, na Universidade Federal de São Paulo. Foram entrevistados 7 residentes em Clínica Médica, num hospital-escola, na primeira semana de aula, com a pergunta: “*Esta é uma pesquisa sobre o aprendizado de comunicação para adequação profissional na relação médico-paciente; como foi a sua experiência pessoal quanto a esse aprendizado durante seu curso de formação em me-*

dicina?”. Foi uma aproximação ao tema desta pesquisa. Os resultados foram apresentados em dois textos: “**A Aprendizagem da comunicação na graduação em medicina – uma aproximação**” no XVI Congresso Brasileiro de Educação Médica, Florianópolis-SC em 2003 (Rossi e Batista, 2003); e, “**A Aprendizagem da comunicação na graduação em medicina – onde e como**” no XII ENDIPE – Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino, em Curitiba-PR em 2004 (Rossi, 2004).

A terceira experiência em pesquisa ocorreu no curso de especialização em Sexualidade Humana – Educação Sexual (2001/02), Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. Foi uma pesquisa-ação de educação para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Sob o título “**Comunicação em Saúde**” havia um subtítulo que perguntava: “*O que o profissional de saúde fala, o profissional do sexo entende?*” A pesquisa foi realizada em seis meses de trabalho em duas casas de prostituição na periferia da Grande São Paulo. Eram apresentadas as mensagens das campanhas publicitárias do governo e registradas as expressões do entendimento daquele público. As discordâncias começavam já na nomeação do público: enquanto os órgãos do governo tratavam aquelas pessoas como “profissionais do sexo”, elas preferiam a denominação de “garotas de programa”.

Esses dois trajetos acadêmicos recentes - comunicação em saúde na Unifesp e sexualidade na Unicamp - se somavam à realidade vivida no trabalho profissional como psicólogo junto ao COAS - Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico, no Juquery, em Franco da Rocha - SP. O trabalho do COAS tem como objetivo a quebra da cadeia de transmissão epidemiológica das DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), mormente a AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida). É um empenho na prevenção das doenças via educação em saúde, um processo de ensino que depende em grande escala da fala certa, do tom correto, da conversa apropriada para cada ouvinte.

Na época, o Centro de Referência e Treinamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS do Estado de São Paulo (CRT DST/AIDS-SP), em campanha para melhor adesão ao tratamento, promovia uma série de cursos para os técnicos dos serviços, divulgando os resultados das pesquisas sobre aderência ao tratamento dos portadores do vírus HIV, relatados na obra “**Tá difícil de engolir?**” (Teixeira, 2000), uma realização do Núcleo de Estudos e Pesquisa de AIDS do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (NEPAIDS-IPUSP) e do CRT DST/AIDS-SP.

Aquelas pesquisas mostraram uma aderência média de 52% nos atendimentos pesquisados no Estado de São Paulo. Tais níveis de aderência, segundo os autores, seriam os mesmos encontrados na maioria dos tratamentos de doenças crônicas, não só

no Brasil como em todo o mundo. Isso vale dizer que praticamente a metade dos pacientes não segue as orientações técnicas dos médicos.

Aquele trabalho mostrava que alguns dos fracassos quanto à aderência ao tratamento se deviam ao modo diferente como médicos e pacientes vêem a mesma coisa. Quando se perguntava para médicos e pacientes quais seriam as dificuldades em se tomar os remédios conforme as prescrições, as respostas eram discordantes. Eis o quadro comparativo (Teixeira, 2000:85) das respostas de médicos e de pacientes do serviço:

	Médicos	Pacientes
Doses/pílulas	59%	16%
Efeitos colaterais	28%	13%
Alimentação	5%	22%
Horários complexos	1%	14%
Outros	5%	26%
Outros: questões de privacidade, custo, complexidade do regime, qualidade de vida.		

Não é o caso de se discutir o que é certo ou errado, mas registrar as diferenças de opiniões a partir de olhares diferentes. Tal pesquisa demonstra a falta de empatia na relação médico-paciente, o médico não consegue olhar e ver o problema “como se fosse o paciente”.

Na mesma obra (Teixeira, 2000), em diversos relatos de pesquisas são apontadas algumas indicações de procedimentos bem sucedidos na adesão ao tratamento, tais como:

... se não houver falha na **comunicação** entre os profissionais de saúde e os pacientes, essas diferenças podem ser superadas (...) resultado típico da falha na **comunicação** entre médicos e pacientes, foi apontada por vários autores como obstáculo para o uso adequado da medicação. Por outro lado, uma **comunicação** adequada e um bom relacionamento com os profissionais de saúde podem ter uma influência forte no processo de adesão. (**grifo nosso**) (p.86)

Ampliada a pesquisa na literatura médica em geral (não mais só com os casos de Aids), buscando-se o descritor “adesão ao tratamento” na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), destacava-se a frequência dos termos “comunicação”, “relação médico-paciente” e “empatia”, presentes em praticamente todos os relatos de boa adesão. Ou seja, confor-

me aqueles estudos, o fator primordial do sucesso na adesão ao tratamento estaria atrelado à comunicação e à qualidade da relação médico-paciente, confirmando os estudos do NEPAIDS e do CRT.

Pari passu ocorria um movimento organizado com a participação do Ministério da Educação e representantes das escolas de medicina discutindo uma revisão na educação médica no Brasil. Tais entendimentos culminaram com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (Brasil, 2001). Destacando, entre outras competências a serem desenvolvidas na formação profissional, a habilidade de comunicação do médico com seu paciente, com os familiares dos pacientes e com a equipe de trabalho.

Em suma, a partir da história pessoal de vida e da experiência profissional, os questionamentos sobre as possibilidades de comunicação entre mundos culturalmente diferentes confluíram para esta atividade acadêmica. Agora, na construção de uma nova história, na elaboração de novos conhecimentos, nesta área do “**Ensino em Ciências da Saúde**”, parto em busca de informações na literatura médica e educacional e de entendimentos numa pesquisa de campo. Para sistematização dos dados pesquisados se propôs pontuar a questão em três aspectos básicos: o quê, o como e o quando.

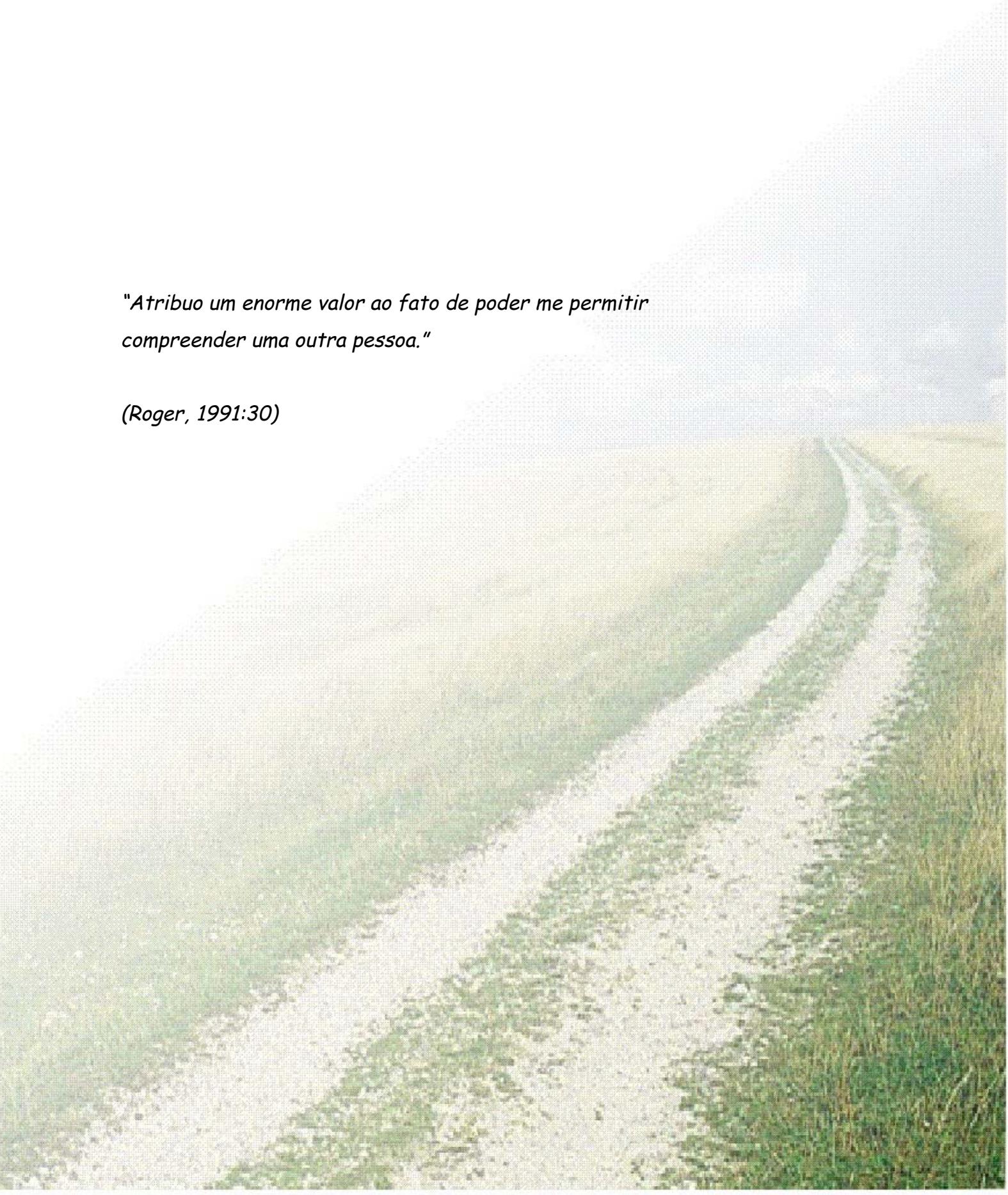
O quê? – O que é comunicação para o médico?

Como? - Como se ensina/aprende comunicação nos cursos de graduação em medicina?

Quando? – Em que momento do curso o aluno de medicina aprende a se comunicar com o paciente?

*"Atribuo um enorme valor ao fato de poder me permitir
compreender uma outra pessoa."*

(Roger, 1991:30)



2. OBJETIVOS

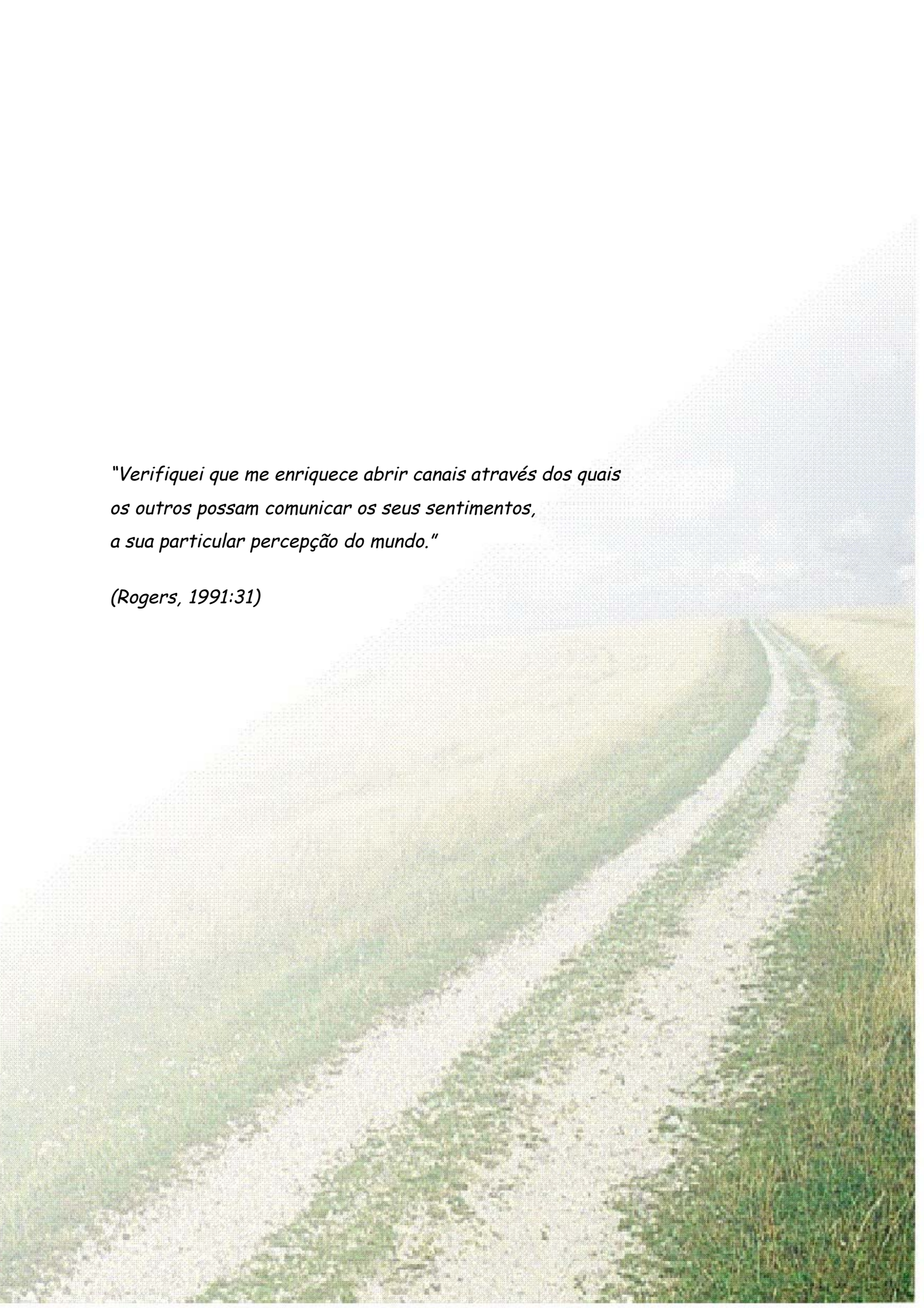
2.1. Objetivo Geral

Analisar o processo ensino/aprendizagem sobre a comunicação na relação médico-paciente durante o curso de graduação em medicina, a partir das concepções de alunos e de professores.

2.2. Objetivos Específicos

a) Levantar a concepção de alunos e de professores de cursos de graduação em medicina sobre o processo de comunicação; e

b) Identificar como e quando o currículo de formação contempla o ensino de comunicação na relação com o paciente.

A photograph of a dirt road winding through a grassy field under a bright sky. The road is made of light-colored gravel or dirt and is flanked by green grass. The sky is very bright and hazy, suggesting a sunny day. The overall scene is peaceful and open.

"Verifiquei que me enriquece abrir canais através dos quais os outros possam comunicar os seus sentimentos, a sua particular percepção do mundo."

(Rogers, 1991:31)

3.REFERENCIAL TEÓRICO

Para embasamento teórico desta pesquisa, procurei encontrar na literatura nacional e internacional as referências:

1) à comunicação;

2) à comunicação na acepção desta pesquisa em particular que é a fala na interação pessoal, a comunicação nas relações entre o médico e o seu paciente; e,

3) sobre o ensino/aprendizagem da comunicação nos cursos de graduação em medicina.

3.1. A comunicação

Santaella (2001) diz que a literatura específica em comunicação é tão repleta da diversidade de conceitos quanto é amplo o termo comunicação. Comunicação humana enquanto conceito, uma definição do que seja exatamente, sofre da multiplicidade de olhares até dos estudiosos mais destacados. Não cabe neste trabalho específico a discussão dos conceitos, o comparativo entre as definições dos estudiosos, que na realidade não são definitivas. Servem sim de exemplos, por mais estranhos que possam parecer à primeira vista, pois que acabarão por coincidir com algumas das falas dos nossos pesquisados. Nos seus estudos, Santaella (2001) destaca a polissemia do termo comunicação relacionando recortes de diversos autores que concebem a comunicação como sendo:

“A interação social através da mensagem” (Fiske, 1990:1);

“A relação dos espíritos humanos, ou melhor, dos cérebros humanos” (Baylon e Mignot, 1999:9-10);

“Uma transição gradual que vai dos modos de interação proto-comunicacional mais rudimentares até os mais complexos” (Nöth, 1990:169-170), e esse autor diz ainda das possibilidades de comunicação desde a mais simples das interações rudimentares até a metacomunicação;

“Recepção e o processamento de sinais detectáveis física, química e biologicamente por um ser vivente” (Mayer-Eppler, 1959:1), e neste aspecto, da comunicação como leitura e interpretação de sinais, com muito

pouco de ação intencional da fonte, a comunicação vai ser dita unilateral, caracterizando a observação e o diagnóstico;

“A troca de informação entre sistemas dinâmicos capazes de receber, estocar ou transformar informação” (Klaus, 1969);

Rosnay (1975:135) fala da célula como “indivíduos comunicacionais” com memória e capacidade de reconhecimento, tendo como base o código genético (fala-se “código” quando demanda uma intenção comunicacional).

“Todos os procedimentos pelos quais uma mente pode afetar outra.” Shannon & Weaver (1949:3) inclui aí as artes plásticas, música, dança, teatro, como processo comunicacional e não apenas o discurso oral ou escrito.

Destarte, no contexto nacional da literatura sobre comunicação, Braga e Calazans (2001) dizem que comunicação é conatural ao ser humano e que não há comunidade, não há sociedade, sem comunicação entre os homens, vale dizer que seres humanos interagem, convivem, agem em comum, vivem em comum, se comunicam sempre. Esses autores traçam uma linha pela história resgatando os usos e costumes de interação entre os homens, ou seja, as mudanças nos modos de comunicação social. Assim a comunicação entre os gregos, a peripatética e a retórica, logicamente são muito diferentes dos embates e encontros humanos da época atual, com o advento do computador e das redes internacionais de transmissão de dados.

Hohlfeldt (2001) vai dizer que os primeiros estudos sobre a comunicação, na história do ocidente, se devem ao movimento sofista na Grécia no século V a.C. Os sofistas utilizavam a fala com maestria tanto para ludibriar pelas palavras, conquistar e submeter os homens, quanto para a educação e o desenvolvimento, tal como o processo da *“maiêutica”* em Sócrates. Pelo processo de perguntas, entendia Sócrates, o homem é levado a consultar o saber que está dentro de si, um contato com a própria verdade. Os diálogos daquela época ainda persistem como objetos de estudos.

O aprendizado da comunicação, ou a possibilidade ou não do ensino da comunicação, já era discutido naquela época. Sócrates e Platão pendiam para a impossibilidade do ensino, pois a verdade, ou a sabedoria, seriam inatas, daí a *“maiêutica”* como processo de descoberta, de desvelo, não de ensino. Aristóteles, discípulo de Platão, já trazia o conceito de imitação, de aprendizagem por imitação e vai desenvolver na Retórica as questões do discurso e da oratória. Aristóteles já organizava o discurso de uma das formas como se estuda ainda hoje: “a pessoa que fala” à “aquilo do que se fala” à “pessoa a quem se fala” (Hohlfeldt, 2001)

Até então se refere à comunicação com a necessária presença física de duas ou mais pessoas. É a partir da organização do Império Romano que a comunicação começa a sofrer interferências das mediações: os relatos passam a ser sistematicamente registrados de forma escrita. O acesso à informação, um processo comunicativo, já não exige mais a presença física de duas pessoas; num momento é a pessoa que escreve o texto, noutra é a pessoa que lê o texto. Caio Julio César, século I a.C. implanta o registro das sessões do senado, as “*acta diurna*” (Hohlfeldt, 2001) por consequência surgem os relatos escritos de todas as atividades, inclusive na medicina. Galeno, médico na Roma do século II d.C., vai registrar por escrito tudo que se sabia de medicina da época. (De Marco, 2003)

A partir dos tipos móveis de Gutenberg, no século XV, a comunicação vai ser mediada pela letra impressa; a tipografia vai permitir a vulgarização da escrita. Nos séculos XVII e XVIII o mundo se moderniza, mas é somente em meados do século XX que a comunicação se estende por muitas mediações, o jornal, o rádio, o cinema, a televisão, o telefone, a Internet. O domínio dos meios de comunicação de massa se estabelece como fonte e controle de poder. A sociedade passa a ser mediatizada, o fluxo de informação e as relações sociais não são mais restritos aos encontros pessoais, surge o poder do meio da mensagem, a mídia. Hoje não se pode falar de comunicação sem considerar todos os meios possíveis e imagináveis de divulgação e alcance. Os meios continuam em constantes mudanças e aprimoramentos. Obras como *Ilíada* e *Odisséia*, originalmente transmitidas verbalmente em audiências limitadas ao alcance da voz do orador, agora são digitalizadas com imagens e sons, sendo transmitidas por satélites para o mundo todo; os meios mudaram, alguns textos continuam os mesmos.

Falar de passado em meios de comunicação é falar de pouco mais do que ontem. A cada década se dobram as possibilidades e os meios. Nos últimos cinquenta anos, partimos da caneta de pena e do telégrafo para o computador de bolso e a Internet. Com a multiplicação dos meios de comunicação e com o vertiginoso desenvolvimento dos equipamentos, as possibilidades de alcance imediato, e praticamente ilimitado, despertaram interesses políticos e econômicos de maior grandeza.

Falando de comunicação na educação, Braga e Calazans (2001) vão cunhar o termo “sociedade mediatizada” para se falar dos processos de comunicação social no contexto educacional em que as relações não são mais construídas no contato pessoal e direto ou frente a frente, e:

Ao se dotar de mediações tecnológicas para desenvolver as interações sociais, a sociedade não apenas acrescenta instrumentos que aceleram

e diversificam sua comunicação, mas acaba por modificar seus próprios processos. (p.30)

Pesquisar comunicação, a partir desse contexto, envolve um trabalho especial em separar o termo enquanto interação pessoal e enquanto meio e processo da mídia. Tudo é chamado de comunicação, até o termo é comum demais. Conforme Santaella (2001):

Há hoje um consenso quase incontestável sobre o caráter híbrido da comunicação, de um lado, enquanto fenômeno comunicacional em si, que se faz presente e interfere em vários setores da vida privada e social e em várias áreas do conhecimento; de outro lado, enquanto área de conhecimento ela mesma que, cada vez mais, parece situar-se na encruzilhada de várias disciplinas e ciências já consensuais ou emergentes. (p.75)

Hoje o termo comunicação é muito amplo, desde um simples olhar até a atividade global da mídia. Pode-se ver no dicionário Houaiss (2001), que a comunicação pode ser: o ato ou efeito de comunicar(-se); a ação de transmitir uma mensagem e, eventualmente, receber outra mensagem como resposta; o processo que envolve a transmissão e a recepção de mensagens entre uma fonte emissora e um destinatário receptor, no qual as informações, transmitidas por intermédio de recursos físicos (fala, audição, visão, etc.) ou de aparelhos e dispositivos técnicos, são codificadas na fonte e decodificadas no destino com o uso de sistemas convencionados de signos ou símbolos sonoros, escritos, iconográficos, gestuais, etc.; a informação transmitida; seu conteúdo; a atividade profissional relacionada ao estudo ou à aplicação desses conhecimentos, técnicas e procedimentos; o conjunto de conhecimentos, técnicas e procedimentos relativos ao processo da comunicação e ministrado como disciplina em faculdades, cursos etc.; o comunicado esclarecedor; o esclarecimento; a exposição; o ato de conversar; conversação, colóquio; a carta, nota ou qualquer outra informação transmitida por escrito; o comunicado; a exposição, oral ou escrita, sobre determinado tema de teor científico, administrativo, político, jornalístico, religioso etc.; a participação oral ou escrita; o aviso; a habilidade de dialogar e se fazer entender; a comunicabilidade; a proximidade, relação mais estreita; contato, trato, convívio; o acesso entre duas ou mais coisas distanciadas no espaço; a junção, união, cruzamento entre duas ou mais coisas; a prestação de serviços recíprocos; a transmissão de vícios, males ou doenças; contágio; e muito mais. Como se vê no dicionário do Houaiss a comunicação (o termo) pode assumir diversas representações conforme o contexto e dizer de coisas bem diferentes.

Santaella (2001) afirma que na longa história da cultura humana, a preocupação com os fenômenos da comunicação é uma atividade nova. Diz que inicia nos meados do século XX, coincidindo com o desenvolvimento dos meios de comunicação de massa e a

conseqüente emergência da cultura de massas. Sugere que a ausência de maiores preocupações com o estudo da comunicação, no passado, se deva muito provavelmente porque a linguagem verbal, oral ou escrita, fosse sentida como algo tão natural quanto era natural a comunicação que ela permitia. Esse senso de naturalidade não propiciava que questionamentos e problemas fossem levantados.

Para os estudos deste trabalho de pesquisa, foi necessário limitar o olhar a poucas das possibilidades do verbete do Houaiss. Não que as outras não sejam importantes, mas pela necessária delimitação técnica para viabilização do texto. Para tanto servem a comunicação como sendo:

- A ação de transmitir uma mensagem e, eventualmente, receber outra mensagem como resposta;
- processo que envolve a transmissão e a recepção de mensagens entre uma fonte emissora e um destinatário receptor, no qual as informações, transmitidas por intermédio de recursos físicos (fala, audição, visão etc.) são codificadas na fonte e decodificadas no destino com o uso de sistemas convencionados de signos ou símbolos sonoros, gestuais, etc.;
- O ato de conversar; conversação, colóquio; e
- A habilidade de dialogar e se fazer entender.

São dois recortes do “processo de transmissão de mensagem” e dois recortes do “processo de interação pessoal”. Se formos estudar as implicações externas em cada um desses processos, pode haver implicações intervenientes em ambos. Na questão da transmissão de mensagens os autores destacam fatores tais como os ruídos que podem interferir no processo; na interação pessoal aparece a questão de significância existente em ambos participantes do processo. Tais recortes não diferem das afirmações de Fiske, apontados por Santaella (2001) quando, finalizando seus comentários sobre o panorama histórico das teorias da comunicação (numa revisão da literatura que preparou para subsidiar trabalhos de pós-graduação, mestrado e doutorado, em comunicação) diz valer a pena mencionar o livro de Fiske (1990) da seguinte forma:

Realizando uma síntese radical, esse autor estruturou o seu livro tomando como base a redução de todas as teorias da comunicação a apenas duas escolas fundamentais: preocupada com o modo como emissores e receptores codificam e decodificam, como transmissores usam canais e meios de comunicação, a primeira escola vê a comunicação como transmissão de mensagens. Daí se preocupar com assuntos como eficiência

e exatidão, pois a comunicação é vista como um processo que afeta o comportamento ou estado de espírito dos receptores. Fiske chama essa escola de processual. Sua tendência é basear-se nas ciências sociais e psicologia, dirigindo-se para atos de comunicação. Nessa escola, a interação social é vista como um processo através do qual pessoas se relacionam umas com as outras ou afetam o comportamento e resposta emocional das outras. Por acreditar na intenção do emissor como fator crucial, a mensagem, por sua vez, é vista como aquilo que é transmitido no processo comunicacional. A intenção do emissor pode ser explícita ou implícita, consciente ou inconsciente, mas deve ser recuperável através da análise.

Para a segunda escola, a comunicação é produção e troca de significados. Por isso, preocupa-se com o modo como as mensagens ou textos interagem com as pessoas a fim de produzir significados, preocupa-se, portanto, com o papel que os textos desempenham em uma cultura. Por isso mesmo, a eficiência comunicativa não é um problema para essa escola. Mal entendidos são evidências de diferenças culturais. O principal método dessa escola encontra-se na semiótica, a ciência dos signos e significados. Para ela, estudar comunicação é estudar textos e cultura. Nesse contexto, a interação social é concebida como aquilo que constitui o indivíduo como membro de uma determinada cultura ou sociedade. A mensagem, por sua vez, é a construção de signos que, na interação com os receptores, produzem significados. Toda ênfase aqui recai sobre o texto e o modo como é lido, sobre o processo de descoberta de significados que ocorre quando o receptor interage e negocia com o texto. Essa negociação implica a experiência cultural baseada em códigos e signos compartilhados em maior ou menor medida. Assim sendo, a mensagem não é algo enviado de A para B, mas um elemento de uma relação estruturada que inclui o emissor/receptor e a realidade externa. (p.30)

Depois de feitas essas abordagens históricas e conceituais de comunicação, assim tão amplas no tempo e no conceito, queremos afunilar nossos propósitos específicos, para esta pesquisa, na idéia de mensagem no processo comunicacional. O conteúdo intencional, dirigido de um para outro, a mensagem em si. Nesta pesquisa, especificamente, o que interessa é a mensagem não mediatizada, a conversa, o diálogo entre o médico e o seu paciente como procedimento suficiente e necessário para um bom resultado na relação terapêutica. É uma comunicação direta e sem mediações tecnológicas. Braga e Calazans (2001) vão dizer que:

O termo “conversa” tem a vantagem de não se confundir com qualquer outro tipo de interação social. A expressão “conversar” chama a atenção imediatamente para o aspecto de troca comunicacional, ainda que os objetivos de uma “conversa” possa ser de diversas naturezas - econômica, política, militar, científica ou casual. (p.16)

Houaiss (2001) diz que conversar é trocar palavras ou idéias com alguém. Ora, a troca supõe a valoração dos elementos em troca, supõe considerar o valor, portanto o significado, da fala do outro. Conversar então é ver o verso, ver o outro lado da questão. Martino (2001:14) ao final de longo discurso sobre as possibilidades do que seja a comunicação acaba por exprimir uma frase essencial: “... *um tipo de relação intencional exercida sobre outrem*”. Isto pode até não ser a melhor definição etimológica ou funcional de comunicação, mas presta muito bem ao olhar desta pesquisa em particular, a relação intencional exercida pelo médico sobre o seu paciente e pelo paciente sobre o médico.

3.2. A comunicação na relação médico-paciente

A referência explícita sobre a comunicação na relação médico-paciente é muito pouco encontrada na literatura médica brasileira, mas também na literatura internacional o termo “*communication skill*” não trata só de “habilidades de comunicação” e engloba a relação médico-paciente como um todo. Para efeito desta pesquisa tomam-se então as referências à relação médico-paciente como continente da idéia de comunicação. Na literatura médica, quando aparece a questão da comunicação na relação médico-paciente, há uma tendência de descrição de procedimentos técnicos, assim como se descrevem muitos outros procedimentos como os cuidados necessários e suficientes para uma eficiente realização da tarefa. O foco de nosso interesse, nesta pesquisa, é o ensino/aprendizagem da habilidade no desempenho de atitudes que propiciem o resultado efetivo na comunicação.

Nas pesquisas levadas a efeito na literatura médica sobre adesão ao tratamento, três termos chamam atenção pela forma indiscriminada como são utilizados: comunicação médico-paciente, relação médico-paciente e empatia; não há rigor conceitual na sua utilização. No entanto, tal estranheza cessa quando da explicação etimológica do termo comunicação [pôr em comum, dividir, partilhar, ter relações com] (Houaiss, 2001). Ou seja, comunicação e relação são termos que podem representar a mesma coisa e a empatia é a atitude que viabiliza a comunicação.

Martino (2001:15), fazendo uma análise etimológica do termo, considerando os diversos conceitos e empregos do termo comunicação, aproxima muito “comunicar” com “relacionar”. “Assim, *compartilhar, transmitir, anunciar, trocar, reunir, ligar (pôr em contato), são expressões, variantes ou usos figurados de um sentido primordial e mais geral que exprime “relação”*”). Talvez isso possa explicar a forma indistinta como aparecem, na literatura médica, as expressões “**comunicação médico-paciente**”, “**relação médico-paciente**” ou “**comunicação na relação médico-paciente**”.

Na continuidade de sua exposição, colocando a necessidade de relação na comunicação, Martino diz que um livro na estante é uma comunicação em potencial, mas não está comunicando; assim, para que haja a comunicação, é necessária a participação do leitor do livro, a relação do leitor com as idéias do livro. Da mesma forma, depreendemos que, na relação médico-paciente, é necessário que haja a participação do paciente na relação ou a fala do médico vai se reduzir a um dado apenas, sem nem mesmo chegar a ser uma informação.

Debalde o desenvolvimento técnico da medicina, há necessidade de se estudar como desenvolver melhor a comunicação na relação pessoal do médico com seu paciente. Conforme Tolentino (2003):

A tecnologia tem facilitado os procedimentos médicos. O homem está se tornando transparente, podendo ser visto por dentro e por fora, em detalhes. Há, entretanto, alguma coisa que a máquina não detecta e que só a relação humana entre o médico e o paciente pode mostrar. Não há tomografia ou ressonância magnética que registre os aspectos socioculturais do paciente, seus valores e seus sentimentos. E a saúde ou a doença estão intrinsecamente ligadas aos fatores emocionais e aos valores fundamentais da vida humana. (p.165)

São encontradas poucas referências ao termo comunicação no sentido de fala e de conversa, entre o médico e o seu paciente, por isso temos que utilizar as referências mais amplas da comunicação enquanto relação. Em Souza (2003) aparece uma referência explícita sobre a importância da palavra, além de atitudes e sentimentos, na relação médico-paciente:

Um elemento fundamental nesse momento é a palavra. Palavras “erradas” engendram o medo, exacerbam a angústia, dissipam a esperança. Os médicos sabem, pela sua experiência clínica, que palavras, atitudes ou sentimentos “negativos” pioram os sintomas, perturbam uma evolução clínica favorável e aumentam o sofrimento do doente. (p.38)

Larossa (2000:46) num artigo sobre o poder da palavra, referenciando a fala do poder do juiz e do médico, suscita afirmar: “*O poder técnico faz calar através de uma linguagem que intimida, apequena; o efeito terrível da mudez, da confusão, da incapacidade para a palavra*”. É a linguagem técnica específica que transmite uma imagem de poder a partir do domínio do conhecimento restrito a especialistas.

Luz (2001) expõe as possíveis diferenças nos resultados da comunicação médico-paciente, diz da diferença que faz a confiança explicitada na fala do médico quando da negociação com o paciente para uma intervenção tal como cirurgia ou cateterismo. Denuncia que o procedimento técnico é o mesmo, mas que há grande diferença entre os resultados conseguidos em função da confiança que o médico consegue explicitar na sua fala. E diz mais:

A relação médico-paciente é extremamente complexa, porque depende de muitas variáveis. Mas duas são fundamentais: compreensão e confiança. Depois existem outras como comunicação, disponibilidade, tolerância, compaixão e honestidade. (p.3)

Remen (1993), com a autoridade de médica atuante na Oncologia americana por quase de 40 anos, já colocava, no final do século passado, o descompasso existente na medicina entre o desenvolvimento tecnológico da ciência e a satisfação de necessidades intangíveis:

O reconhecimento da existência de necessidades intangíveis não satisfeitas é quase universal e representa uma preocupação geral em nossa sociedade. As pessoas começam a perceber que determinadas qualidades vitais estão ausentes de sua vida, seu trabalho e relacionamentos. Sofremos com a ausência de calor, entusiasmo, compreensão, humor, esperança, aspiração. Pouco a pouco, percebemos que objetivo, direção e significado, longe de serem questões filosóficas, de algum modo estranhas à nossa vida, são fundamentais para o nosso bem-estar e saúde. É interessante considerar essa crescente percepção como primeiro passo em direção a uma atitude terapêutica; e que a nossa atual insatisfação, a despeito da realização material, pode ser considerada um benefício direto da revolução científica e, de certa maneira, seu resultado mais importante. (p.15)

Soar Filho (1998) chega a utilizar o termo “*interação médico-paciente*”, para aquilo que é específico entre o médico e o paciente, pois que a expressão “relação médico-paciente” nem sempre tem um significado suficientemente claro e pode ser generalizado para “relação profissional de saúde-cliente”.

Carl Rogers (1991:43), psicólogo humanista, já dizia em 1961, quando escreveu “**Tornar-se pessoa**”, que a “relação terapêutica é apenas uma forma de relação interpessoal em geral, e que as mesmas leis regem todas as relações deste tipo.” Tendo pesquisado uma série de trabalhos sobre relações médico-paciente nas terapias concluiu dizendo:

Sem pretender integrar completamente as descobertas destes diversos estudos, pelo menos é possível reter alguns pontos como definitivos. Um deles é o fato de que as atitudes e os sentimentos do terapeuta são mais

importantes que a sua orientação teórica. Os seus processos e as suas técnicas são menos importantes do que as suas atitudes. (p. 48)

Outros autores, de certa forma, dizem as mesmas coisas, tal como Souza (2003):

A atitude do médico na relação médico-paciente tem um sentido psicoterápico, independentemente de ser essa a intenção do médico. Todos os médicos sabem – ou deveriam saber – sobre a importância que assumem as atitudes, os gestos e as palavras pronunciadas pelo médico e dirigidas ao paciente ou aos familiares nas inúmeras e diferentes situações clínicas. As palavras, como instrumento de trabalho, podem fazer tanto mal como bem. (p.35)

Vamos encontrar ainda em Remen (1993) a sugestão para a busca do entendimento do sentido da linguagem comum, a comunicação significativa para o entendimento do profissional com seu paciente:

O estudo da psicologia sugere formas para se romper as barreiras da comunicação entre o profissional e o paciente, para encontrar uma linguagem comum, significativa para os dois. (...) A familiaridade com opções mais amplas de relacionamento, acrescida ao conhecimento de diferentes tipos de interação referentes aos problemas de saúde – do papel autoritário em situações de emergência ao papel colaborador na prevenção – tem um valor inestimável para qualquer praticante. (p.17)

A relação médico-paciente, seja nas denúncias diárias encontradas na mídia, seja na fala dos saudosistas de plantão, não consiste mais do diálogo natural daquele antigo médico de família. A atividade médica passou para o campo da produtividade empresarial e da impessoalidade, mudou para uma fala tecnicista, impessoal e unidirecional.

Conforme Oliveira (2003:175), a medicina, no último meio século, mudou mais que nos 50 séculos precedentes. “Passamos de uma Medicina menos científica e mais humana para uma Medicina mais científica e menos humana. A relação vem desagregando-se, propiciada pela adoração da técnica e pela escatologia científica.”

Remen (1993) recomenda que o médico desenvolva a capacidade de transformar, em solução, os aspectos subjetivos do paciente (crenças e fantasias), desse lado humano do paciente, os preconceitos, a forma particular como cada um percebe a doença. Aspectos que antes só eram vistos como problemas.

Soar Filho (1998:35) vai falar da necessidade do desenvolvimento dessa capacidade de comunicação como estabelecimento de uma comunicação eficiente dentro de um ambiente de respeito que cerca as diferenças culturais nessa relação e acrescenta: *“Ela deve incluir não apenas os aspectos da comunicação verbal, mas também a habilidade de perceber e decodificar a comunicação corporal do paciente e de interagir a esse nível com ele”*.

Na prática, conforme Tolentino (2003) ouvir e falar são dois movimentos do mesmo processo comunicativo, pois:

O profissional que não consegue ouvir o seu paciente não conseguirá também falar com ele, prestando-se as informações necessárias sobre sua doença, sobre os fatores de risco que interferem no seu desenvolvimento e sobre as medidas terapêuticas propostas. (p.166)

Para Pfuetzenreiter (2001) há o problema dos diferentes pontos de vista sobre a doença, pois mesmo entre médicos e pacientes do mesmo nível cultural os problemas são vistos de formas diferentes. E isso provoca um nível de dificuldade no estabelecimento de uma comunicação eficiente, mormente em grupos com modos de vida e visões de mundo tão diferentes:

O uso de termos médicos, utilizados quando da interação médico–paciente, pode provocar sérios problemas de interpretação e de comunicação. Para que haja aperfeiçoamento desta interação, é necessário que o profissional tenha perfeita compreensão da interpretação do fenômeno pelo doente e por seus familiares, levando em consideração as características culturais e sociais. É importante a familiarização do profissional com a linguagem do paciente e a interpretação de termos utilizados por este. (...) O profissional deve desenvolver a capacidade de “traduzir” os termos científicos para a linguagem popular, sempre procurando confirmar se houve acertada compreensão das expressões utilizadas. (p.1)

Pinto (2003) chama a atenção para os enfoques diferentes que a relação assume a partir de olhares distintos:

A relação entre a equipe médica, o paciente e os familiares, envolve interações peculiares entre pessoas em posições diferentes. Os conceitos relativos ao adoecer são diferentes entre o médico e o paciente. Se para o médico a doença é uma situação de normalidade, provida de con-

ceitos técnicos e que representam socialmente sua atuação profissional, para o paciente é uma situação excepcional, sem qualquer motivação profissional ou social e ainda fonte de sofrimento e significados simbólicos, morais, e que ficam fora de uma compreensão científica da doença. (p.169)

Daí alguns autores recomendarem o aprofundamento, dentro da formação médica, de conhecimentos a respeito do comportamento do indivíduo, além dos conhecimentos da fisiologia, para que possa melhor se comunicar com os pacientes. Segundo Caprara (2004):

Observa-se uma necessidade crescente em desenvolver uma comunicação mais aberta entre médicos e pacientes que possibilite uma maior qualidade na relação. Em face dessa questão, o primeiro ponto a ser apresentado para reflexão é relativo ao comportamento profissional do médico. Este deve incorporar aos seus cuidados a percepção do paciente acerca de sua doença, que possivelmente diverge do modelo clínico, visto que são valores e compreensões próprias daquele caso. Isto não significa que os médicos tenham de se transformar em psicólogos ou psicanalistas, mas que, além do suporte técnico-diagnóstico, necessitam de sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida influenciado pela doença. (p.1)

Luz (2001) associa a dificuldade de comunicação a atitudes de arrogância do médico diante a diferença de conhecimento científico específico:

A postura imprópria dos médicos tem muitas nuances, mas uma das mais nefastas é a arrogância que o profissional trata o paciente; o qual obviamente desconhece aspectos técnicos da medicina, a falta de humanidade do médico cria uma distância muito grande entre ele e o paciente, impede a comunicação e deixa o enfermo numa situação de inferioridade que simplesmente agrava sua posição já desvantajosa causada pela própria doença. (p.131)

3.3. O ensino da comunicação na graduação

Existe ainda uma carência de literatura específica sobre ensino/aprendizagem de “comunicação” nos cursos de graduação em medicina. A busca de referências para essa competência deve se contentar com a inserção ou disseminação do assunto sob outras denominações, acoplado em outras matérias. No entanto, qualquer publicação, quando faz referência à relação médico-paciente, sempre diz da sua importância como objeto de aprendizagem e desenvolvimento profissional. Conforme Zacariotti (2003):

Constata-se, desde a Antigüidade, uma adequada relação médico-paciente como fator de grande influência na recuperação de doentes. Observa-se, freqüentemente, que, quando essa relação é positiva, basta a presença do médico para que o enfermo se sinta melhor. Até um simples telefonema é suficiente para diminuir os sintomas e a ansiedade que os acompanham. Portanto, a preocupação em desenvolver habilidades para estabelecer uma boa relação médico-paciente deve começar na formação acadêmica do médico. O curso de medicina, entretanto, sistematicamente, tem descuidado da formação nesse aspecto. Os estudantes passam muito tempo aprendendo a dissecar, a auscultar, a percutir. (...) Em contrapartida, pouco ou nada recebem de orientação acerca de como relacionar-se com o paciente. A aquisição das habilidades para conduzir a relação médico-paciente é relegada à aprendizagem intuitiva, quase sempre através da experiência. O desinteresse atribuído ao estudo dessa relação na educação médica deve-se, em parte, ao fato de que, enquanto os conhecimentos médicos biológicos ganharam conotação científica, a relação médico-paciente continuou sendo considerada como componente da “arte da medicina”. (p.187/188)

No editorial do Boletim ABEM, referente ao XLI Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado em Florianópolis-SC, em novembro de 2003, o professor Carlos Alberto Justo e Silva, Presidente do Congresso, convidava os participantes a uma reflexão sobre “Formação Médica e a Responsabilidade Social”, destacando (Silva, 2003):

A organização social contemporânea e as novas modalidades de prestação de serviços de saúde introduzem mudanças profundas no exercício da medicina e criam novas condições, como a ruptura da relação médico-paciente, o surgimento do paciente como cliente e consumidor e as complexas implicações de um novo contrato social. (p.2)

E continua mais adiante:

O médico deve ter habilidades em comunicação social, deve manter um ambiente de intercâmbio com seus pacientes e familiares, com seus colegas e os outros membros da equipe de saúde e com o público por meio de uma comunicação ampla e eficaz. (p.3)

Estas recomendações, referentes à adequação do processo comunicacional, poderiam ser pertinente a uma série de outros profissionais que tivessem relacionamento com algum público específico e seu contexto. No campo estrito da formação médica, por mais matérias, disciplinas, programas e sejam lá quais forem as obrigações impostas aos alunos de medicina, não se pode deixar de lado a preocupação com a parte humana desta função, visto ser mais social do que técnica.

Atualmente temos a implantação em andamento das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), movimento que ocupou toda cúpula da universidade brasileira, em negociação com representantes de classes e órgãos administrativos do governo. Conforme o parecer nº. 1.133 do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, de 7/8/2001:

Objeto das Diretrizes Curriculares: permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Brasil, 2001), entre outras recomendações, apontam para a necessidade de formação de um médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Objetivam capacitar o aluno para atuar no exercício profissional, 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. Entre outras competências requeridas para a formação do médico, destacam a comunicação, recomendando acessibilidade e confiabilidade. Colocando que a comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura. Recomendam o domínio de pelo menos uma língua estrangeira e da informática.

Em conhecimentos, competências e habilidades específicas destaca a recomendação de se aprender a comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares; além de informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação.

Em conteúdos curriculares, sugerem que se desenvolva o profissional com capacidade de compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente.

Além dessas recomendações das DCNs, o estudo de matérias que se aproximem da classificação de humanidades é apontado como necessário para o melhor desenvolvimento pessoal do médico, conforme os recortes de diversos autores:

Quando me refiro ao estudo de humanidades quero dizer cultura geral, incluindo conhecimentos de história universal, arte, música, literatura e comunicação, cuja finalidade, capacitar o médico a se relacionar mais facilmente com pessoas de diferentes formações culturais. (Luz, 2001:111)

O corpo de conhecimento da medicina é enorme e crescente. Hoje, não pode ser adquirido por uma pessoa em sua totalidade, como foi no começo do século XX, quando a medicina era um mero ofício. Por conseguinte, as escolas médicas devem conceber planos de estudo flexíveis e versáteis que tornem possível a emergência de um produto diversificado, diferente e adicional ao produto uniforme que atualmente se denomina médico geral. (Silva, 2003:3)

A importância do aspecto humano no relacionamento médico-paciente é inquestionável, mas frequentemente descuidada. (Luz, 2001:130)

A medicina é uma profissão exercida individualmente; pacientes são vistos e tratados de um por um. Portanto, não se pode desprezar o impacto

da atitude pessoal do médico no trato com os enfermos, independentemente das técnicas que empregue. (Luz, 2001:158)

A Disciplina de Psicologia Médica discute o ser humano tanto do ponto de vista do médico e do paciente. Ela busca o relacionamento humano entre médico e paciente e modo melhor de perceber aquele que sofre, aquele que está necessitado de atenção, de apoio, de cuidados não só médicos, mas de cuidados também afetivos.(ementa da UNB)

O aperfeiçoamento da relação profissional de saúde e o paciente deve estar centrado principalmente sobre a educação desses profissionais. É durante o período de formação que eles aprendem a se tornar mediadores entre o conhecimento científico e o senso comum, para promover a saúde da população. (Pfuetzenreiter, 2001:1)

Edmund Chada Baracat, pró-reitor de graduação da Unifesp, numa entrevista à revista Saúde Paulista (nº.12) declara:

Para que o atendimento seja mais solidário com o paciente, a relação médico-paciente precisa ser trabalhada em sala de aula. O aluno tem que compreender desde cedo que o paciente não é um número, é uma pessoa como ele. Para isso, um aspecto importante é colocar no currículo temas não apenas da área médica, mas da bioética, da filosofia, da história da medicina. Esse, alias, é um exemplo que pretendemos fazer. Hoje, a história da medicina é uma disciplina eletiva, mas nós estamos tentando incluí-la na grade curricular como parte do curso. Artes, fotografia, cinema, música, há uma série de disciplinas que podemos oferecer para dar outra dimensão à formação de nossos alunos. (p.8)

Dos textos de semiologia e propedêutica pudemos retirar alguns apontamentos de destaque:

Faça perguntas gerais primeiro, para conhecer melhor o paciente, ganhar a confiança. Entenda quem é a pessoa com quem você está lidando, de onde vem, o que faz, onde mora; se tem amizades comuns, pessoas conhecidas. Estimule-o a falar de si mesmo, antes de falar da doença dele. Esta é a maneira de se conhecer a pessoa. (Luz,2001:10)

Conforme Peixoto Filho (2000:1) anamnese, exame físico, representações clássicas da interação médico-paciente, são não somente estandartes, mas verdadeiras armas no diagnóstico e, apesar do menor reconhecimento, também na terapêutica. O

uso do simples conversar, ao lado do exame somatoscópico, é fundamental na relação médico-paciente. A anamnese abre os braços do médico aos problemas do doente, e o exame físico confirma o interesse do médico em solucioná-los, em firmar o diagnóstico mais preciso, e a partir daí criar um plano terapêutico. É indiscutível o papel da anamnese nesta relação, mas não devemos subestimar a importância do exame físico: não só os pacientes esperam ser examinados, mas também os médicos consideram importante o legado do ensino do exame físico durante o curso de medicina. Assim sendo, parece claro que o ensino da semiologia deveria continuar gozando de seu prestígio de outrora, de material “sacrossanto” na prática médica. Da mesma forma, clínicos deveriam utilizar seus conhecimentos de história e exame físico aos limites máximos de sua habilidade.

Dos livros-texto de semiologia destacamos o prefácio da primeira edição de Ramos Jr (1986:sn):

A relação médico-paciente, ou seja, as ligações psicológicas conscientes e inconscientes dos dois participantes da observação clínica, cada vez se torna mais inexequível, já porque os pacientes não são considerados como possuidores de uma alma, de reações psíquicas inseparadas e inseparáveis das manifestações orgânicas, e já porque o próprio médico não se apercebe que inconscientemente ele projeta, nesse trato bivalente, toda a sua agressividade maior ou menor, todo o seu sentimento de inferioridade, ou até os desvios de conduta, quando é uma personalidade psicopática.

As manifestações do profissional, mais defeituosas e reprováveis, infelizmente tão comuns, no curso da observação clínica e no prosseguimento do trato com os pacientes, são: a ostentação na postura, no convencimento, nos trejeitos de superioridade, tanto maiores e freqüentes quanto maior também seja o seu inconsciente sentimento de inferioridade intelectual concebido e reconhecido na infância; o desprezo, tratando os pacientes como se fossem uma “coisa”, uma matéria sem alma, sem afetividade, enfim, a falta completa do amor na sua tríplice composição da consideração, do respeito e do carinho, a um ponto tal que as observações clínicas se denominam em certos serviços pela palavra fria, sem alma, desprezível, semelhante a outros amontoados de papéis informativos das repartições públicas, dos departamentos policiais e presidiários, de “prontuários”; a falta de caridade, em sua expressão filosófica, ou seja, a crueldade dos prognósticos infaustos ditos face a face aos pacientes, como se com isto melhorasse algo na sua condição

patológica e psicológica do paciente, e que, na realidade, ou identifica a ostentação inconsciente de uma alma que quer demonstrar a sua “saber-doria” porque está inculcada por profunda inferioridade, ou porque é realmente perverso ou sem qualquer manifestação de amor, caráter constitucional de certas personalidades que não deveriam exercer a profissão médica.

A massificação da assistência médica pela socialização, pela progressiva dificuldade e a não compensação econômica dos profissionais, estão tornando as observações clínicas como “prontuários”, frios, inexpressivos, sem seqüência inteligente dos seus acontecimentos, dos seus sintomas, do reconhecimento da personalidade dos pacientes, e o médico, sem sobriedade, sem altruísmo, agressivo em palavras e idéias perante o seu paciente, enfim realizando tudo às avessas de como deveria ser e como o Médico e a Medicina foram concebidos.

Transcrevi propositalmente o texto na íntegra (de um livro de 868 páginas) para que se observe o fato de não aparecer em momento algum referência explícita à comunicação, entre o médico e o paciente, como uma interação pessoal, um diálogo, uma conversa, uma fala.

De outro livro-texto “Clínica Médica – propedêutica e fisiopatologia” (Marcondes, 1976), o mais próximo do tema que podemos encontrar, é:

Em todas as situações, o médico deve ter calma, paciência e persistência para, a cada momento, saber intervir com a naturalidade de uma simples conversa, não intimidando o paciente; pelo contrário, encorajando-o com suas perguntas e demonstrando interesse. Agindo desse modo, torna-se mais fácil a obtenção de informações de caráter íntimo, tais como impotência, frigidez, alcoolismo e uso de drogas.(p. 4)

No Dicionário Médico Blakiston (Osol, 1982), com 1162 páginas, comunicar é:

1. Ligar ou formar uma passagem continua entre um local e outro; anastomosar.
2. Transmitir ou conferir informação ou conhecimento.
3. Manifestar simpatia e compreensão.

Neste estudo, o enfoque da comunicação está no aspecto da relação de entendimento entre duas pessoas (em particular, o médico e o paciente), nos atos e efeitos da relação do médico com seu paciente. No mesmo dicionário (Osol, 1982), relação é:

Ligação satisfatória, harmoniosa, confiante e mutuamente responsiva entre duas ou mais pessoas, da qual elas têm consciência e que em situações especiais como entre paciente e médico ou psicoterapeuta, ou entre examinado e examinador, contribui para o consentimento do paciente ou indivíduo para ser ajudado. 2. Interdependência; influencia ou conexão mútuas entre órgãos ou partes. 3. Conexão por consangüinidade; parentesco.

Dos autores que se dedicam ao tema, médicos de diversas especialidades técnicas, acabam por aproximar da psicologia, seja pela linguagem da psicanálise, pelos procedimentos do behaviorismo, ou por enfoques humanistas. Assim como Zacariotti, (2003):

É fundamental motivar o futuro médico para desenvolver habilidades de comunicação com o paciente. As diferenças de classe determinam manifestações culturais e visões de mundo também diferentes. Na sua prática, ao tentar comunicar-se com seu paciente, o acadêmico deve ter sempre presente essa dicotomia. Precisa ser um observador sensível e, como já comentado, entre os fatores subjetivos da relação médico-paciente positiva está o escutar com empatia, atento ao conteúdo latente expresso na linguagem verbal e não verbal da consulta, usando uma linguagem simples, acessível ao nível de entendimento do paciente e de sua família. (p.188)

Destaca-se a disciplina denominada Psicologia Médica. No texto das ementas das universidades consultadas aparecem muitas diferenças de enfoques, e acreditamos que, na prática, esses enfoques sejam mais diferenciados ainda conforme forem os professores a frente da disciplina.

Kaufman (2003) diz que o ensino da relação médico-paciente é o tema-chave não apenas da disciplina de Psicologia Médica, mas de toda a medicina, se partirmos da idéia do homem como um todo biopsicossocial; e que o encontro de formas adequadas de comunicação entre médico e paciente deve constituir-se em preocupação do médico e, também, da faculdade que se responsabiliza pela sua formação. Relata ainda a experiência do uso de filmes do tipo Patch Adams e Golpe do Destino, entre outros, na disciplina de Psicologia Médica, no curso de graduação em medicina da Universidade de São Paulo. Diz que há uma tendência inicial por parte dos alunos de desvalorização e banalização dessas questões, mas que isso vai mudando à medida que eles percebem uma melhora na possibilidade de aprendizado para o relacionamento médico-paciente. Diz que isso representa um aprendizado útil para o aluno que poderá dialogar com seu paciente de maneira mais abrangente.

Amaral (2003), relatando o ensino da disciplina de Psicologia Médica, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, ressalta o treinamento com “*role-playng moreniano*” a partir da prática individual no contato com os pacientes acamados. Na análise das avaliações dos alunos, destaca a importância da relação médico-paciente, onde todos os grupos consideraram que desenvolver a capacidade de se relacionar bem com seu paciente é o primeiro e mais importante passo do tratamento.

Encontramos em Tolentino (2003):

Ouvir o paciente, conhecê-lo segundo a sua interpretação da vida, aceitá-lo da forma em que se apresenta, são condições para o estabelecimento de uma relação humana, vínculo indispensável nas abordagens diagnósticas e terapêuticas. A evolução da Medicina se faz com a técnica, mas também com a as visitas às enfermarias, com as conversas ao pé do leito, a partir de um toque ou de uma palavra que estabeleça a comunicação. (p.165)

Oliveira (2001) relata o experimento de educação médica desenvolvido na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com a utilização de atores, alunos do Departamento de Artes Dramáticas da universidade, como clientes dos serviços médicos. Tal procedimento pretende: (a) aprimorar as habilidades de comunicação; (b) aprender a trabalhar com os diferentes significados e representações das doenças para os pacientes; (c) manejar situações de sofrimento inerente à condição das doenças; e (d) reconhecer as principais linguagens presentes na relação médico-paciente. O autor conclui o trabalho dizendo:

Os resultados obtidos até o momento permitem concluir que habilidades de comunicação entre médico e paciente podem ser melhoradas com treinamento específico, desde que o centro da prática de saúde seja, de fato, o paciente. Reconstruir os elos entre a ciência que fundamenta a medicina e a arte de curar, como dimensões complementares, são o pano de fundo desta experiência e tem-se mostrado um desafio permanente. (p.66)

Esse trabalho com atores também acontece em Marília, conforme relatado por Moraes (2004):

O trabalho inicial com pacientes simulados na Famema foi com atores amadores da cidade de Marília e atualmente conta com auxiliares de enfermagem do Hospital de Clínicas I e II e do Hemocentro. Vinte e cinco

auxiliares cadastrados já participaram da avaliação formativa e somativa nos cursos de medicina, enfermagem e especialização da saúde da família. Neste momento dez pacientes simulados estão sendo treinados para participarem semanalmente no ensino de habilidades profissionais do curso médico e de participarem semanalmente no ensino de habilidades profissionais do curso médico e de enfermagem. (p.68)

Apenas para efeito informativo rápido, registramos a coleta de algumas ementas. A da Psicologia Médica da Universidade de Brasília apresenta diversos enfoques cognitivos sobre relação médico-paciente, até lembra de um olhar afetivo, mas só enfatiza algo próximo da comunicação quando lembra da necessidade de “dar uma notícia ruim”. A ementa do curso de Psicologia Médica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, programa treinamento em procedimentos, não faz referência alguma à comunicação. O curso de graduação em medicina da Universidade Estadual de Campinas apresenta três ementas de programas: “Relação Médica”, “Psicologia Médica I e II”, mas em nenhum texto aparece qualquer referência à comunicação.

A literatura nacional, também acompanha de maneira geral, essa ausência explícita do termo “comunicação” embora os enunciados possam induzir o pensamento dessa preocupação didática. Na literatura internacional sobre o aprendizado de comunicação nos cursos de graduação em medicina também se configura a mesma situação.

Embora a revisão da literatura pudesse iniciar na Antiguidade Grega, ainda com os ensinamentos Hipocráticos que já falavam de comunicação do médico com o paciente, demos um salto histórico para buscar somente as discussões mais recentes, ou da “era digital”, nesse boom de informação pelas redes internacionais. Recolhemos recortes sobre comunicação a partir da primeira edição do “*Tomorrow’s Doctor – Recommendations on undergraduate medical education*” em 1993, pela “*General Medical Council – UK*”. Eis o que temos sobre “*communication skills*”:

20 - O médico deve estar habilitado a se comunicar de forma clara, sensível e eficiente com os pacientes e seus acompanhantes, com colegas médicos e outros profissionais da saúde e da área social. Comunicar claramente poderá ajudá-lo a desempenhar eficientemente seus diversos papéis sociais: médico clínico, membro de uma equipe, chefe da equipe e professor.

21 - O médico deve saber que alguns indivíduos usam diferentes métodos de comunicação, tal como linguagem de surdos ou método Braille.

22 - O médico dever ter habilidade no seguinte: (a) Comunicar eficientemente com todos pacientes apesar das diferenças de nível social, cultural, ético e suas deficiências; (b) Comunicar com quem não fala a sua língua, incluindo a utilização de interprete.

23 – O estudante deve ter a oportunidade de praticar comunicação em diferentes momentos e formas, tais como falando, escrevendo e por meios eletrônicos. Devem ser preparados para competências em situações adversas, tais como: (a) Dar notícias ruins; (b) Tratar com clientes violentos e difíceis; (c) Comunicar com pessoas com deficiência mental, incluindo casos onde o paciente tem dificuldades em adequar seus sentimentos e pensamentos com o médico; (d) Comunicar e tratar pacientes com severas deficiências psíquicas e mentais; e, (e) Ajudar pacientes vulneráveis. (p.7 e 8)

Hulsman (1999), numa revisão de literatura sobre a comunicação na relação médico-paciente, na Holanda, diz que alguns autores chegam até a considerar como a mais importante das atividades do profissional, mas as escolas não chegam a ocupar mais que 5% do seu tempo no currículo de ensino no desenvolvimento dessa habilidade, focalizando na maior parte do tempo, quando não na totalidade, nos aspectos tecnológicos e biomédicos.

No Canadá, em 1992, foi promovido “*Workshop on the Teaching and Assessment of Communication Skills in Canadian Medical Schools*” (CMAJ, 1992:1149) Quatro anos depois foi feita uma pesquisa quanto aos resultados do evento na transformação do ensino de comunicação nas 15 das 16 escolas participantes. Todas reportaram grandes mudanças no ensino de comunicação na relação médico-paciente nos últimos quatro anos e apresentavam projetos de mais mudanças para os anos futuros. No entanto demonstravam que existiam barreiras para implantação de mudanças curriculares. A barreira mais freqüentemente apresentada é a falta de professores devidamente habilitados para ensinar comunicação, seguida da falta de coordenação para conseguir o tempo disponível na agenda da administração para discussão do assunto. Paralelamente a isso o processo de credenciamento para as escolas médicas agora exige o ensino e a avaliação de comunicação.

Uma incidência de trabalhos sobre ensino de comunicação em medicina se concentra na área da oncologia (Baile, 1997), notadamente quanto à necessidade de dar notícia ruim. Não como desenvolvimento de competência de conversar, de entender e interagir com o paciente, mas como um meio de conseguir proceder eficientemente na informação da notícia ruim. No entanto, a comunicação não é uma função unicamente ferramental

como parte de competências para o desenvolvimento profissional na relação médico-paciente, mas também no contexto da relação entre todos os atores da formação do futuro profissional, a escola como um todo, envolvendo professores, alunos e funcionários de todas as áreas. É a comunicação no nível institucional. Assim na *University of Illinois, Chicago College of Medicine*, foi estabelecido um programa de comunicação total. Esses esforços para promover uma boa comunicação entre professores, estudantes e administradores encorajaram outras reformas curriculares no estabelecimento. (Lemon, 1995)

Um dos problemas no ensino e na avaliação da comunicação na relação médico-paciente é a diferença de valores existentes nas concepções de professores médicos e de pacientes. Na Universidade de Sydney, Austrália, uma pesquisa lança um sério problema para o ensino da comunicação na formação médica, a avaliação. Uma pesquisa (Cooper, 1998) mostrou que na avaliação das competências de comunicação dos alunos, de dez itens avaliados por professores da academia e por pacientes, apenas dois apresentam concordância quanto aos valores atribuídos.

Em Israel, um crescente número de escolas médicas tem introduzido o estudo de ciências sociais no curso de formação em medicina, com intuito de promover a habilidade em seus graduandos para comunicar com seus pacientes e entenderem suas necessidades. No entanto, isso tem encontrado resistência dos estudantes, possivelmente por considerarem irrelevantes para a prática clínica, incongruente com o modelo biomédico, além das atitudes dos professores e da fraca definição dos objetivos educacionais. (Benbassat, 1996)

O reconhecimento da competência clínica do médico depende amplamente dos programas de formação, certificação e licença, oferecidos por várias organizações médicas do Canadá. A comunicação médico-paciente é um item requerido para avaliação. Os programas educacionais em todos os níveis estão sujeitos à avaliação por diferentes organizações incluindo o programa de graduação (*Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools*), treinamento em residência (*College of Family Physicians of Canada and Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*) e educação médica continuada (*CFPC and RCPSC*). A comunicação médico-paciente é o elemento chave no ensino em todos os níveis. Também é enfatizada a comunicação no processo de certificação. Na autorização das províncias (regiões administrativas) para o exercício da profissão é enfatizada a importância da efetiva comunicação entre o médico e o paciente. Diversas províncias têm programas de reavaliação do médico e recentemente iniciaram uma avaliação de performance. Diversos programas de revalidação propõem a avaliação da relação médico-paciente. Há uma forte pressão por parte dos órgãos dos consumidores para que diversos níveis de competências em comunicação sejam impostos no exame de

licenciamento. Muitas abordagens visam o desenvolvimento do médico no foco da comunicação pela premiação, mais que coerção, e muitos esquemas podem ser considerados promotores da melhoria da comunicação. (Handfield, 1999)

A Conferência Internacional de Ensino de Comunicação em Medicina realizada em Oxford, 1996, elaborou um consenso pela recomendação de oito itens básicos como necessários para a formação (graduação) e o desenvolvimento (educação continuada) do profissional médico: (1) ensino e avaliação deverão se basear numa visão ampla de medicina; (2) o ensino de comunicação e de clínica deverão ser consistentes e complementares; (3) o ensino deverá orientar e ajudar o estudante, no esforço da comunicação centrada no paciente; (4) o ensino e a avaliação da comunicação deverão proporcionar o desenvolvimento pessoal e profissional; (5) deve apresentar uma estrutura planejada e coerente para o ensino de habilidades em comunicação; (6) as habilidades estudadas pelos estudantes devem ser avaliadas diretamente na prática; (7) os programas de ensino e avaliação de comunicação devem ser reavaliados constantemente; e (8) o desenvolvimento da matéria deverá ser sustentado em pesquisas adequadas. (Makoul, 1999)

Kurtz (1999) relata que os estudos de educação médica, nos níveis de formação, pós-graduação e educação continuada consideram a comunicação como uma competência fundamental para o médico, nos Estados Unidos. Para responder ao paciente, a advogados e representantes do governo, assim como para avançar em pesquisa de comunicação médico-paciente e no ensino, alguns educadores da área médica estão no processo de desenvolvimento de um novo currículo, enquanto outros já trabalham na expansão, integração e futuros desenvolvimentos de programas já estabelecidos. A questão, para a maioria das pessoas que trabalham com isso, não é mais de como implantar o ensino e desenvolvimento da comunicação na formação do médico, mas como fazer isso mais eficiente e efetivo.

O desenvolvimento das habilidades e atitudes do estudante de medicina nas práticas de comunicação com o paciente pode ser melhorado com a participação de pacientes reais nos cursos de treinamento das habilidades de comunicação. Klein (2000) relata um estudo realizado no Centro de Pesquisa do Trauma (no *Royal Cornhill Hospital, Aberdeen, U.K*), que avalia a diferença de atitudes e habilidades com 233 estudantes, dos quais 54 haviam participado do treinamento com doentes reais. Estudantes que participaram do experimento são mais propensos a considerar a importância de ouvir como característica extremamente importante do médico e para considerar mais forte e verdadeira a relação médico-paciente. Dois anos depois do curso, a habilidade dos médicos com os pacientes e a necessidade das decisões clínicas levarem em conta a vontade do paciente, foram considerados de muita importância pelos alunos que participaram do

curso. O autor conclui que se confirma a hipótese que os participantes do grupo experimental respondem melhor quanto à empatia, mostrando consideração e respeitando o paciente no impacto que tais sintomas refletem na vida do paciente. Mostra que o aprendizado do graduando na relação pessoal com o paciente com câncer é benéfico e apresenta efeitos duradouros nas atitudes e performances do graduando. Termina recomendando que as escolas médicas deveriam considerar melhor a participação de doentes com câncer no treinamento do estudante e como eles podem trazer uma importante contribuição para o desenvolvimento da comunicação do médico.

Dubé (2000), afirma que a efetiva comunicação, relevante para os serviços de prevenção e para a prática diária, está na base das habilidades do médico não somente para o levantamento da história básica e do levantamento de dados, mas na construção da relação, na facilitação, negociação e parceria. Diz que essas habilidades, fundamentais para a comunicação médico-paciente, são agora rotineira e sistematicamente ensinadas em muitas escolas médicas dos Estados Unidos. Parte do exemplo do Departamento de Saúde da Comunidade da *Brown University*, em que examina um modelo de comunicação para melhoria da prevenção, a adoção de práticas preventivas na atenção primária e discute o ensino deste modelo no contexto da escola de medicina. Divide os esforços para uma boa comunicação em partes tais como (1) A entrevista médica e o aconselhamento; (2) o trabalho com os pacientes na mudança de comportamentos, promoção de comportamentos saudáveis e aumento da aderência ao tratamento; e (3) os registros de procedimentos e recomendações.

Em Israel (*Bnai Zion Medical Center, The Faculty of Medicine, Haifa*), há um acordo da faculdade de medicina com um colégio de artes, em que adolescentes de 16-17 anos desenvolvem personagens em cerca de 20 casos clínicos diferentes para se submeterem como pacientes dos alunos de graduação e de educação continuada em atendimento de adolescentes, com especial ênfase na linguagem do adolescente. (Hardoff, 2001)

Na publicação de “*Good Medical Practices*” (2001:8), temos:

21. Boa comunicação entre pacientes e médicos é essencial para o efetivo cuidado e a relação de confiança. Boa comunicação envolve: ouvir o paciente e respeitar seus pontos de vista e suas crenças; dar aos pacientes as informações que eles perguntam ou que precisam saber sobre suas condições, tratamentos e diagnósticos, de um jeito que eles possam entender, incluindo sobre a medicação prescrita, informando sobre algum efeito colateral mais sério, e quando apropriado, a dosagem; partilhar informações com parentes, acompanhantes ou enfermeiros, se eles

perguntarem, tendo primeiro o consentimento do paciente. Quando o paciente não der o consentimento, você deverá comunicar as informações que os acompanhantes precisam ou devem saber, exceto quando você tiver razão para acreditar que o paciente fosse objetar se tivesse condições.

22. Se o paciente sob os seus cuidados estiver sob algum perigo, como suicídio ou outro mal possível, você deve tomar as precauções possíveis. Você deve explicar pronta e completamente ao paciente o que está acontecendo e os efeitos desejados a longo e curto prazo. Quando possível deve fornecer os esclarecimentos e argumentos dos procedimentos adotados. Se o paciente é um adulto com deficiência de capacidade, a explicação deve ser feita com seu responsável, ou parceiro, ou acompanhante terapêutico, ou amigo que esteja envolvido no caso do paciente, a menos que você tenha razões para acreditar que o paciente poderia não aceitar a revelação. Em caso de criança a situação pode ser explicada honestamente com todos os pais ou responsáveis e para a criança, se ela tiver maturidade para o assunto.

23. Se a criança sob seus cuidados vier a óbito, você deve explicar, na melhor forma do seu conhecimento, as razões e as circunstâncias, para os pais ou responsáveis. Da mesma forma, se um paciente adulto vier a óbito, você deve prover as informações ao companheiro, acompanhante ou amigo envolvido no caso do paciente, a não ser que você tiver suspeitas suficientes que o paciente não quisesse.

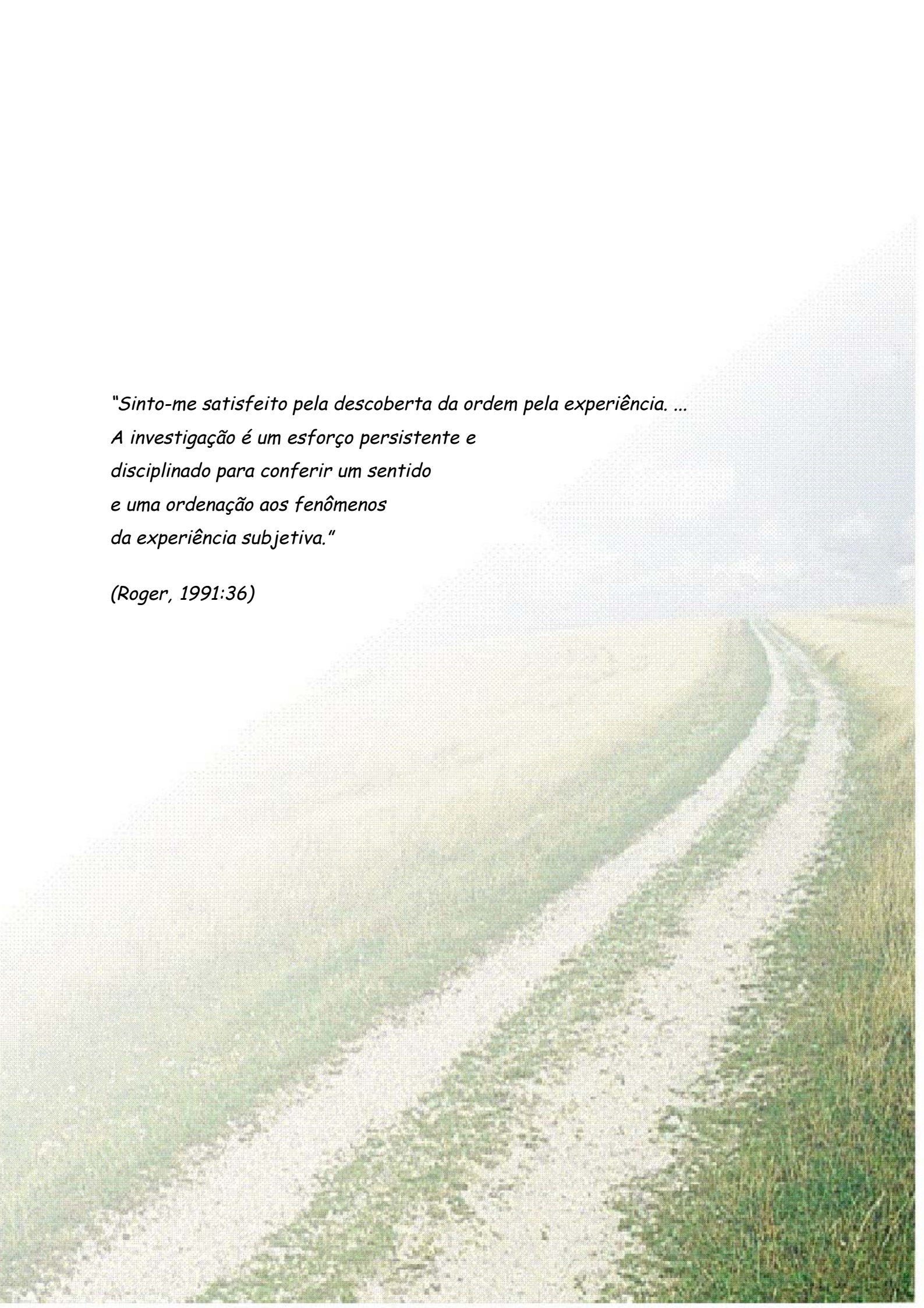
Na Faculdade de Medicina do “*Imperial College of Science, Technology and Medicine*”, em Londres, é utilizado um sistema de treinamento para desenvolvimento de habilidades de comunicação com a utilização de atores contratados como pacientes. A utilização de outros alunos do curso, no lugar de pacientes, também já foi utilizada com os mesmos resultados. Tais eventos proporcionam um treinamento para identificar e refletir sobre as especificidades da relação com os pacientes. (Nestel, 2002)

Os conceitos sobre comunicação e a possibilidades ou não de ensino/ aprendizagem de habilidades de comunicação são variáveis conforme a formação e a cultura de cada meio. Numa pesquisa na *Manchester University* (em 1994), foram questionados dois grupos de estudantes, um do programa tradicional e outro do programa PBL. O primeiro grupo entende comunicação como o procedimento de informar o paciente, mais do que conversar ou promover um envolvimento, e que comunicar é um “jeito de ser”, uma habilidade nata, enquanto o segundo grupo afirma que a comunicação, mais que

uma possibilidade, é uma necessidade terapêutica e que pode ser ensinada na formação do médico. (Willis, 2003)

O desenvolvimento da habilidade de falar e entender a linguagem do paciente tem se revelado como um fator primordial na relação médico paciente. A comunicação melhora quando, além dos valores lingüísticos, é incorporada a cultura da comunidade nos cuidados com a saúde. Com isso em mente, a Faculdade de Medicina da Universidade de Ottawa treinou os estudantes de língua inglesa para o entendimento da minoria de língua francesa de Ontário. O treinamento é feito em 15 simulações de casos diferentes em que aparece a dificuldade de comunicação. (Drouin, 2003)

A relação médico-paciente não envolve somente os aspectos técnicos do saber científico, mas também as relações humanas de pessoa a pessoa. No *Medical College of Wisconsin, Milwaukee*, se implantou o estudo de artes cênicas e poesia em que os alunos do quarto ano de medicina pesquisam fatos em jornais, promovem discussão em grupos e acabam produzindo cenas ou poemas de quadros do cotidiano, objetivando o desenvolvimento de maior sensibilidade no trato e nas comunicações com pacientes e colegas de trabalho. (Anderson, 2003)

A photograph of a gravel path leading through a field of tall grass. The path is made of light-colored gravel and is flanked by green grass. The background shows a bright sky and a distant horizon. The overall scene is peaceful and open.

*"Sinto-me satisfeito pela descoberta da ordem pela experiência. ...
A investigação é um esforço persistente e
disciplinado para conferir um sentido
e uma ordenação aos fenômenos
da experiência subjetiva."*

(Roger, 1991:36)

4.REFERENCIAL METODOLÓGICO

Falar de pesquisa na área de conhecimento da medicina é, na maioria das vezes, se conduzir pelos esquemas rígidos da exatidão científica segundo os procedimentos metodológicos da Filosofia da Ciência. Falar de metodologia em pesquisa empírica na área médica é dizer de medidas, quantidades, médias, números enfim. Tudo muito útil e próprio para o que se propõe quando o objeto de estudo é tomado como um dado estatístico, um fato sob controle. Conforme Martins e Bicudo (1989:34): *“o objetivo de revelar a natureza da aprendizagem através da descrição da experiência do aprender é fundamental para o delineamento da pesquisa e da própria obtenção das descrições”*.

No nosso caso se busca estudar o entendimento do ensino e da aprendizagem da comunicação durante a formação profissional do médico. Não é um dado que possa ser isolado do contexto, não é uma variável que possa ser controlada e submetida a ensaios em diferentes graus de pressão ou de saturação. Não dá para retomar uma experiência e mudar os fatores intervenientes. Conforme Martins e Bicudo (1989), a Filosofia da Ciência, originada do Positivismo, renunciou ao inquérito a respeito do sujeito conhecedor e orienta-se diretamente para a ciência considerada como sistema de proposições e de procedimentos. Sendo o objeto deste estudo sujeito a diferentes concepções individuais desenvolvidas ao longo de uma vida não poderia ser submetido a uma metodologia quantitativa, mas algo que descrevesse o significado – a pesquisa qualitativa.

A pesquisa qualitativa não se preocupa com generalizações, princípios e leis, mas com a compreensão do fenômeno particular. O pesquisador qualitativo pode interrogar o mundo ao seu redor a partir da sua relação com o mundo, ou pode estudar a relação que um outro tem com o mundo, não com a pretensão de generalizar, mas se satisfaz em descrever o entendimento daquela situação particular. Dentre as possibilidades de pesquisas qualitativas existe uma que privilegia a essência do fenômeno – o olhar fenomenológico. Conforme Martins e Bicudo (1989):

Nessa modalidade não se fazem análises prematuras ou construções explicativas a priori nas descrições dos fenômenos. Mas os fenômenos devem se mostrar tal como se apresentam para o pesquisador, em termos de significado. Isso quer dizer que o investigador não formula hipótese sobre o que é aquilo que busca, mas apenas procura ver o fenômeno tal como o mesmo se mostra em termos de significados relacionais. O conhecimento desejado é a essência do fenômeno. (p.36)

Embora recente, a fenomenologia vem tomando espaços dentro das pesquisas na área da saúde:

Embora vital para a Medicina, a Fenomenologia, lamentavelmente, ainda não ocupou o amplo espaço necessário dentro do ensino médico. Apenas a psiquiatria tomou para si tal conhecimento; outras áreas da Medicina, como a clínica médica e as clínicas cirúrgicas, muito pouco ou quase nada usufruíram dessa corrente filosófica. Assim é que o paradigma positivista do ensino médico permaneceu inabalável por todos esses anos. (Branco, 2003: 78)

4.1. A fenomenologia

O termo fenomenologia foi criado pelo matemático e filósofo alsaciano J. H. Lambert (1728 - 1777), e difundido pelo filósofo escocês William Hamilton (1788 - 1856), como sendo a descrição imediata dos fatos e ocorrências psíquicas, anterior a qualquer explicação teórica. É aquilo que se vê antes de delimitar o olhar; é o que se apreende antes mesmo de procurar o entendimento do que seja, antes de uma explicação racional, antes de uma reflexão científica ou moral.

No final do século XIX e início do século XX enquanto a psicologia discutia o homem entre a ciência e a filosofia, surgiam dois caminhos (Maciel, 2003): um, do empirismo, da busca da exatidão, uma ciência de indução e da previsibilidade, do homem anátomo-fisiológico, do ser biológico, conforme Wilhelm Wundt (1832-1920) e John B. Watson (1878-1958); e outro, da fenomenologia, mais aberto ao mundo subjetivo, do homem como um todo, mais complexo ou, “mais puro” como dizia Franz Clemens Brentano (1838-1917); para ele a psicologia deveria fornecer a base científica para uma filosofia como visão global da realidade, mas por isso mesmo fundada sobre o solo da observação empírica. A descrição deveria preceder a explicação, sendo o relato do que aparece, a descrição do evento puro, sem juízos, nem preconceitos, sem implicações de causa e efeito. Para Brentano, o objeto é algo captado pela mente, percebido; dele se faz um juízo, um julgamento, uma racionalização; e, sempre com alguma afetividade ou repulsa, amor ou ódio. É a intencionalidade descrita por Forghieri (1993) como:

... o ato de atribuir um sentido; é ela que unifica a consciência e o objeto, o sujeito e o mundo. Com a intencionalidade há o reconhecimento de que o mundo não é pura exterioridade e o sujeito não é pura interioridade, mas a saída de si para um mundo que tem uma significação para ele. (p.14)

Assim sendo o objeto depende sempre do observador que vai ver e julgar ao seu modo, com a intencionalidade pessoal, pois os atos mentais são sempre intencionais. Na representação o objeto se faz na mente do observador, como é captado, como é construído, da forma como o mundo é percebido pelo observador; o homem é um construtor de significados; o mesmo objeto não é a mesma coisa para pessoas diferentes. No juízo, um julgamento de valor, o objeto recebe do observador um valor, uma atribuição, uma qualidade particular, algo adjetivo, de acordo com os valores e julgamentos do observador; o homem é um construtor de medidas. E, no sentimento, na afetividade quanto ao objeto, as posições vibram entre o ódio e o amor, o desejo e a repulsa.

Para Edmund Husserl (1859-1938) [discípulo de Brentano], a fenomenologia é “o método filosófico que se propõe a uma descrição da experiência vivida da consciência,

cujas manifestações são expurgadas de suas características reais ou empíricas e consideradas no plano da generalidade essencial”. (Houaiss, 2001).

Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) diz que a fenomenologia é o estudo das essências, das “coisas mesmas”, é a tentativa de uma descrição direta da experiência tal como ela se dá, e sem nenhuma deferência à sua gênese psicológica e às explicações causais que o pesquisador possa fornecer. Trata-se de descrever, não de explicar nem de analisar. (Merleau-Ponty, 1999:1)

O termo “fenômeno” revestiu-se, no entendimento popular, de algo como que uma realização espetacular, algo de maravilhoso, até sobrenatural. No entanto, fenômeno é, simplesmente, “o que aparece” (do latim *phaenomènon*, i ‘fenômeno, aparição’, do grego *phainómenon*, ou ‘coisa que aparece’ (Houaiss, 2001)), o que pode ser observado na natureza, um evento que pode ser descrito e estudado cientificamente. O fenômeno é simplesmente ele mesmo, o que aparece, como é visto, independentemente a interpretações racionais. Martins e Bicudo (1989) dizem da importância de estabelecer bem a diferenciação conceitual entre fato e fenômeno, vez que “*O fenômeno mostra-se a si mesmo, situando-se. O fato é controlado após ter sido definido*”.

Nas palavras de Merleau-Ponty (1999):

Tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada. Todo universo da ciência é construído sobre o mundo vivido, e se queremos pensar a própria ciência com rigor, apreciar exatamente seu sentido e seu alcance, precisamos primeiramente despertar essa experiência do mundo da qual ela é expressão segunda. (p.3)

Vê-se que não se fala do objeto como existente independentemente ao observador, mas da consciência do observador como construtor de significados. Assim, quem faz a descrição de um objeto qualquer, por exemplo, uma cadeira, não é de cadeira que ele fala, mas da forma como ele vê aquela cadeira, como é a cadeira, na consciência dele. Daí a importância de se saber que aquela é a cadeira dele, ou a consciência dele sobre a cadeira, e que isso não é igual para todos.

Diferente de outros objetos de estudo, passíveis de fragmentação e isolamento, o “fato humano” (o fenômeno) se dá numa relação específica com o meio e com os outros, é circunstancial no tempo e no espaço, é intencional por já ter significado antes de

acontecer. Diante às críticas do positivismo tradicional sobre o valor científico do método fenomenológico, Husserl dizia que a fenomenologia apresentava um positivismo superior, pois:

se por 'positivismo' se entende o esforço, absolutamente livre de preconceitos, para fundar todas as ciências sobre o que é 'positivo', isto é, suscetível de ser captado de maneira originária, somos os verdadeiros positivistas. (Husserl, 1985: 69) [citado em Bruns, 2003: 47]

A fenomenologia, enfim, é uma opção de acesso que se pode fazer, entre tantas outras possibilidades, pois conforme Merleau-Ponty (1999):

A aquisição mais importante da fenomenologia foi sem dúvida ter unido o extremo subjetivismo ao extremo objetivismo em sua noção do mundo ou da racionalidade. A racionalidade é exatamente proporcional às experiências nas quais se revela. Existe racionalidade, quer dizer: as perspectivas se confrontam, as percepções se confirmam, um sentido aparece.(p.18)

A pesquisa fenomenológica se enquadra no contexto das pesquisas qualitativas, trabalhando com as manifestações humanas e sociais, antes inacessíveis para um estudo sistemático nos moldes tradicionais das ciências positivas. Não é um estudo de quantidade de objetos com análises estatísticas, aqui não é o número que conta, mas a qualidade, a palavra que descreve o que vai penetrar no mundo subjetivo do homem.

Na ciência tradicional temos os fatos objetivos medidos e calculados, aqui temos os fenômenos descritos. Inicia da parte para a recuperação do todo, formando um todo compreensivo, revelando o verdadeiro sentido do objeto; procura a articulação dos sentidos, das estruturas básicas, das manifestações dos fenômenos; busca a compreensão seguindo os contextos onde o objeto tem sentido (integração em seu meio ambiente natural ou cultural, o cenário, o lugar o contexto geográfico) recuperando os cenários ou os lugares onde a manifestação dos atores faça sentido, requer construir um horizonte que permita articular diversas manifestações de maneira compreensiva, com ênfase na categoria espaço (Sánchez Gamboa, 1987).

Conforme Holanda (2003) o método fenomenológico se constitui de procedimentos para exploração da consciência imediata e da experiência concreta, descrevendo, tanto quanto possível, a essência, "as coisas mesmas", sempre considerando o todo envolvido na observação dos fenômenos, inclusive o olhar do observador e a intencionalidade do participante do fenômeno. É descritiva, pois parte da experiência e vivência concretas, é

eidética e empírica por ser uma reflexão sobre as generalidades e tipicalidades da vivência, e por identificar, pela descrição, as essências pré-existentes; e é intencional porque revela a consciência e suas ligações com a organização da experiência. Diferentemente dos métodos científicos tradicionais, não tratamos com fatos, pois fatos são abstrações, mas com o fenômeno, pois fenômenos são vividos, e ainda conforme esse autor:

Fato é tudo aquilo que pode ser estudado de forma objetiva e rigorosa pela ciência e cuja idéia deriva primordialmente da lógica de Stuart Mill e empirismo britânico, bem como tradição positivista. Já o fenômeno mostra-se por si mesmo, mas esta “emergência” do fenômeno só se dá quando está situado, ou seja, o fenômeno precisa estar circunscrito. (p.46)

Conforme AmatuZZi (2003) quando se trabalha com material expressivo da vivência humana, a pesquisa pode privilegiar o texto expresso e ser feita uma análise de conteúdo, pode privilegiar o inconsciente, aquilo que se esconde no texto e se fazer uma análise psicanalítica, e pode ainda, privilegiar a intencionalidade ou o vivido, e se fazer uma análise fenomenológica.

Dentre outras possibilidades optamos pela orientação de AmatuZZi (2003: 24 e 25), em quatro passos:

1. No primeiro a síntese da entrevista devolvida para o colaborador fazer a sua confirmação;
2. no segundo, sistematizar as sínteses dos diversos depoimentos;
3. no terceiro, dialogar com a literatura, discutir os resultados com outros pesquisadores;
4. e finalmente, o relato da pesquisa, que na verdade pode ser o início de um diálogo com a comunidade científica.

4.2. O campo da pesquisa

Delinear o campo de uma pesquisa é optar entre muitas situações desejáveis. Entre qualidade e quantidade aparece um mundo de possibilidades e viabilidades. Dentre as diversas possibilidades estudadas se optou por levantar diferentes olhares sobre a questão, abordando professores e egressos dos cursos de graduação em medicina.

Considerando a intradisciplinaridade predominante na maioria dos cursos de graduação em medicina e que geralmente faz com que o professor tenha um conhecimento detalhado de sua área de docência, mas pouco conhecimento do processo como um todo, optou-se por entrevistar os coordenadores partindo do pressuposto de que, teoricamente, podem/devem ter uma visão mais abrangente do projeto pedagógico. Neste sentido foram entrevistados nove coordenadores, todos participantes de um Congresso de Educação Médica. Representam cinco cursos federais, três estaduais e um particular de diferentes estados do país (RS, 1; PR, 2; SP, 3; MG, 2; PE, 1; RR, 1).

As entrevistas com os egressos foi realizada na primeira semana de Residência em Clínica Médica, entendendo que suas concepções refletissem o processo vivenciado no curso de graduação em medicina, ainda não influenciado pela prática e/ou pelas discussões desenvolvidas nesta nova etapa da formação profissional. Programou-se fazer a pesquisa com os alunos selecionados para o programa de Residência em Clínica Médica de um dos hospitais participantes do concurso público.

A escolha pela Clínica Médica foi aleatória. Apesar de não refletir o universo de concepções dos egressos, representou a maioria dos participantes inscritos para o concurso (26%). A opção por esta população também foi influenciada pela abrangência da área na atual dinâmica do processo seletivo para todas as especialidades clínicas. O quadro abaixo caracteriza esta amostra investigada:

Caracterização dos egressos

Sexo	F	F	M	M	F	F	F	F	F	M	F	M
Idade	27	25	26	25	25	24	25	23	24	25	24	23
Origem	SP	SP	ES	BA	RJ	AL	RJ	SE	SP	SP	BA	RJ
Tempo(*)	25	13	25	1	7	1	37	1	1	1	13	1

(*) tempo de formado quantificado em número de meses

4.3. O procedimento das entrevistas

Na apresentação de cada colaborador para sua entrevista, foram seguidos rigorosamente os seguintes procedimentos:

a) solicitação da leitura e assinatura dos termos de “consentimento esclarecido” (anexo 1);

b) apresentação do texto resumo do projeto de pesquisa que termina com a apresentação das perguntas abertas (anexos 2 e 3);

c) dado o tempo que fosse necessário para elaboração das respostas, as entrevistas foram gravadas em fita magnética. As entrevistas foram transcritas com o cuidado de omitir os nomes de cidades e de escolas para evitar a possibilidade de identificação dos profissionais, as escolas e as cidades;

d) as entrevistas transcritas foram devolvidas aos participantes para uma revisão pessoal com possibilidade de alteração do que considerasse necessário. Com isso as entrevistas ora analisadas são resultantes de transcrição da gravação e das alterações ou confirmações pessoais de cada participante. As entrevistas foram enviadas por e-mail para cada colaborador e se aguardou o tempo necessário e suficiente para as revisões. No caso dos egressos, que estavam prestando Residência na Cidade de São Paulo, houve a possibilidade de se conseguir a revisão de todos, mas no caso dos coordenadores de cursos, espalhados pelo Brasil todo, tivemos que aceitar como definitivo o texto que não foi respondido. Esse procedimento estava no acordo que foi feito por ocasião da entrevista e novamente explicitado no texto da mensagem que acompanhou a remessa da transcrição para a revisão.

4.4. A leitura das entrevistas

A leitura foi desenvolvida conforme a proposta elaborada por Forghieri (1997) que considera duas posturas básicas do pesquisador fenomenológico: o momento existencial, em que se colocam de lado os conhecimentos adquiridos sobre o assunto e se abre para uma vivência de modo espontâneo e experiencial; e o distanciamento reflexivo, quando o pesquisador se distancia da vivência para poder refletir sobre a sua compreensão e então descrever o significado desta vivência. Assim, o primeiro momento constituiu-se no perguntar e ouvir a resposta, na gravação da entrevista; e o segundo momento na leitura e releituras das entrevistas.

Difícil dizer quantas horas foram utilizadas em ouvir as entrevistas, desde o momento das gravações, ouvindo no original, as transcrições (onde se tem que ouvir diversas vezes para se digitar), as leituras e as releituras. As entrevistas dos egressos estão identificadas com a letra (E) e um número de 01 a 12; as entrevistas com os coordenadores estão identificadas com a letra (C) e um número de 01 a 09.

A análise exigiu leituras e re-leituras. Muitas leituras das entrevistas foram descartadas por terem se enveredado por caminhos que acabamos por não dar conta, muitos recortes foram desfeitos. A cada recomeçar das análises um novo pensamento, um novo rumo, uma nova direção, um novo olhar, uma nova categoria. Confirma a teoria fenomenológica da intencionalidade do ser humano ao olhar para o seu objeto de estudo, cada olhar reflete a visão interna sobre o objeto externo. A cada leitura emerge uma categoria que antes não fora vista. É possível que noutra releitura se possa perceber uma quantidade diferente de unidades de sentido, se possam fazer novos recortes, novas categorias.

É surpreendente se ver procurando recortes que confirmem as próprias concepções, os pré-conceitos. É difícil se despojar de tudo para conseguir fazer uma leitura descomprometida com os conhecimentos prévios. Na verdade é impossível reconhecer o que não se conhece. O esforço de reler tantas vezes quanto seja necessário para ouvir a fala do outro, as falas dos outros, as tantas falas de cada outro, beira a exaustão.

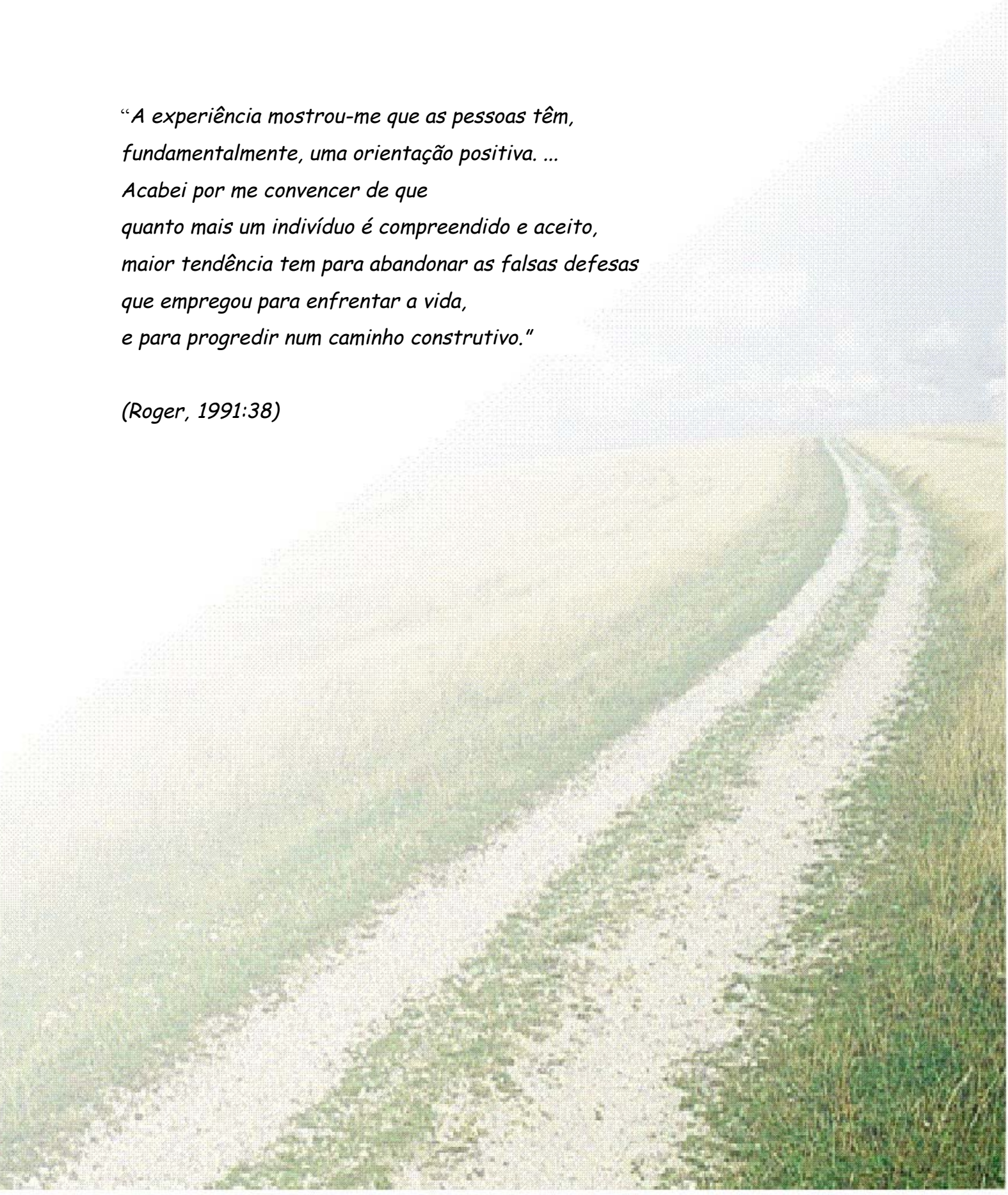
Nesse segundo momento, ou melhor, nos momentos seguintes, depois de diversas releituras e na reflexão sobre as falas, foram feitos recortes de “unidades de significado” que foram agrupadas da forma mais próxima possível às questões propostas para o estudo.

A análise desenvolvida nas entrevistas com os colaboradores da pesquisa permitiu agrupar as categorias emergentes em dois capítulos conforme proposto nos objetivos específicos da pesquisa: a) Levantar a concepção de alunos e de professores de cursos de graduação em medicina sobre o processo de comunicação no exercício profissional; e b) Identificar como e quando o currículo de formação contempla o ensino de comunicação na relação com o paciente.

No capítulo denominado “A concepção de comunicação” relatamos as diferentes concepções sobre o que seja a comunicação na percepção dos egressos e dos coordenadores. No capítulo denominado “O ensino da comunicação na graduação” procuramos relatar a percepção de alunos e professores quanto ao momento e a forma como se dá a aprendizagem da comunicação na graduação em medicina. Relatamos também algumas observações de caráter avaliativo que emergiram das pesquisas, avaliações tanto do ensino quanto do aprendizado.

“A experiência mostrou-me que as pessoas têm, fundamentalmente, uma orientação positiva. ... Acabei por me convencer de que quanto mais um indivíduo é compreendido e aceito, maior tendência tem para abandonar as falsas defesas que empregou para enfrentar a vida, e para progredir num caminho construtivo.”

(Roger, 1991:38)



5. A CONCEPÇÃO DE COMUNICAÇÃO

Apreender concepções dos egressos e coordenadores de cursos médicos nos remete a uma reflexão sobre os termos concepção e conceito.

Parte-se do pressuposto de que falar de “concepção” permite maior abertura para a diversidade de pensamentos do que a fala sobre “conceito”. Conceber denota a forma particular de perceber, apreender ou compreender algo. Concepção dá a idéia das condições necessárias e suficientes para o nascimento biológico assim como pode representar o nascimento de uma idéia. A concepção é uma construção individual da mente, a formação de uma consciência a respeito de algo a partir da sensação e da experiência anterior de cada um. O conceito fala do objeto, como se neutro fosse o olhar sobre este, enquanto a concepção diz do olhar que a pessoa forma sobre o objeto. Conforme Merleau-Ponty(1999:3): *“Tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada.”*

O conceito é uma idéia estabelecida a respeito de algo, seja por obra do seu criador ou por consenso de alguma área do conhecimento, como a matemática, a física, a biologia ou a filosofia. Na tradição racionalista da filosofia ocidental, de Platão (427-348 a.C.) a Hegel (1770-1831), passando por Descartes, Leibniz e Kant, conceito é a manifestação da essência ou substância do mundo real. (Mora, 1982: 67-69) Em Houaiss (2001) encontramos a síntese de conceito como sendo:

Representação mental de um objeto abstrato ou concreto, que se mostra como um instrumento fundamental do pensamento em sua tarefa de identificar, descrever e classificar os diferentes elementos e aspectos da realidade.

O conceito é rígido na medida em que expressa a afirmação de uma teoria, a concepção é flexível, vez que expressa o entendimento de uma pessoa, num contexto de tempo e espaço. Um conceito pode estar certo ou errado conforme a coerência interna da teoria, mas uma concepção, por ser pessoal, não pode ser submetida a tal julgamento. Dependendo de onde, como, quando e quem olha, os aspectos da realidade podem ser vistos e descritos como algo amplo ou restrito, geral ou específico, ou seja, a concepção é um olhar particular e temporal.

Não se tem aqui nenhum objetivo de estabelecer comparações entre egressos e coordenadores; não cabe comparar as divergências e diferenças de concepções em

diferentes momentos históricos em que se encontram: são duas pontas de uma mesma profissão, uns bem novos em início de carreira, outros bem experientes, já educadores, formadores de novas gerações. Da mesma forma, não se tem nenhuma intenção de generalização dos resultados, mas sim de trazer insumos para uma reflexão sobre a temática. Como se diz em fenomenologia: “**relatar o vivido**”.

As falas de cada entrevistado sobre o que seja a comunicação foram tomadas como suas concepções naquele momento. As categorias de análise a partir das falas dos entrevistados, remetem ao entendimento de Merleau-Ponty (1999) que:

A fala é um verdadeiro gesto e contém seu sentido, assim como o gesto contém o seu. É isso que torna possível a comunicação. Para que eu compreenda as falas do outro, evidentemente é preciso que seu vocabulário e a sua sintaxe “já sejam conhecidos” por mim. (p.249),

Ao pesquisador coube procurar entender aquela sintaxe, buscar a essência do que foi falado e o que se quis dizer com aquilo além de buscar um dialogo com a literatura, com os diversos conceitos e teorias existentes na área de estudos da comunicação. Ao trazer os fundamentos epistemológicos de um modelo ou uma teoria, e as críticas que lhes incidem por parte de outros modelos ou teorias, estamos procurando relacionar as concepções de nossos entrevistados com o que já fora posto na literatura mundial.

Para alguns, esta concepção aparece de forma muito ampla:

☞ *Comunicação é um todo na profissão médica, comunicação é tudo, não é só palavra, não é só escrita, é atitude como um todo. (C05)*

Houve quem apontasse que a relação profissional entre o médico e seu paciente seja uma questão que envolve aspectos culturais e que isso deve ser considerado:

☞ *Trabalha também as questões culturais sociais, se você deve falar de forma diferente para os seus usuários. (C08)*

Aparece quem lembre da necessidade de observar o contexto onde o fato acontece, pois a relação não é independente:

☞ *... ligar não só com o paciente, mas com todo o contexto, com a família, aprende a enxergar diferente (C05)*

Até houve quem apontasse a via de duas mãos, de entender e se fazer entender, não só de se falar, mas também ouvir:

☐ *é entender o que ele [o paciente] está falando, procurar entender e fazer ele entender a gente. O médico também, não é só a gente entender o que ele está passando, mas ele também tem que entender o que a gente passa para ele. (E08)*

Por outro lado, também aparecem concepções bastante restritas do processo:

☐ *... você apresentar a ele as coisas de uma forma que ele entenda, então é assim, falar numa língua que ele entenda, de uma forma clara. (E07)*

Ou como um simples instrumento para conseguir dados suficientes e necessários para o diagnóstico:

☐ *Como você consegue uma informação dependendo da classe social das condições de vida daquela pessoa. (C02)*

E no mais popular dos conceitos:

☐ *Comunicar com o paciente é se fazer entender pelo paciente. (E09)*

Conforme foi apresentado no referencial teórico sobre comunicação, o termo é muito comum, haveria muito a se considerar sob qual aspecto se fala quando se refere à comunicação. Inicialmente foram eleitos alguns tópicos como sendo os olhares possíveis, entre eles: a ação de transmitir uma mensagem e, eventualmente, receber outra mensagem como resposta; o processo que envolve a transmissão e a recepção de mensagens entre uma fonte emissora e um destinatário receptor, no qual as informações, transmitidas por intermédio de recursos físicos (fala, audição, visão, etc.); o ato de conversar; conversação, colóquio; e a habilidade de dialogar e se fazer entender. Por fim, acabamos por deixar a seleção por conta dos entrevistados que nas suas falas trouxeram o que se lhes apresenta como sendo os atos comunicativos na sua atividade profissional.

A concepção de comunicação como sendo um instrumento de investigação, na relação médico-paciente, é a idéia mais freqüente nesta pesquisa. Nesse sentido, levantamento de dados objetivos para análise e diagnóstico é tomado como atividade precípua do processo de comunicação na consulta médica. Comunicar, neste enfoque,

aparece como “uma atividade-meio”, um instrumento, um procedimento, algo necessário e suficiente para conseguir a informação.

- ☞ *É deixar o paciente confortável com você para ele poder se abrir o máximo para você, o paciente tem que confiar em você, até mesmo pra ajudar a gente, falar os dados importantes, para isso é preciso ter comunicação com ele, isso é relação médico-paciente. (B05)*
- ☞ *Para que a gente possa também ter, obter o máximo de informações, a máxima colaboração do paciente, é para um melhor tratamento, um melhor diagnóstico e tratamento. (B10)*
- ☞ *É você conseguir fazer com que o paciente fale o que realmente está incomodando de doença física. (B12)*

A intenção inicial do depoente (B05) em deixar o paciente confortável e confiante na relação, denota o interesse específico em conseguir informações, “os dados importantes” (“até mesmo para ajudar a gente”), reduzindo a relação ao enfoque utilitário para o desempenho da função. Da mesma forma a conquista da colaboração (B10) com interesse exclusivo do melhor diagnóstico e o esforço em conseguir que o paciente fale (B12) para melhor especificar a doença física.

O “procedimento” comunicação, na relação médico-paciente, aparece como instrumento de realização do ato médico:

- ☞ *A medicina não é uma arte, você tem uma técnica. A prática médica pressupõe estabelecer uma relação; se não for capaz de fazer isso, é um problema. Tanto quanto não conseguir auscultar; se ele não consegue se comunicar, falar, escutar; se ele não consegue escutar é tão problema quanto não conseguir auscultar ou examinar o fígado, é assim que eu entendo. (C01)*

Essa idéia utilitarista de procedimento pode ser reconhecida na literatura a partir de ementas de cursos de Semiologia, tal como a descrita por Santos (2003):

Espera-se que, no final do curso, o aluno seja capaz de realizar a história clínica e o exame físico completo de um paciente adulto em condições de prestar informações sobre sua doença. Mais especificamente, espera-se que, no final do curso, o aluno esteja apto a fazer uma história clínica,

contendo todos os dados anamnésicos, em aproximadamente 30 minutos, e um exame físico completo, também em 30 minutos. Em corolário, espera-se que o aluno, de posse dos achados semiológicos, esteja em condição de formular o diagnóstico sindrômico e, possivelmente, o diagnóstico clínico do paciente examinado. (p.149)

Ainda em Santos (2003:148), referindo-se ao ensino da Semiologia, se encontra a declaração da finalidade de se “*obter informações anamnésicas dos pacientes do modo mais completo e fidedigno possível*” e completa dizendo: “*Isto constitui a base da Medicina, sem a qual não se pode formar médicos*”.

Para se conseguir as informações, dar e receber tais dados específicos, entram em pauta as discussões sobre a fala, sobre a linguagem médica, sobre a linguagem popular, sobre a adequação da fala no ato comunicativo entre o médico e o paciente.

☞ *Então a linguagem tem que ser mais para essa população, nada acadêmico, científico que eles não entendam; e às vezes eles não têm esse linguajar; então eles percebem que as mães não entenderam, o paciente não entendeu, o individuo que está ouvindo, e pergunta de novo, e eles não sabem como transcrever aquilo para o paciente. (C02)*

Aqui temos o caso do médico e da medicina, da fala pessoal e da fala médica, onde o produtor da mensagem, o emissor, nem sempre é o codificador, mas utiliza um código já pré-estabelecido, a linguagem médica. O texto escrito na academia, a informação estudada, o trabalho publicado, são elaborações em linguagem específica, código restrito que precisa ser traduzido em linguagem suficientemente clara para o entendimento popular.

☞ *Como é explicar ao doente alguma coisa sobre a sua patologia, ao dar as informações sobre a doença, ao dar a prescrição, a clareza em fazer isso, a pergunta sempre, de se está tudo claro, se não, não nenhuma duvida, isso é uma das coisas fundamentais (C09)*

Nas entrevistas a adequação da linguagem do médico é mencionada como atividade necessária tanto para se conseguir obter a informação necessária para o diagnóstico quanto para explanação do prognóstico e a prescrição. Identificar o nível de linguagem do paciente e se fazer entender é a concepção do que seja a comunicação para uma parte da população entrevistada:

☞ *É identificar qual é o tipo de conversa que você pode ter com o paciente, qual é o nível de linguagem, até o limite que você pode explicar as coisas. (B03)*

- ☞ *Então você tem que sair regredindo na sua linguagem, se não houve um entendimento, você diminui um degrau na maneira que você pergunta. Muitas vezes, para uma criança, você tem que perguntar na palavra que ela sabe e conhece, se não você não vai ter a informação completa (C09)*
- ☞ *O dialogo deve ser mantido no nível do doente, então, a depender do nível do doente, você vai ter diferentes maneiras de perguntar, de fazer algumas perguntas, no sentido de identificar a história clínica. (C09)*

Explicar, transmitir, passar, expressar, esclarecer e se fazer entender são verbos de ação que denunciam o caráter impositivo da relação de emissor da mensagem nessa relação de comunicação. É o entendimento clássico de comunicação, modelo encontrado já na Grécia Antiga, em Aristóteles, onde a comunicação era vista como o processo de três componentes: emissor → mensagem → receptor. Esse modelo linear dos elementos da comunicação descritos ainda no século passado por Shannon & Weaver (1949) sofreram muitas críticas de teóricos posteriores quanto à limitação da visão do que seja a comunicação. Em Santaella (2001) vamos encontrar críticas a esse modelo comunicacional:

Ora, segundo os críticos, uma tal linearidade se revela como uma representação inadequada do processo de comunicação, pois linearidade sugere causalidade simples. A atividade do remetente aparece como uma causa que tem um efeito calculado na mente do destinatário. Isso leva a uma interação de um participante ativo com um passivo. De uma perspectiva ideológica, esse é um modelo que sugere um potencial quase total de manipulação do destinatário. O único fator que parece ameaçar este processo é o elemento de ruído. (p.53)

Ainda dentro desse modelo linear: emissor → mensagem → receptor, temos uma proximidade com a teoria de Jacobson (1971) que aborda as funções da linguagem, quando se inserem questões de função referencial ou cognitiva. Levanta a possibilidade de variáveis tais como a função emotiva do emissor ou do receptor, interferindo no fator cognitivo, e nas características da mensagem da função fática à função poética. A comunicação não depende mais somente da mensagem dos valores referenciais e cognitivos, mas de diversos fatores atrelados tais como emoções, o que aliás é muito comum na relação médico-paciente. Esses fatores são vistos em algumas falas, especificadas nas palavras “angústia”, “respeito”, “vínculo” e “humanização”, com a necessidade de se criar um clima propício à relação:

- ☐ *Assim um paciente confiando em você, depositando a confiança que você precisa para tratar, abrindo contando as suas angustias, seus defeitos, acho que é seu papel, sua comunicação sua relação médico paciente é efetiva, é positiva. (B09)*
- ☐ *Acho que você deve primeiramente tratá-lo assim como um paciente, uma pessoa, como um cliente, quer dizer, sempre com respeito, estar à disposição dos pacientes e dos familiares. (B04)*
- ☐ *Dá para se ter uma boa relação médico-paciente se você faz uma história direito, estabelece um vínculo na primeira vez, vínculo ele vai estabelecer confiança nesse contato na primeira vez, você vai conhecê-lo melhor e a partir disso se pode orientar melhor. (B11)*
- ☐ *Eu acho que esse é um investimento que a gente está fazendo porque comunicação é a humanização também. Na maneira como você ouve e fala com quem você está atendendo de um jeito ou de outro você acolhe ou não. (C02)*

Nossos entrevistados também relataram a atenção à fala e a participação dos pacientes, lembrando da conversa (considerar o verso, ver o verso, olhar o outro lado), atendendo a demanda de ouvir e entender o que o outro tem a dizer.

- ☐ *Acho que comunicação é enfocar mais isso, tanto a parte técnica, saber cuidar da doença do paciente, mas saber conversar, ter o paciente como um amigo, não como um objeto de trabalho, como simplesmente um ganha-pão. (B12)*
- ☐ *Mas é só ouvir, ouve pelo menos, essas coisas a gente esta investindo mais (C02)*
- ☐ *Sentava e me comunicava com ele conversando com ele já pedindo licença para que os alunos, apresentando os alunos, mostrando que eles estavam ali, mas eu pedia permissão para que os alunos lá estivessem de modo a que eles pudessem aprender e se tornarem novos médicos (C09)*

Também não se esqueceu que a comunicação não é só a fala, a informação verbal, mas a também a postura, a atitude pessoal do profissional, mesmo que na forma linear de comunicação, ainda na preocupação com a expressão:

☐ *Alguns professores vão estar mais preocupados com isso e vão estar chamando atenção o tempo todo que a forma do corpo, o jeito de se colocar, tem uma linguagem, tem uma expressão para a pessoa que está do lado, no caso o paciente. (C01)*

Procurando uma síntese radical, como fez Fiske (1990), reduzindo todas as teorias da comunicação a apenas duas escolas fundamentais, essas foram as concepções de comunicação ligadas à primeira escola que vê a comunicação como transmissão de mensagens. Daí a preocupação com a eficiência e exatidão na linguagem do médico, pois a comunicação é vista como um processo que afeta o comportamento ou estado de espírito dos pacientes. Para a segunda escola, a comunicação é produção e troca de significados, em que o principal método dessa escola encontra-se na semiótica, a ciência dos signos e significados.

Considerando os dois atores, médico e paciente, via de regra, de culturas bem diferentes, há de se entender a dificuldade de comunicação. Os homens produtores que são de significados, seja ele médico, esteja ele paciente, vão encontrar dificuldades nessa troca de produções tão dispares. Tudo que envolve signos, significados e significantes são bem distantes até nos momentos funcionais dos próprios médicos.

Caprara e Rodrigues (2004) relatam o estranhamento dos médicos quando submetidos ao papel de paciente, quando há uma inversão de papéis. Talvez isso denote a dificuldade do médico em se colocar no papel de paciente. Não dá pra exigir muita eficiência nessa transação e há de se conviver com olhares diferenciados, tais como visto no caso das divergências sobre a adesão ao tratamento (no cap.1), onde médicos e pacientes enunciam problemas de pontos de vista diferentes. Temos muitos relatos dessa situação na literatura em geral, mas tal situação foi pouco relatada nesta pesquisa.

A mensagem nesse processo semiótico se constrói no encontro dos participantes sabendo que dificilmente se verá os mesmos valores na produção pessoal de significados. Em resumo, a mensagem não é algo enviado de A para B, mas um elemento de um processo de interação que não inclui o emissor/receptor, mas participantes de uma relação e a realidade externa.


Próximo dessa relação de significado e significantes, no respeito pelo entendimento do outro, uma menção da relação empática, pressuposto teórico básico na relação terapêutica na abordagem humanista, foi lembrada por um dos entrevistados.

☐ *Comunicação com o paciente é uma empatia, quando você se coloca no lugar do paciente, aquele é um problema que poderia ser seu e como gosta-*


ria de ser atendido, de ser recebido, se você escolhe isso você vai tratar o outro melhor; vai estabelecer um bom vínculo... A partir do momento que você cria uma certa empatia com o paciente, você consegue estabelecer um vínculo melhor; você não coloca assim superior a ele. (B11)

Empatia é aí entendida corretamente na sua acepção rogeriana que é se colocar no lugar do outro, como se fosse o outro, sem perder a noção do “como se fosse”. O médico percebe os sentimentos do paciente em relação àquela situação (doença ou outro evento) “como se fosse” o próprio paciente. Em grande parte da literatura médica aparece o termo empatia designando uma série de procedimentos afetivos e cognitivos, até algumas atitudes (Morinaga, 2002), mas que não representam exatamente a empatia descrita por Rogers como elemento primordial da relação terapêutica.


Ainda aparece a questão da confiança colocada como pressuposto importante e necessário para a relação médico-paciente, parecendo algo mais como uma atitude de compartilhamento do que do jogo de sedução revelado em outras falas.

 *Comunicação é uma forma de você lidar com ele [o paciente] de ele se identificar com você, poder se abrir. (B06)*


Embora com menor frequência, também aparece a comunicação como processo de ir e vir, entender e se fazer entender, falar e escutar, conversar. Isso considerando a conversa como uma troca de valores na fala de um e de outro.

 *Agora é muito importante também ouvir o que ele tem a dizer; o principal é isso, é você saber escutar e não se restringir ao assunto médico, a doença. (B07)*

Houve a referência de comunicação como diálogo, como um contato entre pessoas:

 *O que já faz com que tenha que dialogar; estabelecer um contato com as pessoas. (C01)*

Houve também a lembrança de atitudes e procedimentos de respeito ao cliente como uma forma de comunicação:

 *Olha, eu acho que é uma linguagem isso. Você recebe o paciente com um papel no chão; é um jeito de estar passando uma imagem da importância que você está dando para aquilo, da importância que você está dando para o paciente. Então tudo isso; já está estabelecendo uma relação. (C01)*

A competência comunicação na relação com os colegas é lembrada:

- ☐ *A comunicação é fator fundamental e essa comunicação começa como dizia antes, na própria faculdade, entre os alunos, entre a comunidade acadêmica. (C06)*

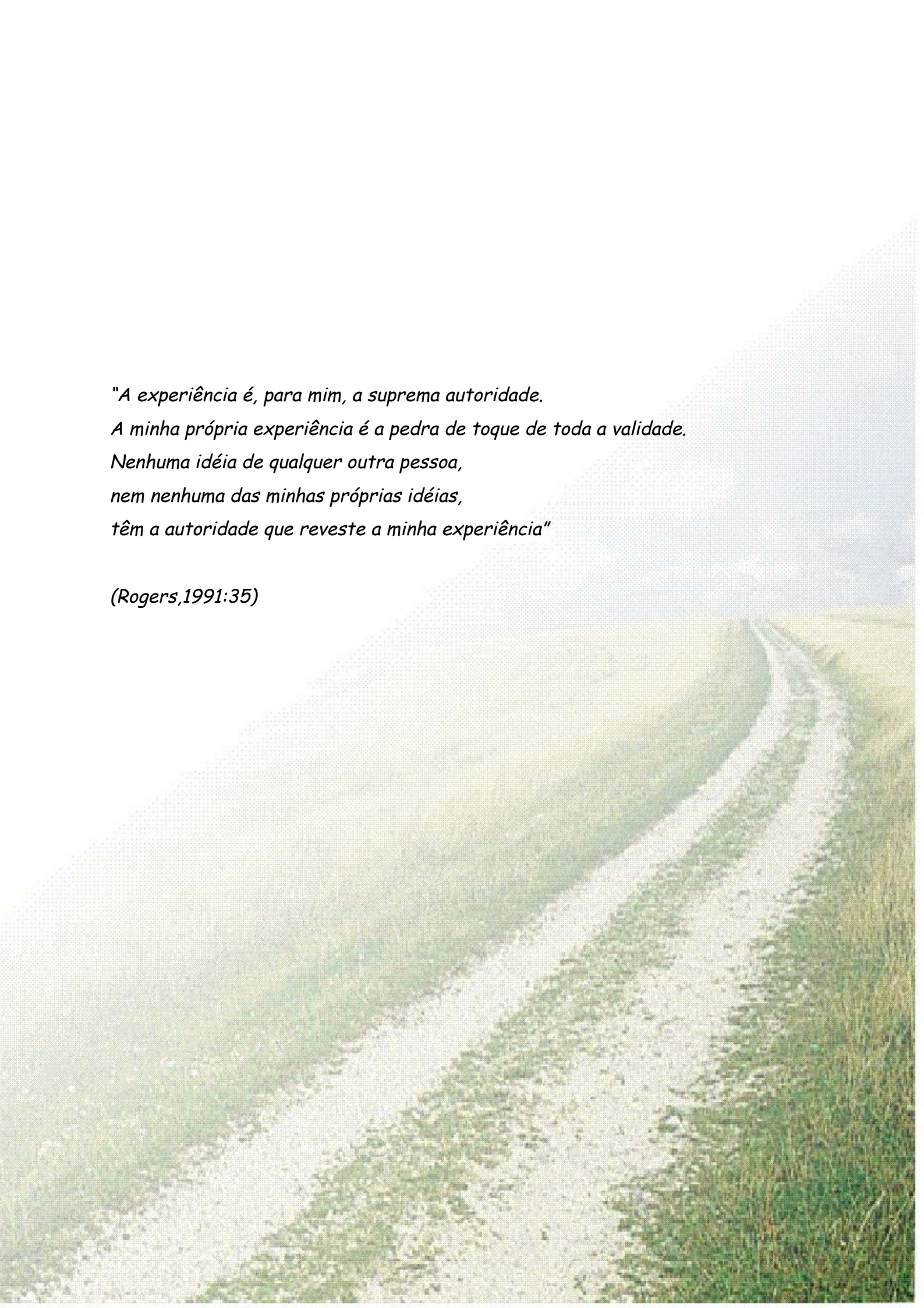
Conforme Silva (2003) num convite à reflexão para a temática de um congresso de educação médica:

- ☐ *O médico deve ter habilidades em comunicação social, deve manter um ambiente de intercâmbio com seus pacientes e familiares, com seus colegas de outros membros da equipe de saúde e com o público por meio de uma comunicação ampla e eficaz. (p.3)*

Finalmente, sejam as concepções amplas ou restritas, lineares ou circulares, semióticas ou não, há sempre um sentido de relevância do processo de comunicação, no exercício da medicina, seja ele qual for o entendimento do profissional:

- ☐ *A prática médica pressupõe estabelecer uma relação. Se não for capaz de fazer isso, é um problema, tanto quanto não conseguir auscultar. Se ele não consegue se comunicar, falar e escutar. Se ele não consegue escutar é tão problema quanto não conseguir auscultar ou examinar o fígado. (C01)*
- ☐ *Porque comunicação faz parte do ato médico, do atendimento médico, se não se comunicar ou não entender a comunicação dele, não faz diagnóstico. (C02)*

Embora as concepções dos nossos entrevistados tendam mais para a visão linear da primeira escola de Fiske, em que a mensagem é algo enviado de A para B, no esquema tradicional de emissor → mensagem → receptor, conforme as teorias de Shannon, também está presente a visão da segunda escola, a semiótica, a troca de significados entre A e B, nas concepções desse grupo pesquisado. Sejam quais forem as concepções sobre comunicação dos entrevistados, correspondentes ao primeiro objetivo específico da pesquisa, houve um momento e um jeito, um “como” e um “quando” do acontecimento do ensino aprendizagem da comunicação na relação médico-paciente, referentes ao segundo objetivo específico, que trataremos no capítulo seguinte.



*"A experiência é, para mim, a suprema autoridade.
A minha própria experiência é a pedra de toque de toda a validade.
Nenhuma idéia de qualquer outra pessoa,
nem nenhuma das minhas próprias idéias,
têm a autoridade que reveste a minha experiência"*

(Rogers,1991:35)

6. O ENSINO DA COMUNICAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA

No segundo objetivo específico, quisemos identificar “como” e “quando” o currículo de graduação contempla o ensino de comunicação na relação com o paciente.

Na leitura das entrevistas, dos egressos e professores de cursos de graduação em medicina, pudemos destacar a diversidade de olhares sobre o ensino/aprendizagem de comunicação na formação do profissional. Embora todos os egressos tenham relatado alguma aprendizagem de comunicação em seus cursos de graduação, geralmente remetendo a alguma disciplina, o mesmo não ocorreu com todos os coordenadores. No depoimento dos coordenadores, em algumas escolas a comunicação não consta explicitamente no programa pedagógico do curso, não tendo nada que possa identificar o propósito curricular no desenvolvimento dessa competência.

☞ *Nós não temos estruturado no projeto pedagógico nenhuma atividade onde há preocupação na relação em comunicação. (C08)*

☞ *Comunicação do aluno com o paciente, comunicação do aluno com os professores, com a equipe de saúde, não existe nada estruturado nesse sentido; na realidade não existe nenhum direcionamento específico para isso. (C09)*

Isto nos remete a uma reflexão sobre a proposta curricular e, conseqüentemente, ao entendimento de currículo. Ao invés de recolocar aqui uma série de opiniões e teorias sobre currículo, optamos por citar Moreira (2001:46) que pesquisando sobre os conceitos de currículo no Brasil, acaba por concluir: “*Da restrita visão de currículo como lista de disciplinas e conteúdos, passa-se a uma visão de currículo que abrange praticamente todo e qualquer fenômeno educacional. Ou seja, o currículo torna-se tudo ou quase tudo.*”

Guimarães (2004), num trabalho sobre as teorias de currículo, afirma:

Toda proposta curricular implica tomar opções entre distintas parcelas da realidade, supõe uma seleção cultural que se oferece às novas gerações para facilitar sua socialização. Por isso é importante interrogar-se sobre as pessoas que tomam as decisões acerca da seleção de conteúdos que visam ajudar as novas gerações a compreender o mundo que as cerca. (p.625)

Ao falar de currículo, nesta época, não se pode deixar de focar as Diretrizes Curriculares Nacionais e o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (o Promed). Conforme publicação do Ministério da Saúde (Brasil, 2002):

As Diretrizes Curriculares dos Cursos Médicos, que, coincidindo com a proposta do Promed, reafirmam: estes cursos devem formar profissionais com competência para terem postura ética; visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania; orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças; orientação para atuar em nível primário e secundário de atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde. (p.376)

As divergências quanto ao conteúdo curricular para os cursos de graduação, não só de medicina, já foram palco para muitas discussões ao longo de muito tempo, culminando com a publicação das deliberações acordadas entre órgãos do governo e das representações de classes, expressas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 2001). Podem não encerrar o assunto, mas servem como parâmetro para próximas discussões. A importância, ou não, de uma disciplina (ou módulo) de comunicação, em qualquer modelo curricular, abarca as mesmas discussões sobre a importância ou não de qualquer outra disciplina ou programa para atender as expectativas de formação de um médico com o perfil delineado nessas Diretrizes.

6.1. Trans e interdisciplinaridade

Na nossa pesquisa, a ausência de uma disciplina específica para o ensino de comunicação é justificada pela “transdisciplinaridade” e/ou “interdisciplinaridade” num currículo que privilegia o tema através de todo curso:

- ☐ *Nas disciplinas da graduação não tem, explicitamente, nenhuma [disciplina] com isso, essa é uma questão que faz parte de toda discussão que permeia dentro da faculdade. (C04)*
- ☐ *... em diversas disciplinas são propostas ações que dão ênfase à comunicação. (...) Eu acho que esse tema, a comunicação, permeia o curso e dependendo da característica da disciplina há uma preocupação maior com isso. (C01)*
- ☐ *Ela é feita de uma maneira digamos assim trans-interdisciplinar durante o curso, ela permeia todas as disciplinas (C09)*
- ☐ *Eu posso resumir para você como se ensina a comunicação, tem duas formas: uma é através de uma disciplina e outra através de todo o curso. Eu creio que comunicação a gente tem que falar no currículo inteiro, não é uma disciplina. (C05)*

Conforme Santos (2004), a transdisciplinaridade é um visão abrangente resultante do entendimento da complexidade que envolve todas as relações e acontecimentos:

A transdisciplinaridade exige o conhecimento de si e do outro. Somente a postura transdisciplinar permitirá desvendar a transdisciplinaridade da natureza, ou seja, para dar-se a conhecer em sua existência complexa, o objeto exige conhecimentos e observadores transdisciplinares. (p.2315)

Assim aparece a idéia da comunicação ser intrínseca ao procedimento relacional do médico com o paciente, não configurando uma matéria à parte:

- ☐ *No entanto, eu penso assim não é a questão de criar uma disciplina de comunicação, na verdade a gente vai ter que trabalhar essa questão da comunicação dentro do que a gente já esta oferecendo nos cursos, nos treinamentos em serviço, eu acho que é nesse espaço principalmente a partir do terceiro ano, do quarto ano, e o internato que a gente tem que dar um outro valor para essa relação médico-paciente para essa discussão. (C07)*

Quanto à interdisciplinaridade, conforme Cordioli (2004), é uma tentativa de ver o fenômeno como um todo, uma visão contrária à fragmentação do conhecimento:

No debate pedagógico e didático, as reflexões ganharam maior visibilidade a partir das obras de Ivani Fazenda, principalmente na década de 1990 que, fundada numa concepção fenomenológica de educação, defendia uma concepção pedagógica auto-denominada de Interdisciplinaridade. Essa concepção, que partia do pressuposto que a educação fragmentada seria fruto de uma “patologia do saber” de Japiassu. (p.6994)

Koifman (2001), relatando as transformações curriculares implantadas na Universidade Federal Fluminense, argumenta:

As concepções de medicina e os objetivos da formação médica parecem ter diferenças para cada uma das áreas, o que prejudica o diálogo. Para que haja intercâmbio de idéias, é necessário também o esforço de criação de um diálogo abrangente e, de fato, interdisciplinar. São justamente as diferenças que podem tornar necessário e frutífero o intercâmbio. (p.64)

O conceito de interdisciplinaridade vem ganhando espaços nas escolas de medicina, tal como Puccini (2004), relatando mudanças curriculares na UNIFESP, encerra dizendo:

Todas as atividades têm envolvido grupos interdisciplinares de docentes, propiciando uma maior integração entre os conteúdos das ciências básicas e clínicas e a mudança da postura docente para uma prática predominantemente mediadora das discussões envolvendo o processo de aproximação do aluno à futura prática. (p.16)

Fiedler (2004) relatando a experiência da Faculdade Evangélica do Paraná - Curitiba – PR, conclui:

O módulo de interdisciplinaridade “A célula” consegue integração do ciclo básico e profissionalizante, não só do conteúdo ministrado, mas também a inter-relação de docentes e discentes. Além disso, o aluno consegue contextualizar seu conhecimento, valorizando o conteúdo do ciclo básico e evidenciando sua importância na vida profissional futura. (p.146)

6.2. Intradisciplinaridade

Tomamos aqui o termo disciplina tanto para o corpo de saber específico, quanto para a forma de organização da relação professor-aluno. Nos dizeres de Veiga-Neto (2002)

De um lado – no eixo do corpo –, o objetivo é maximizar a força útil do corpo e do trabalho que dele se extrai, à custa da menor força política que sobre ele se aplica. De outro lado – no eixo dos saberes –, o objetivo é maximizar a inteligibilidade, à custa da menor dispersão e indeterminação dos saberes. (p.172)

6.2.1. Semiologia

Tanto os coordenadores de curso como os egressos identificam algumas disciplinas como lócus de ensino da comunicação na formação do médico, tal como Propedêutica ou Semiologia.

- ☒ *Na propedêutica você aprende como falar com o paciente, na forma como prescrever, a melhor forma de fazer uma prescrição, então isso também é uma comunicação.(C05)*
- ☒ *Isso eu tive muito na propedêutica e nas outras cadeiras. (E09)*
- ☒ *quando a gente começa lidar com paciente, a gente tem Semiologia, começa ter o suporte da Psicologia Médica no trato com os pacientes, na abordagem, na forma de dar determinadas notícias. (E06)*
- ☒ *No segundo ano tem um módulo que é de entrevistas, um módulo só sobre entrevistas, então ali ele pratica mais anamnese clínica. No terceiro ano, ele entra na Semiotécnica. (C02)*

Conforme Cossio (2002):

Semiologia ou mais propriamente *semeyologia*, se origina do grego *semeyon*: sinal; logos: discurso, que significa estudo dos sinais, em outras palavras de tudo aquilo que por sua própria natureza ou por simples convenção evoca a idéia de outra coisa. (p.1)

Daí na Semiologia médica, a prática do diagnóstico através da interpretação dos sinais percebidos no paciente. Esses sinais podem ser físicos ou psicológicos, no entanto, em estudo sobre a aprendizagem da Semiologia em currículo tradicional, Sayd (2003) conclui que:

A Semiologia apresenta uma metodologia de abordagem ao paciente restrita à técnica de manobras do corpo, principalmente. Assuntos ligados à relação em si, interpessoal, com o paciente não são material de ensino curricular. (p.112)

Peixoto Filho (2000) refletindo sobre o estado atual do ensino e prática da semiologia disse que:


A literatura médica têm mostrado uma perda da qualidade na aplicação clínica dos conhecimentos da semiologia clássica. Curiosamente, à medida que o desenvolvimento tecnológico toma lugar, cada vez menos estes componentes mais “humanísticos” da prática clínica são utilizados. (p.13)

6.2.2. Psicologia Médica

A Psicologia Médica é também apontada, pelos nossos entrevistados, como responsável em grande parte pelo ensino/aprendizagem de comunicação. Não ficou claro, nem se perguntou isso, de que psicologia se falava, se do senso comum ou se da ciência do comportamento, se do corpo de saberes como técnicas de procedimentos ou se sobre a reflexão sobre a formação da individualidade profissional.

- ☞ *A gente teve Psicologia I... II... III e IV... a gente até reclamava da psicologia médica mas acho que era porque a diretora era psicóloga, ela bateu bastante nesse ponto, mas foi interessante (E04)*
- ☞ *Desde cedo eles ensinam isso pra gente, desde o quarto período da faculdade começava ter aula de psicologia médica (E04)*
- ☞ *A gente tinha aulas de psicologia que falava muito da relação médico-paciente(E01)*
- ☞ *Basicamente um curso de Psicologia Médica onde se trabalha como tema do curso a relação médico-paciente(C07)*


Na ementa de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo se lê que o objetivo do curso é oferecer ao aluno orientação básica no relacionamento com pacientes e iniciá-lo na aplicação prática dos conhecimentos sobre o campo da psicologia médica, através de um contato mais próximo com pessoas enfermas. E ainda mais, que pretende desenvolver atitudes que favoreçam uma relação médico-paciente adequada aplicada a prática clínica seja qual for a especialidade em que venha atuar. Assim como relatado de outra escola:


 *Aí você tem psicologia médica, você aprende como lidar com as tuas ansiedades, se comunicar melhor, como se portar perante o paciente, (C05)*

O programa da disciplina de Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo, declara no seu objetivo: “Nosso curso para o 3º ano médico tem por objetivo **capacitar e treinar** o aluno para o relacionamento pessoal presente na tarefa médica. Pretende abarcar o campo da Informação e da Formação, parceria criativa no ensino médico.” (o grifo é nosso)

Ramos-Cerqueira e Lima (2002:107) discutindo a formação da identidade do médico, destaca a importância do estudo da psicologia médica, na graduação, mormente nos aspectos da *“idealização do papel do médico, as motivações conscientes e inconscientes na opção profissional, as dificuldades dos primeiros anos na escola médica, o início das atividades didáticas no hospital e os mecanismos psicológicos defensivos acionados no contato com pacientes.”* Este aspecto foi pouco lembrado pelos nossos entrevistados.

Guedes (2003) relata a implantação da disciplina Psicologia Médica na Universidade Estadual do Rio de Janeiro e uma série de acontecimentos conseqüentes dos problemas encontrados e dos problemas criados com tal evento. Expõe o fracasso do empreendimento com objetivos iniciais frontalmente críticos da cultura médica existente e interessados na implantação de uma visão psicanalítica na atividade médica em confronto com a cultura existente na instituição. Entre nossos entrevistados também surgiram declarações desconfortáveis para a Psicologia, seja pelo seu conteúdo, seja pelo desempenho do professor:

 *Primeiro a gente tinha aula teórica mesmo, tinha aula de Psicologia Médica, e era passado assim uma base teórica, aqueles nomes que eu já não lembro mais. (E07)*

 *Em relação à comunicação não tinha uma matéria, tinha uma cadeira de Psicologia Médica que se propunha a fazer isso, mas acho que não chegou a fazer isso bem. (E12)*

Outras disciplinas, em menor frequência, também aparecem como lócus de ensino/aprendizagem de comunicação, tais como Terapêutica Clínica, Saúde Pública, Educação em Saúde e Introdução à Medicina.

- ☐ *A gente tem uma disciplina de Terapêutica Clínica, na qual a gente revisa para os alunos as situações de o que é uma receita que também é uma comunicação. (C07)*
- ☐ *Em um módulo do curso de Saúde Pública do terceiro ano nós trabalhamos a questão da comunicação e educação. (C07)*
- ☐ *Em Ações de Saúde Pública e Educação em Saúde, no primeiro ano, o aluno tem que aprender a se comunicar com a comunidade leiga, entender e se fazer entender numa linguagem que não estavam acostumados. (C02)*
- ☐ *A gente participa de uma disciplina, Saúde Coletiva, então a gente já tem um primeiro contato com a comunidade, com comunidades carentes, também já dá uma ajuda nesse sentido. (E06)*
- ☐ *no curso de introdução à medicina, no primeiro ano, a gente também trabalha a temática comunicação, na interação comunitária a gente dá um valor grande para essa questão da comunicação. (C07)*

Considerando a especificidade curricular, cursos com metodologias de Aprendizagem Baseadas em Problemas, onde não há a grade disciplinar tradicional, o lócus de aprendizagem é identificado nos módulos: Habilidades Profissionais, Conteúdos Específicos e Treinamento em Serviço.

- ☐ *Desde o primeiro ano a gente trabalhou com essa parte, uma matéria que a gente chama habilidades profissionais. (E10)*
- ☐ *Na verdade o estudante aprende lá no módulo de habilidades e atitudes, tem aplicação prática na saúde da família e tem um outro módulo que nós chamamos conteúdos específicos. (C08)*
- ☐ *A questão da comunicação médico-paciente mais como objeto da clínica individual, então a gente tem um curso de relação médico-paciente e durante todo o treinamento em serviço na prática a questão da comunicação é ressaltada. (C07)*

Independentemente ao enfoque disciplinar ou modular, o ensino / aprendizagem de comunicação também é entendido como desenvolvido no decorrer de diferentes atividades didáticas como apresentação de seminários e trabalhos em grupo.

☐☐ *E tem um outro momento do curso que é o estagio de saúde mental, no internato onde eles fazem role play, várias discussões. (C07)*

☐☐ *Na apresentação de seminários, se busca mostrar qual a melhor forma de eles se apresentarem, além do conteúdo, eles são orientados para a forma de se colocarem, que é importante se fazer entender por um grupo, aí de iguais, no sentido do nível de escolaridade e grupo social. (C01)*

6.3. Treinamento

O ensino de habilidades da comunicação aparece também muito relacionado com a idéia de aprendizado resultante de treinamento de procedimento. O treinamento técnico tem sido duramente criticado por determinados segmentos da educação, enquanto outros olhares exigem a rigidez de um procedimento exato. É difícil, para o estudante de medicina, conciliar o saber e o proceder, a reflexão e a ação, principalmente diante a tantas informações e novas responsabilidades.

- ☐ *Você aprende a se portar a perguntar, a comunicar tudo, a comunicação visual que o paciente vai ter, você se portar na frente do paciente como você é, como você aborda, como falar com o paciente. (E09)*

- ☐ *Era dado uma idéia de como a gente deveria agir com o paciente, de como direcionar a nossa atitude, mas de uma forma bem técnica, não de uma forma como um conselho. (E07)*

- ☐ *Eu acho que eu fui bem preparado em relação a isso. Então eu acho que fui bem treinado, acho que eu vi isso na faculdade inteira (E10)*

Conforme Almeida (1999), num debate sobre a educação médica para o século XXI:

Para isso é fundamental compreender adequadamente os limites e as possibilidades das inovações e das reformas da educação médica frente ao perfil das práticas médicas hegemônicas e frente às estruturas sociais no contexto dos processos de globalização. Também implica compreender as contradições entre tecnologização, custo da atenção médica e eficácia; entre disciplinas e interdisciplinaridade; entre prática uniprofissional e multiprofissional; entre ética profissional e bioética e assim por diante. (p.123)

6.4. Currículo oculto

É apontado um enfoque do aprendizado ocorrendo no contexto do currículo oculto, especialmente por meio da observação de profissionais em atividade seja como médicos ou como professores. Tanto egressos como coordenadores utilizam o termo “modelo”: a pessoa que serve de imagem, forma ou padrão a ser imitado, ou como fonte de inspiração; exemplo dado por uma pessoa, que possui determinadas características em mais alto grau. (Houaiss, 2001)

Segundo Apple (1982:127), a idéia de currículo oculto é entendida como “normas e valores que são implícitas, porém efetivamente transmitidos pelas escolas e que habitualmente não são mencionados na apresentação feita pelos professores dos fins ou objetivos”. Autores voltados para a visão política do poder que permeia as relações dentro da escola falam muito dos interesses ideológicos por trás desse currículo oculto, no entanto, recortamos o olhar didático do momento de observação e introjeção de atitudes. É um momento de aprendizagem sem que se aponte o objeto de estudo.

- ☐ *Você aprende também todas essas coisas no currículo oculto, então você vai aprender isso pelos seus professores, como modelo (C05)*
- ☐ *Com os professores que a gente vê que tem mais condições com os pacientes, também o médico mais junto com o paciente, uma proximidade maior para tirar mais informação. (E03)*
- ☐ *Isso vem ajudar bastante no sentido do modelo porque o aluno também aprende por modelo então o modelo é uma questão muito complicada, tanto do lado do docente quanto do aluno. (C04)*
- ☐ *Quando a gente entra no dia a dia da coisa, aí que a gente passa a observar que alguns médicos são mais bem vistos que outros pelos pacientes. Ele age dessa forma, eu acho que eu tenho que agir assim também, muito também é da observação do dia a dia. (E07)*
- ☐ *Também eu acho que é muito de ver os outros profissionais, as experiências deles, o que eles passaram para a gente. É assim: aula e vendo a experiência dos professores. (E08)*
- ☐ *Na Pediatria eu percebi que as pediatras têm maior sensibilidade, um melhor preparo para relação médico-paciente e é um local também muito bom para se aprender a se relacionar com as pessoas, bastante interessante. (E04)*

☐ *Agora eu acho que fica como uma coisa mais forte é muito o exemplo do professor; como o professor se comunica e nessa vivência, mais o dia a dia e muito nisso que o aluno vai aprender as questões comunicacionais. (C07)*

Esse aprender por imitação do observado no professor, ou no preceptor, ou ainda, num outro profissional ao alcance da vista, é tão antigo quanto a civilização ocidental. Aristóteles em sua obra Poética dizia que por imitação se aprendem as primeiras coisas (Hohlfeldt, 2003).

6.5. Temporalidade

O “como” se aprende foi muito mais explicitado que o “quando” isso acontece. Na verdade não existe mesmo um momento de aprendizagem, mas momentos de informação, pois a aprendizagem, como se viu em Rogers (1991), ocorre na vivência da experiência pessoal.

- ☐ *Nos primeiros anos foi muito teórico na faculdade, no segundo ano a gente começou a ter uma aproximação com o ambiente hospitalar, comunicação com o paciente, mas foi efetivamente o terceiro ano que a gente ingressou no ambiente hospitalar. (E09)*
- ☐ *Na escola o aprendizado assim, para lidar com o paciente começou no terceiro ano, antes é área básica a gente não tem nenhum contato com o paciente. (E08)*
- ☐ *Eu lembro também de uma dessas aulas de psicologia médica, acho que foi no terceiro ano. (E11)*

Não cabem aqui as discussões sobre a necessidade ou não de mudanças nas filosofias de currículo, pois a diversidade de opiniões está muito bem posta na literatura de ensino médico. Estes recortes são ilustrativos da percepção de alguns egressos que confessam ter passado pelo ciclo básico, mas que a aprendizagem da comunicação se deu mais adiante.

No entanto, alguns depoimentos mostram uma tendência a introdução desta temática mais no início do curso, retomando à sua ligação com a proposta do ensino de Psicologia Médica:

- ☐ *Desde o primeiro ano a gente trabalhou com essa parte, uma matéria que a gente chama habilidades profissionais. (E10)*
- ☐ *A faculdade deu nos primeiros quatro anos uma parte que eu até acho muito grande de uma matéria chamada Psicologia Médica*
- ☐ *No primeiro e segundo ano da faculdade eu tive na psicologia, foi mais anamnese, uma coisa assim de como era a família, nada ligado à doença, não era para fazer anamnese de doença. (E02)*

- ☐ *Em Ações de Saúde Pública e Educação em Saúde, no primeiro ano, o aluno tem que aprender a se comunicar com a comunidade leiga, entender e se fazer entender numa linguagem que não estavam acostumados. (C02)*

É interessante notar que alguns egressos classificaram de “cedo” a introdução do assunto comunicação no segundo ano:

- ☐ *Isso aconteceu cedo, no segundo ano a gente já começa ver isso na faculdade (E01)*
- ☐ *Desde cedo eles ensinam isso pra gente, desde o quarto período da faculdade a começava ter aula de psicologia médica, até na anatomia a gente tinha aula de psicologia médica. A Semiologia a gente teve no quarto período. (E04)*

No terceiro ano é que o sentimento de aprendizagem de alguma coisa mais palpável começa a ficar mais consistente (“o lidar com o paciente”):

- ☐ *No terceiro ano quando a gente começa lidar com paciente, a gente tem Semiologia, começa ter o suporte da Psicologia Médica no trato com os pacientes, na abordagem, na forma de dar determinadas notícias. (E06)*
- ☐ *Então a partir do terceiro ano, do quinto período, que a gente começa ter aula de propedêutica, aí que aprende lidar com o paciente, tem algumas aulas de ética, tem aula para aprender a lidar com o paciente mesmo. (E08)*
- ☐ *Em um módulo do curso de saúde pública do terceiro ano nós trabalhamos a questão da comunicação e educação. (C07)*

Se é que seja possível situar um momento em que o aluno sente que está aprendendo comunicação, ou sente a falta desse aprendizado, esse momento é a introdução do aluno no internato, no caso das escolas de currículo tradicional:

- ☐ *No internato, apesar de não ter um profissional responsável por isso é quando a gente começa ter uma relação verdadeira com o paciente. Todos os médicos, os preceptores, eles participam desse processo de como a gente vai aprender a lidar com esse paciente e cada um tem a sua maneira. (E07)*

- ☐ *Se tivesse uma graduação, uma nota, eu daria “muito bom”, mas talvez porque talvez eu tivesse tido a sorte de ter bons médicos ao meu lado no internato. (E07)*

Como pode ser visto, a visão de aprendizado perpassando por todo o curso é um olhar de professor, uma visão dos coordenadores:

- ☐ *A questão da comunicação médico-paciente mais como objeto da clínica individual, então a gente tem um curso de relação médico-paciente e durante todo o treinamento em serviço na prática a questão da comunicação é ressaltada. (C07)*
- ☐ *Eu acho que esse tema, a comunicação, permeia o curso e dependendo da característica da disciplina há uma preocupação maior com isso. (C01)*
- ☐ *Nas disciplinas da graduação não tem, explicitamente, nenhuma [disciplina] com isso, essa é uma questão que faz parte de toda discussão que permeia dentro da faculdade. (C04)*

Finalmente, é desconfortante ouvir o relato de um coordenador de curso expondo as etapas de ensino da comunicação, ano a ano, e terminar dizendo: “...mas ele chega no sexto ano e você percebe que ele não aprendeu nada, que ele simplesmente usa o paciente como um objeto de estudo dele”.

6.6. A articulação teoria e prática

É muito enfatizado o aprendizado a partir da própria prática. Não vamos entrar aqui em discussão do que seja a teoria e a prática, a questão da indissociabilidade da teoria e da prática, nem discutir se a teoria ainda é a melhor prática, mas, num olhar fenomenológico, vamos tentar ouvir o que os depoentes dizem e tentar entender o que eles querem dizer com isso.

- ☐ *Mas na realidade a gente aprende mesmo é na prática, com os professores, com os residentes que vão dando suporte para a gente nesse sentido. (E05)*
- ☐ *Não vou diminuir a parte teórica, de que a gente teve e aprendeu e tal, mas serve como base para a gente entender a coisa na prática. A gente começa a fazer daquela forma, começa até a personalizar, a nossa maneira de lidar mesmo. (E07)*
- ☐ *Acho que foi mais representativo foi colocarem a gente mesmo diante do paciente. É a prática. Só adquire na prática mesmo. Como eu falei, tem professores que contam a experiência, mas a gente só sabe mesmo, só vê se está comunicando quando está na frente do paciente. (E08)*
- ☐ *Mas a prática do aluno no dia a dia é que faz com que ele aprenda a comunicar não só com os profissionais como também com as instituições. (C06)*

A atividade prática junto ao paciente passa a desempenhar lugar de destaque no ensinar e aprender habilidades de comunicação. Santos (2003:150), numa reflexão sobre o ensino de Semiologia, diz que “*é muito importante conscientizar o aluno de que fazer uma boa anamnese e um bom exame físico se aprende com o paciente*”.

- ☐ *É a prática. Só adquire na prática mesmo. Como eu falei, tem professores que contam a experiência, mas a gente só sabe mesmo, só vê se está comunicando quando está na frente do paciente. (E08)*
- ☐ *Eu tenho percebido que no decorrer de minha atividade profissional eu tenho melhorado muito isso [a habilidade em se comunicar] hoje em dia a minha dificuldade é muito menor que antigamente, mas ainda permanece. (E01)*
- ☐ *Agora eu tenho que fazer a minha parte [na prática], manter isso que foi ensinado, a gente não pode perder de vista a importância da relação médi-*

co-paciente, a comunicação que é o ideal ... Mas só a sua experiência que vai trazer aquela segurança. (E01)


Esta questão de viver a própria experiência, de aprender com a prática pessoal, vai encontrar eco em Rogers (1991):


A experiência é, para mim, a suprema autoridade. A minha própria experiência é a pedra de toque de toda a validade. Nenhuma idéia de qualquer outra pessoa, nem nenhuma das minhas próprias idéias, têm a autoridade que reveste a minha experiência. (p.35)

Complementando essa valoração da experiência pessoal, Rogers fala da descoberta da ordem na experiência, é a própria construção do conhecimento através da tomada de consciência da vivência pessoal. Mais adiante revela:

Foi assim que acabei por considerar ao mesmo tempo a investigação científica e o processo da construção teórica como tendo por objetivo encontrar uma ordem interna nas experiências significativas. (p.36)

A questão do aprendizado valorizado na prática vai se consolidar, assim, no período do internato. O internato é considerado um momento privilegiado para a aprendizagem prática da competência comunicação. Conforme Sobral (2003), o internato é uma etapa crítica da formação, uma vez que incorpora preparação abrangente em práticas médicas e uma responsabilidade progressiva no atendimento ao paciente.

 *Porque o que eu lembro que do que eu aprendi na faculdade inteira foi o que eu aprendi no internato com os médicos do meu lado; é o que fica no fim (E07)*

 *No internato, apesar de não ter um profissional responsável por isso é quando a gente começa ter uma relação verdadeira com o paciente. Todos os médicos, os preceptores, eles participam desse processo de como a gente vai aprender a lidar com esse paciente e cada um tem a sua maneira. (E07)*

Cyrino (2004) relata um estudo sobre o internato na Unesp de Botucatu apresentando como resultado:

De forma geral, o estudo aponta que há uma desvinculação entre o processo ensino-aprendizado dos primeiros quatro anos da graduação com o internato e entre teoria e prática; que os saberes desses alunos são pou-

co valorizados e que apreciam as oportunidades de maior contato, seguimento, acompanhamento e envolvimento com os pacientes. (173)

Em nossa pesquisa há quem acuse a falta da parte prática e outros da fundamentação teórica.

☒ *Não sei se faltou pela faculdade treinar mais isso, trabalhar mais isso. (E12)*

☒ *Já quando foi para a área da patologia, que é a medicina, é sentar o paciente ao seu lado, esperar ele falar, como ele falou, você tem que aprender essa teoria na prática, mas você tem que ter uma teoria primeiro, isso faltou. Essa teoria é importante, não adianta só jogar, falar, mas a teoria é importante, o ensino de como tratar os pacientes e os familiares. Faltou isso. (E02)*

☒ *Eu acho bom esse tipo de pesquisa porque realmente assim, a gente sai muito cru da faculdade. Por mais que falem tudo, é agora que a gente chega no dia a dia, na hora ali, e vê como é que é. Se pudesse na faculdade ser um pouco mais aprofundado, ver como é mesmo a real situação. (E09)*

A literatura aponta muitos casos da dicotomia teoria-prática, tal como o estudo de Costa-Macedo (2003) na avaliação de um curso:

A falta de integração teórico-prática, associada a mais práticas, foi uma deficiência apontada por 92% no primeiro ano e por 93,7% no sexto ano. (p. 29)

Em nossa pesquisa há quem acuse a falta da parte prática e outros da fundamentação teórica.

6.7. Avaliação

Da mesma forma que em outros itens, há uma diversidade de opiniões quanto à qualidade do processo ensino/aprendizagem, e uns consideram como bons, e outros nem tanto.

- ☐ *A faculdade desenvolveu bastante esse lado, desenvolveu bastante, teve uma cobertura importante em relação a tudo isso, eu achei bom. Hoje eu acho que foi suficiente. (E01)*
- ☐ *Acho que foi bastante interessante o modo como foi dado, eu acho que eu aprendi bastante e uma coisa que acho também interessante. Se tivesse uma graduação, uma nota, eu daria “muito bom”, mas talvez porque talvez eu tivesse tido a sorte de ter bons médicos ao meu lado no internato. (E07)*
- ☐ *Minha faculdade conseguiu me preparar bem quanto esta parte. [O médico] não é só um técnico e que o paciente faz parte do trabalho médico e que o paciente é um cliente. (E04)*
- ☐ *na faculdade a gente foi bem preparado a ter sempre uma relação, bem próxima com o paciente, sempre mantendo uma relação médico-paciente. Então eu acho que fui bem treinado, acho que eu vi isso na faculdade inteira (E10)*
- ☐ *Foi o que eu aprendi no internado com os médicos do meu lado é o que fica no final, então eu achei muito bom, mas, talvez tenha um viés nisso que eu estou falando por causa disso. (E07)*


É apontada uma deficiência do ensino/aprendizagem no item específico de dar notícia ruim, revelar um diagnóstico de certa gravidade.

- ☐ *... a minha maior dificuldade é quando tenho alguma má notícia, quando tenho uma coisa ruim para dizer pro paciente ou para o acompanhante. (E01)*
- ☐ *O meu problema é doença grave, aí eu não vou não, eu acho que eu não fui preparada para isso. (E02)*

Talvez fosse o caso de separar a questão em dois olhares distintos: um sobre a técnica do procedimento, incluindo o desenvolvimento de atitudes apropriadas (talvez na

área da Semiologia e Propedêutica), e outra sobre a formação psicológica do estudante, o que já está previsto em algumas ementas de Psicologia Médica. Troncoso (2003:25) em estudo sobre o desenvolvimento de atitudes dos estudantes frente a situações específicas da prática médica, declara que atitudes conflitantes ou indefinidas frente ao manejo de situações ligadas à morte são condizentes com a idéia que esse tema é um dos que oferece maiores dificuldades emocionais a todos os profissionais da área de saúde, conforme fundamente amplo conjunto de estudos.

A avaliação do processo ensino/aprendizagem da habilidade comunicacional na formação do aluno é anunciada como necessária:

 *Essa avaliação não é feita, assim sistematicamente, a gente está estruturando para que isso seja feito, um período lá a gente vai passar por essa fase. ... Agora a gente está programando uma avaliação do atendimento que está em reforma curricular; então insiste muito nisso na humanização, no atendimento, na comunicação. ... Porque a gente vai estar vendo algum resultado que não está satisfatório no final do curso, o aluno que não consegue fazer um raciocínio clínico; às vezes não há uma história mas não fez porque a comunicação foi inadequada (...) como é que você corrige isso, eu acho que é passando por avaliação, avaliando essa comunicação desde o começo. (C02)*

6.8. Docência


Embora não fosse objeto de nossa pesquisa, não podemos deixar de apontar o que nos parece significativo na fala dos entrevistados envolvendo o significado da docência. Aparecem algumas falas da importância da figura do professor nesse processo de ensino/aprendizagem, independentemente à disciplina em questão. É o destaque pessoal positivo da figura de um professor que marca na formação do aluno.

- ☞ *Também tem um professor de neurologia que gosta muito desta área e tem um professor da clínica que tem uma empatia muito grande com os alunos. (C03)*
- ☞ *Os professores sempre ensinaram isso que é muito importante a gente manter uma boa relação médico-paciente, ter uma boa comunicação com o paciente. (E04)*
- ☞ *Como tudo é comunicação, isso também vai depender e é uma preocupação dos professores que estão junto com os alunos. Alguns professores vão estar mais preocupados com isso e vão estar chamando atenção o tempo todo que a forma do corpo, o jeito de se colocar, tem uma linguagem, tem uma expressão. (C01)*
- ☞ *Meu professor dava realmente muito valor a isso, a comunicação com o paciente. Ele trabalhava na cidade, é super conhecido pelos pacientes pelo carinho que tem com os pacientes. Meu grupo foi muito bom por isso, eu aprendi muito com ele também, gosto muito dele, admiro muito o professor. (E12)*
- ☞ *Alguns professores mais, outros professores menos, também reforçando a importância de uma relação médico-paciente saudável. (E09)*


De outro lado, se aponta a falta de melhor qualificação pedagógica do professor de matérias médicas em geral, notadamente quando se dá um cunho muito mais tecnológico que afetivo, e vai aparecer como uma deficiência do professor na formação do aluno. Na verdade os coordenadores foram mais críticos quando às qualidades dos professores que os egressos que falavam como alunos.

- ☞ *Os médicos [professores] que olham cada vez menos a pessoa como um todo, e a gente acha que isso está acontecendo, não vão se preocupar em passar para o aluno que isso [a comunicação] é importante, que ele tem que se preocupar com isso e tal. (C01)*

Coordenadores de curso chegam a declarar que o aluno desaprende essas matérias que estudou no ciclo básico quando chegam às atividades da prática de especialidades, onde o professor só está interessado na patologia.

 *Depois na hora que ele entra naquela área de internato, eu acho que ele começa desaprender um pouco. Ou então se adaptar, às vezes como o aluno é inteligente, ele tira [anamnése] do jeito que aprendeu, mas na hora que ele vai transcrever para o professor e ele sabe que o professor não quer ouvir aquilo, ele muda a abordagem. (C02)*


Outro coordenador, perguntado se todos os professores estariam ensinando conforme ele estava preconizando, respondeu que não:

 *É difícil eu creio que para qualquer escola médica que você tenha uniformidade de procedimentos entre os docentes. É ideal, mas infelizmente não é o que ocorre em geral. (C09)*

Masseto (1999) nos remete à necessidade de uma compreensão empática do professor para com o aluno:

... quando o professor tem habilidade de se colocar “na pele do aluno”, de “calçar suas sandálias”, de compreender as reações íntimas do aluno e permitir que este se sinta compreendido por alguém sem o que este alguém o esteja julgando. Coloca-se na situação do aluno para perceber o contexto de aprendizagem como ele o faz. (p.99)

Da mesma forma temos declarações de nossos pesquisados que apontam para a deficiência percebida no professor:

 *O professor tem essa percepção super-técnica das relações; a gente começa conversar, eles começam nem entender o que você está falando; por outro lado acham que essa é uma coisa um pouco óbvia e que não se ensina. (C07)*

Concluindo o relato de uma experiência sobre avaliação no processo ensino-aprendizagem, na área de saúde, Ferreira (2003), diz que o relacionamento professor-aluno foi visto pela maioria dos alunos como fundamental no processo, e declara:

Na relação professor-aluno, entendemos que cada um deva ser considerado com suas bagagens e potencialidades; devem estar envolvidos no processo para que a aprendizagem ocorra num clima harmonioso, per-

meável às trocas e que propicie o desenvolvimento da capacidade da análise e crítica acerca do contexto sociopolítico no qual a saúde está situada. (p.18)

Nesse contexto, são realçadas as propostas de educação continuada para os docentes:

☐ *Não tem assim também um trabalho mais voltado aos professores no sentido de capacitá-los para a melhor trabalhar essa questão da comunicação (C07)*

Aparece o entendimento de coordenadores de curso que a mudança da qualidade do aluno com relação às habilidades de comunicação passa pela discussão da qualidade de alguns professores; não só no aspecto didático como também no preparo psicológico, diferenciando a habilidade profissional médica, o conhecimento técnico-científico da medicina, da habilidade necessária no processo educativo:

☐ *É uma questão que tem que ser trabalhada dos dois lados, do professor e do aluno, e se não fizer isso com os dois, pouco vai adiantar, provavelmente tem que começar com os professores. (C04)*

☐ *Ele não consegue entender que o aluno é um adolescente e ele age também como também adolescente, muitas vezes. Não pode. Isso ele também tem que entender, a comunicação tem que ser diferente e isso é um desafio para as escolas em pequenos grupos fica mais perto isso o professor fica mais perto do aluno e a comunicação se faz mais fácil. (C02)*

☐ *um desafio que a gente vai ter que vencer ... quer dizer... primeiro fazendo que o docente aprenda comunicação ... para ele poder estar passando isso para o aluno como modelo mesmo .(C02)*

Amaral (2003) denuncia que a “a melhoria da relação médico-paciente” tem se transformado num jargão pendente da boca na maioria dos professores de medicina. Diz que isso tem sido jogado para os alunos de forma contínua e quase massacrante, no entanto, os alunos continuam presenciando uma grande diferença entre o discurso e a prática.

Outras instituições já estão executando programas de reciclagem profissional e inserindo os professores em novos programas de comunicação e educação:

☐ *Vários professores/profissionais assistiram as aulas ministradas aos alunos, inclusive, para uma maior integração. Estão participando inclusive profes-*

sores das áreas básicas: bioquímica, biofísica, imunologia; quer dizer que é um outro mundo para eles, eles nunca têm que conversar com o paciente, então eles não devem ter idéia o que seja isso. (C01)

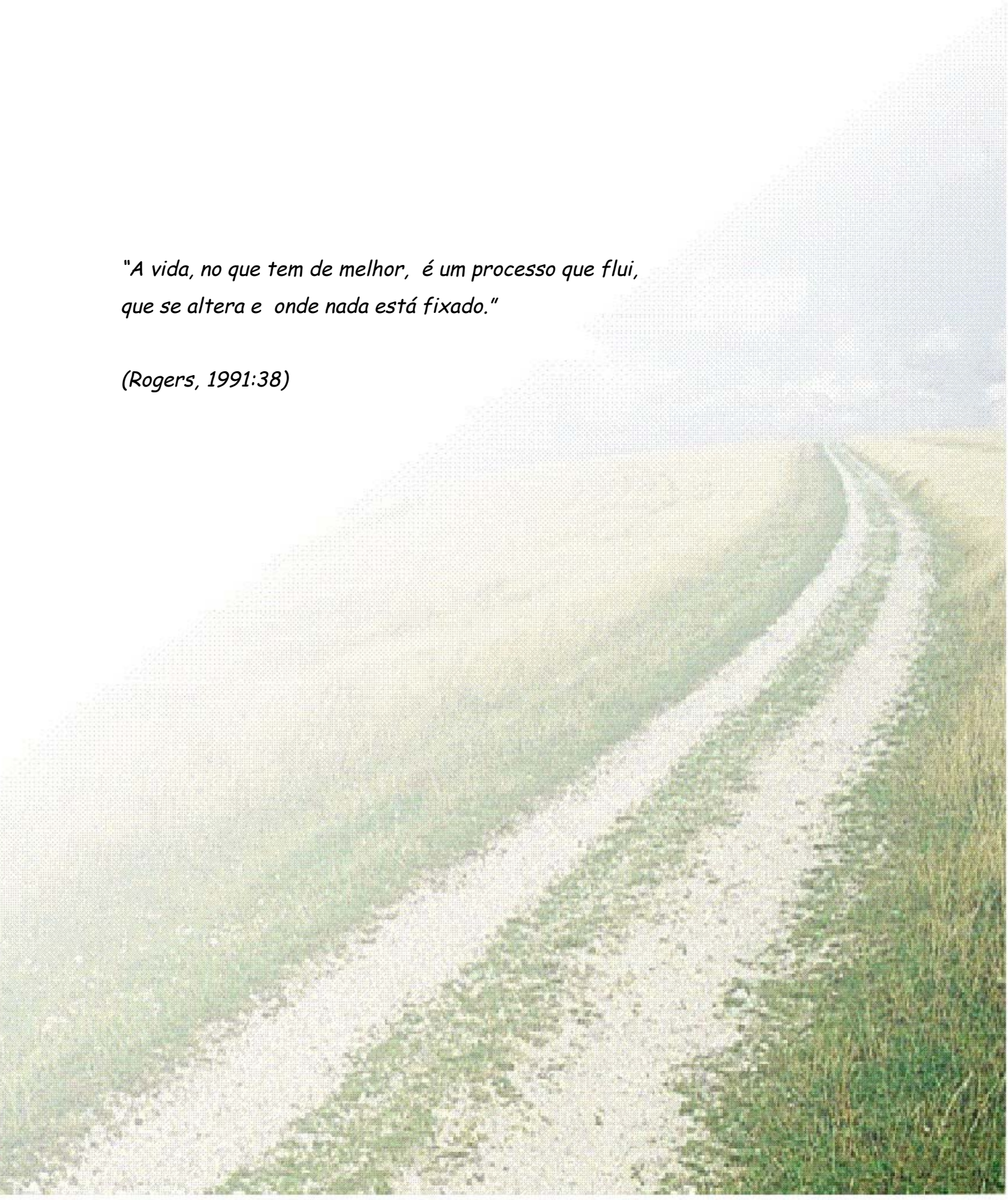
Lima (2004:7) relatando uma experiência com programas de capacitação de professores depara, em diversos momentos, com as dificuldades em se conseguir adesão por falta de disponibilidade de horários, tendo que procurar adaptar as ofertas de programas: *“Os 24 cursos que se seguiram incluíram quatro períodos, que tiveram uma variação muito grande de combinações entre manhãs, tardes e noites. Foram estruturados em três etapas.”*

Em outro estudo, Almeida (2003) relata que os participantes da educação continuada declararam a preferência por workshops intensivos e outras atividades de curta duração, devido suas múltiplas outras funções.

Komatsu (2002:58) aponta que *“o professor do ensino superior se vê, muitas vezes, premido pelo tempo em razão de outras atividades, como a pesquisa, e, na área médica, a atenção à saúde.”*

*"A vida, no que tem de melhor, é um processo que flui,
que se altera e onde nada está fixado."*

(Rogers, 1991:38)



7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Das concepções dos pesquisados quanto ao que seja a comunicação, não se pretendeu saber o quanto de ciência da comunicação existia no aprendizado da medicina, nem avaliar o acerto ou não dos conceitos que porventura aparecessem, mas levantar o que cada um deles tinha de entendimento próprio sobre o assunto. Usando o termo de Merleau-Ponty (1999), ao pesquisador coube entender a sintaxe, buscar a essência do que foi falado.

Buscando um eixo comum, não que se possa generalizar, mas fazendo uma leitura transversal pelas falas, depreendemos que comunicação no exercício da prática profissional para a maioria dos nossos entrevistados é um procedimento instrumental para execução do ato médico. Para que se chegue a um diagnóstico é preciso inquirir para levantar dados suficientes e necessários para a análise das possibilidades diagnósticas. Saber se comunicar é entender o paciente e se fazer entender pelo paciente no esquema clássico da comunicação (emissor – mensagem – receptor) sendo a mensagem o foco do procedimento. Numa via, os dados da anamnese, noutra via, o diagnóstico e a receita. O ato de comunicar é uma “atividade meio” incluindo as atitudes afetivas de consideração e respeito como possibilidades de facilitação do fluxo de informações.

O sentido circular da comunicação, da troca de significados, da interação entre pessoas incorporando a noção de vínculo e de empatia não é uma concepção predominante entre os participantes da pesquisa.

O aprendizado das habilidades de comunicação na formação do médico acontece, na opinião dos nossos entrevistados, tanto em forma de conteúdo disciplinar, mormente em Semiologia e Psicologia Médica, quanto em procedimentos trans e interdisciplinares. Não se visualiza uma disciplina específica para comunicação na cultura geral das escolas de medicina, em cada instituição se destaca uma ou outra disciplina que procura atender as necessidades de formação nessa área de competência.

As falas mais enfáticas apontam o aprendizado baseado na observação de modelos, sejam professores ou outros médicos em atividade e na atividade prática no contato direto com o paciente.

Para um número significativo dos participantes desta pesquisa o momento privilegiado para o aprendizado de comunicação tem ocorrido nas fases finais do curso, especialmente no internato. No entanto algumas escolas estão mudando essa situação colo-

cando o aluno de medicina em contato direto com as pessoas, mesmo que ainda não como pacientes, mas como membros de uma comunidade, desde o início do curso.

Aparecem relatos de iniciação teórica sobre comunicação em algumas disciplinas e algumas incursões de trabalho prático logo nos primeiro e segundo anos, no entanto é enfatizado o aprendizado a partir do terceiro ano com contatos mais freqüentes com pacientes.

O “quando” para a maioria dos egressos pesquisados, é a experiência própria, é o aprendizado a partir de uma vivência pessoal, confirmando a teoria de Rogers (1991). Aparecem relatos de se “ter visto” alguma coisa (teoria) nos primeiros anos, mas confessam pouco lembrar da parte teórica; não há uma nítida ligação entre os estudos de conceitos teóricos e aprendizados práticos.

Há de se levar em conta que o profissional pesquisado sente que está defronte a uma pergunta técnica, científica, algo documental. Não se espera uma reação descomprometida. É possível a influência de toda uma carga cognitiva, com pré-conceitos e teorias acadêmicas, influências circunstanciais que podem interferir no que venha a aparecer, o fenômeno.

Vai refletir, com maior ou menor intensidade, a relação afetiva, o sentimento do colaborador em relação ao pesquisador, as ansiedades e as inseguranças de um início de residência por parte do egresso, ou das responsabilidades do coordenador no momento da pesquisa. Vai sofrer interferências com os julgamentos de cada um quanto ao que se pensa que se deveria responder perante uma pesquisa acadêmica.

Numa primeira aproximação ao objeto da pesquisa (Rossi e Batista, 2003), percebeu-se que as respostas representavam alunos falando com um professor, não se conseguindo, naquela oportunidade, a verbalização da situação de profissional. Não era o médico que respondia as perguntas, mas o estudante de medicina. Daí a introdução, nesta pesquisa para os egressos, da pergunta inicial: *Como você percebe, hoje, na sua atuação profissional, a sua habilidade de comunicação na relação com o paciente?* É um fator balizador, colocando o egresso entrevistado na posição de profissional atuante.

É verdade que, mesmo assim, devido ao fato de a pesquisa ter acontecido num ambiente escolar (dentro de um hospital-escola onde se realiza a residência em Clínica Médica) o egresso ainda se considera mais aluno de medicina que profissional médico; e na verdade ainda o é, conforme relatado em diversos estudos sobre a formação do médico. Da mesma forma não se pode deixar de considerar que os professores coordena-

dores de curso estavam envolvidos num Congresso de Educação Médica onde se discutia “Humanização: da intenção ao cuidado”.

O pesquisador, terapeuta de profissão, não tem como desviar o olhar psicológico do momento da entrevista, obrigando-se a relatar a percepção pessoal do esforço dos egressos em responder “para um professor pesquisador” como se tivessem que mostrar o que aprenderam, se é que fora ensinado. Da mesma forma cabe registrar o estranhamento demonstrado por alguns coordenadores quanto ao teor da pergunta.

Nesse contexto, na entrevista fenomenológica, a pergunta não é um questionamento simples que levanta questões prontas do passado, mas surpreende o entrevistado com um novo evento que produz uma nova vivência, um re-encontro do passado com a condição presente. É um fato novo, vez que está sendo pensado pela primeira vez (Amatuzzi, 2003). É um acontecimento na vida do egresso, pois provoca uma reflexão, uma atualização nos seus juízos de valor, nos seus sentimentos quanto ao processo de aprender e de executar o apreendido, agora na prática profissional. No professor pode provocar um sentimento de competência ou de insuficiência, conforme os seus conceitos.

Quando o médico entra em contato com suas experiências iniciais sobre o assunto comunicação na sua formação, não é uma questão de memória, não é um momento que se repete, mas um vivido que acontece. É um novo olhar, uma nova vivência mesmo sendo sobre algo passado, geralmente uma experiência inédita. Quando o coordenador é questionado sobre esse tópico na formação de seus alunos, pode sentir como uma cobrança de algo nunca antes pensado (alguns chegaram a confessar isso).

Pode ser um acontecimento inédito, pois é a primeira vez que o profissional é provocado a refletir sobre o assunto, agora sob novas concepções, novas construções da realidade, uma nova consciência profissional, tudo enfim que modifica o objeto. Não é uma questão que o aluno estudou para responder na prova, mas uma manifestação de julgamento pessoal sob a óptica do momento. Não há como o profissional médico, egresso ou coordenador, rever o momento de ensino/aprendizagem sem qualquer interferência de suas novas experiências, pois a pessoa não é mais a mesma, o mundo é outro.

A resposta nunca será uma informação sobre o passado, mas uma nova vivência sobre o que se passa na relação do sujeito com o assunto questionado. O olhar sobre o passado é um olhar atual, deixa de ser passado para ser uma vivência com um assunto do passado que agora se refaz, se vivifica. (Amatuzzi, 2003) Percepções de hoje, sobre o que já se passou, só são possíveis hoje com o olhar de hoje, quando tal aconteceu poderiam ser outras percepções. Tentar ver o passado sem considerar o tempo decorrido

é um anacronismo. Nada é mais a mesma coisa. De tudo que se passou, só é válido o recorte que se faz hoje, pois o restante não existe mais.

O médico pesquisado que procura relatar o seu processo de aprendizagem sobre comunicação médico-paciente, não é mais o aluno que estava vendo o assunto pela primeira vez; agora é o médico olhando o aluno estudando. O texto que o médico estudou não é mais uma informação para o futuro profissional, mas um olhar do profissional sobre um tema estudado antes da experiência pessoal na atividade profissional. Esse olhar de hoje tem valores e sentimentos que na época que estudou pela primeira vez, poderiam ser outros. A matéria acadêmica da formação não é a mesma matéria do profissional que revisa o texto, no mínimo são dois momentos de um mesmo texto. O coordenador do curso, ao ser questionado sobre o currículo do seu curso, não responde como médico, nem como professor, mas como responsável político-pedagógico; não responde pelo próprio aprendizado, mas pelo ensino oferecido pelo curso e pelos professores. Não responde mais por si, mas por sua equipe.

Tecnicamente então é impossível explorar o passado puro, o registro do acontecido, mas se estuda o fenômeno que acontece quando se recria no sujeito a relação com o objeto em estudo. Não é possível ver como o médico aprendeu “comunicação com o paciente”, mas o que ele pensa hoje sobre o seu processo de aprendizagem, em que entre outras coisas, está a atividade acadêmica de graduação. Temos então como fenômenos privilegiados, os significados de cada experiência, independentemente a similaridade de acontecimentos e de relatos, pois que o significado particular é singular diante à multiplicidade de possibilidades.

O homem é um construtor de significados diversos a partir de percepções diferentes, tanto por enfoques quanto por bases cognitivas diversas, pela intensidade de juízo de valores quanto ao evento e pelo nível de afetividade quanto ao objeto de estudo, ou o fenômeno estudado. Dois alunos numa sala de aula, embora juntos, provavelmente não assistem a mesma aula, pois ouvem e entendem coisas diferentes.

Enfim, este é um trabalho que se acaba porque tem um prazo a ser cumprido. Acaba o trabalho acadêmico pontual, um exercício de aprendizado em pesquisa e produção de ciência, mas é só o começo como projeto de estudo. Fosse recomeçar hoje (*Ah, se eu soubesse naquele tempo o que sei agora...*) muita coisa seria diferente. Ainda bem, pois isso denota que alguma coisa eu aprendi.

O trabalho acadêmico exigiu o aprendizado da busca, instigou o estudo e a opção por referenciais e métodos; a revisão da literatura e as respostas do campo forneceram

material para um trabalho que não se encerra nesta pesquisa. Espera-se que com a divulgação do texto comece agora o diálogo com outros pesquisadores, além de recolocar o pesquisador num outro ponto de olhar o próprio objeto de estudo.

Pela amplitude do tema, poder-se-ia falar de comunicação a partir de muitos lugares, mas para efeito exclusivo deste trabalho, elegeu-se focalizar os olhares a partir de três pontos: do particular, do geral e do específico. Do “particular” emerge o vivido do próprio pesquisador, da sua formação, das suas crenças, dos paradigmas que adota. Do “geral” se podem enfileirar teorias das mais diversas sem que o pesquisador procure criticar valores, classificar ou ordenar. Do “específico”, a concepção dos entrevistados, o objeto em questão.

Do enfoque particular, é necessário que se destaque a posição pessoal do pesquisador, de onde se parte o olhar para a própria pesquisa. Não há neutralidade possível quando os instrumentos de trabalho são os olhares e os entendimentos, a percepção e a consciência. Nem é um lugar fixo, pois a cada releitura e cada nova inserção na literatura, o pesquisador constrói para si um novo mirante, um novo lugar de onde olha. Esse movimento justifica a pesquisa, o estudo, pois se fosse para ficar sempre no mesmo lugar de nada valeria o esforço de estudar. Assim, neste momento para o pesquisador, se apresenta a concepção de comunicação como a ação para tornar comum um saber qualquer, num pressuposto em que não se impõe ao outro a informação como se expõe um dado, mas se lhe oferece a oportunidade e se procura facilitar tal aquisição. Merleau-Ponty (1999), utiliza o termo “clivagem” como a ação que a pessoa desenvolve ao organizar os dados a partir da percepção do objeto e da evocação das referências internas.

No olhar “particular” do pesquisador, a comunicação na relação interpessoal é sempre uma relação terapêutica, corolário de Rogers (1991:43): *“a relação terapêutica é apenas uma forma de relação interpessoal em geral, e que as mesmas leis regem todas as relações desse tipo”*. Assim como toda terapia é um aprendizado (Rogers, 1992:154) *“o cliente aprende novos aspectos de si mesmo, novas maneiras de se relacionar com os outros, novos comportamentos.”*

É um olhar de educador que vê a necessidade de o ensino da comunicação estar mais presente nos cursos de medicina e de tal forma que os alunos de lá saíam com repertório suficiente para estabelecer relações mais eficientes com os pacientes. A comunicação entre o médico e o seu paciente (já que é difícil mudar o termo para cliente) seria, na visão do pesquisador, uma relação empática, onde um poderia olhar o outro “como se fosse o outro”. A comunicação desta forma se aproximaria do acolhimento, a interação pessoal por excelência, uma relação sempre terapêutica.

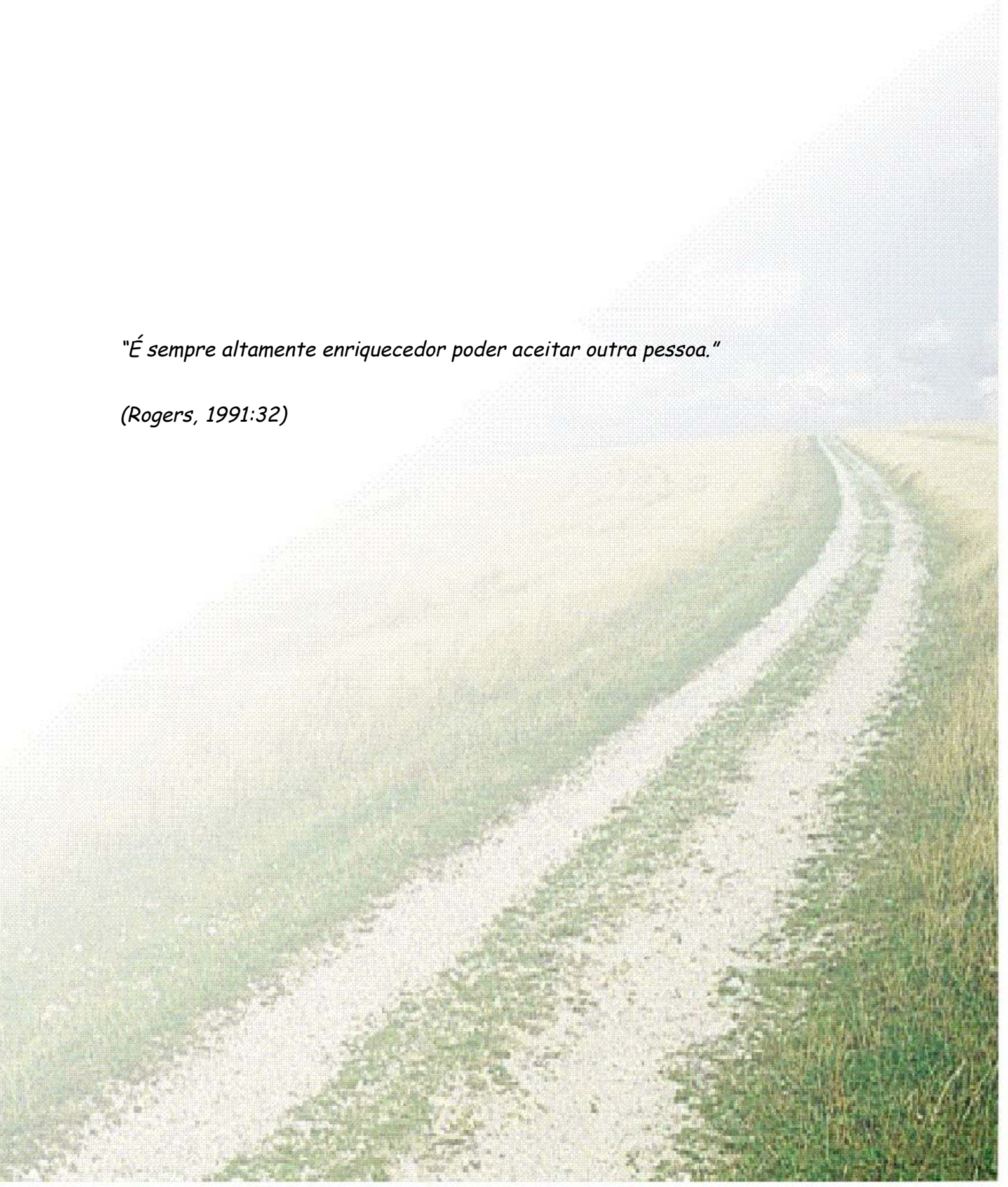
No ponto de vista “geral”, foram trazidos para o texto uma série de teorias e modelos de comunicação considerados pertinentes para este trabalho, logicamente sob o crivo da visão “particular” do pesquisador. Sobre a comunicação no âmbito da relação pessoal, é necessário declarar que não se pretendeu classificar, ordenar, validar ou comparar, as filigranas das teorias e dos conceitos, com o olhar “específico”, a concepção dos nossos entrevistados, visto que não se pretendeu avaliar o conhecimento, mas levantar as concepções.

Do olhar “específico”, o olhar dos alunos, através do olhar dos médicos egressos dos cursos graduação e o olhar dos professores, através do olhar dos médicos coordenadores de cursos, emerge o objeto da pesquisa.

Enfim, levantadas as questões com egressos e professores de cursos bem diferentes em estrutura de ensino e filosofia de educação, vê-se a diversidade de concepções sobre comunicação e todo tipo de situações possíveis de ensino/aprendizagem nos cursos de graduação em medicina. Fica, no entanto, bem demarcado o entendimento de professores e alunos que a aprendizagem da comunicação na graduação em medicina se faz na atividade prática, na vivência pessoal durante o curso, na experiência do relacionamento do aluno com o paciente.

"É sempre altamente enriquecedor poder aceitar outra pessoa."

(Rogers, 1991:32)



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida H.G.G. et all. Elaborando a capacitação de tutores: subsídios para a prática. **Rev. Brás. Educ. Méd.** 2003, 27: 191-199
- Almeida M.J. Ensino médico e perfil do profissional de saúde para o século XXI. Botucatu: **Interface – Comunicação Saúde e Educação** 1999: 4, fev. pp123-132
- Amaral, G. F. Como ensinar a relação médico-paciente: trabalhando com o método psicossociodramático. *in*: Branco, R. F. G. y R.(org) **A relação com o paciente – teoria, ensino e prática** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003. 324 p. (cap.15)
- Amatuzzi, M. M. Pesquisa fenomenológica em psicologia. In: Bruns, M. A. de T. e Holanda, A. F. (org). **Psicologia e pesquisa fenomenológica – reflexões e perspectivas.** Campinas: Alínea, 2003.160p. (cap 1)
- Anderson R. e Schiedermyer D. The Art of Medicine through the Humanities: an overview of a one-month humanities elective for fourth year students. **Med Educ**; 37(6):560-2, 2003 Jun.
- Apple, M. W. **Educando à direita:** mercados, padrões, Deus e desigualdade. São Paulo: Cortez, 2003.
- Baile W. F. et all. Improving physician-patient communication in cancer care: outcome of a workshop for oncologists. **J Cancer Educ**; 12(3):166-73, 1997 Fall.
- Baylon, C e Mignot, x. **La communication.** 2^a. ed. Aumentada. Nathan Université:1999. citada em Santaella (2001)
- Benbassat J. Teaching the social sciences to undergraduate medical students. **Isr J Med Sci**; 32(3-4):217-21, 1996 Mar-Apr.
- Braga, J. L. e Calazans, R. **Comunicação e educação – questões delicadas na interface.** São Paulo: Haker Editores, 2001. 164 p.
- Branco, R. F. G. y R.(org) **A relação com o paciente – teoria, ensino e prática** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003. 324 p.
- Brasil, Ministério da Educação, Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina.** Brasília, 2001.
- Brasil, Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde/ Projeto Promoção da Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde - Saúde e Educação

- lançam programa para mudar o currículo de medicina. **Rev Saúde Pública** 2002;36(3):375-8
- Bruns, M. A. de T. e Holanda, A. F. (org). **Psicologia e pesquisa fenomenológica – reflexões e perspectivas**. Campinas: Alínea, 2003.160p.
- CMAJ** *Workshop on the Teaching and Assessment of Communication Skills in Canadian Medical Schools* (1992, 147(8) p.1149).
- Caprara, A. e Rodrigues J. A relação médico-paciente **Ciênc. saúde coletiva** v.9 n.1 Rio de Janeiro 2004
- Consensus statement from the Workshop on the Teaching and Assessment of Communication Skills in Canadian Medical Schools. **Can Med Assoc J** 1992, 147 (8)
- Cooper C. e Mira M. Who should assess medical students' communication skills: their academic teachers or their patients? **Med Educ**; 32(4):419-21, 1998 Jul.
- Cordioli, M. Currículo, cultura escolar e organização do trabalho pedagógico: elementos para uma construção coletiva da proposta curricular. Curitiba: PUCPR, 2004 **Anais do XII Endipe** pp. 6982-6997
- Cossio, P. Os limites da semiologia. www.cinaem.org.br em 01/04/2002
- Costa-Macedo, L.M, Taquette, S.R. e Alvarenga, F.B.F. Da adolescência à maturidade: estudo prospectivo dos estudantes de medicina da UERJ. **Rev. Brás. Educ. Méd.** 2003, 27: 29-33
- Cyrino, E.G. Vivências no internato: Com a palavra os alunos. Congresso Paulista de Educação Médica (4.:2004:Marília) **Anais do IV Congresso Paulista de Educação Médica**, 21 a 23 de abril de 2004.- - Marília: Faculdade de Medicina de Marília; Associação Brasileira de Educação Médica, 2004. [CD] p.16.
- De Marco, M.A. (org) **A face humana da medicina**: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 296p.
- Drouin J. e Rivet C. Training medical students to communicate with a linguistic minority group. **Acad Med**; 78(6):599-604, 2003 Jun.
- Dubé C. E., O'Donnell J. F. e Novack D.H. Communication skills for preventive interventions. **Acad Med**; 75(7 Suppl):S45-54, 2000 Jul.
- Eco, H. Estética e teoria dell' informazione. Milão:Bompiani, 1972 citado em Santaella, L. **Comunicação e pesquisa – projetos para mestrado e doutorado**. São Paulo: Hacker, 2001. 216p.

- Ferreira M. L. S. M. Avaliação no processo de ensino-aprendizagem: uma experiência vivenciada. **Rev. Brás. Educ. Méd.** 2003, 27: 12-19
- Fiedler, P. T.; Borges, L. O.; Perotta, B. Módulo de Interdisciplinaridade “A Célula” Congresso Paulista de Educação Médica (4.:2004:Marília) **Anais do IV Congresso Paulista de Educação Médica**, 21 a 23 de abril de 2004.- - Marília: Faculdade de Medicina de Marília; Associação Brasileira de Educação Médica, 2004. [CD] p.146.
- Fiske, J. **Introduction to communication studies**. 2a. ed. New York: Routledge
- Forguieri, Y. C. **Pesquisa fenomenológica – fundamentos, método e pesquisas**. São Paulo: Pioneira, 1997. 82 p.
- General Medical Council. **Good medical practices**. 3th ed. London: 2001
- General Medical Council. **Tomorrow’s doctor**. 2th ed. London: 2003
- Guedes, C.R. A psicologia médica na Universidade do Estado do Rio de Janeiro: um estudo de caso **Psicol. Soc.** vol.15 no.1 Porto Alegre Jan./June 2003
- Guimarães, O.A. O conhecimento e as teorias do currículo. Curitiba: PUCPR, 2004. **Anais do XII Endipe** [CD]. 621-633
- Handfield-Jones R; Kocha W. The role of medical organizations in supporting doctor-patient communication. **Cancer Prev Control**; 3(1):46-50, 1999 Feb.
- Hardoff D. e Schonmann S. Training physicians in communication skills with adolescents using teenage actors as simulated patients. **Med Educ**; 35(3):206-10, 2001 Mar.
- Hohlfeldt, A., Martino L. C. e França V. V. (orgs) **Teorias da comunicação: conceitos, escolas e tendências**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2001. 310p.
- Holanda, A. F. Pesquisa fenomenológica e pesquisa eidética. In: Bruns, M. A.de T. e Holanda, A. F. (org). **Psicologia e pesquisa fenomenológica – reflexões e perspectivas**. Campinas: Alínea, 2003.160p. (p.41-76)
- Houaiss, Antonio. **Dicionário Eletrônico**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001 [CD]
- Hulsman, R. I. et all. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. **Medical Education** 199, 33:655-668 – Blackwell Science Ltd.
- Jakobson, R. **Lingüística e comunicação**. São Paulo:Cultrix, 1971

- Kaufman, A. Como ensinar a relação médico-paciente: Uso de filmes para alunos do 3º ano da Faculdade de Medicina da USP *in*: Branco, R. F. G. y R.(org) **A relação com o paciente – teoria, ensino e prática** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003. 324 p. (cap.14)
- Klaus, G. **Wörterbuch der kybernetik**. Frankfurt/Main: Fischer, 1969, citado em Santaella (2001)
- Klein S. et all. The effects of the participation of patients with cancer in teaching communication skills to medical undergraduates: a randomised study with follow-up after 2 years. **Eur J Cancer**; 36(2):273-81, 2000 Jan.
- KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, vol. VIII (1): 48-70, mar.-jun. 2001.
- Komatsu, R.S. Educação Médica: responsabilidade de quem? **Rev. Brás. Educ. Méd.** 2000, 24: 55-61
- Kurtz S. M. et all. Medical education initiatives in communication skills. **Cancer Prev Control**; 3(1):37-45, 1999 Feb.
- Larrosa, J. **Pedagogia Profana** – danças, piruetas e mascaradas. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. 207p.
- Lemon M. et all. Communication as an essential part of program and institutional development. **Acad Med**; 70(10):884-6, 1995 Oct.
- Lima. G.Z. et all. Aprendizagem baseada em problemas: construindo a capacitação em Londrina. **Rev. Brás. Educ. Méd.** 2003, 27: 5-11
- Ludke M. e André, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99p.
- Luz, P. L. **Nem só de ciência se faz a cura: o que os paciente me ensinaram**. São Paulo: Atheneu, 2001. 196 p.
- Maciel J. C. Franz Clemens Brentano e a psicologia. In Bruns, M. A.de T. e Holanda, A. F. (org). **Psicologia e pesquisa fenomenológica – reflexões e perspectivas**. São Paulo: Omega, 2001.142p. (p.27-40)
- Makoul G. e Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. **Patient Educ Couns**; 37(2):191-5, 1999 Jun.

- Marcondes M, Sustovich D. R. e Ramos O.L. **Clínica Médica – propedêutica e fisiopatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976. 848 p.
- Martino L.C. in: Hohlfeldt, A., Martino L. C. e França V. V. (orgs) **Teorias da comunicação: conceitos, escolas e tendências**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2001. 310p.
- Martins J. e Bicudo M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia – fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Educ, 1989. 110p.
- Masseto M.T. Relação professor-aluno. **Documento CEDEM nº. 14** – Aprendizagem de adultos em medicina. Universidade de São Paulo, nov/1999
- Meyer-Eppler, W. **Grundlagen und anwendungen der informationstheorie**. Berlin:Springer, 1959, citado em Santaella (2001)
- Merleau-Ponty M. **Fenomenologia da Percepção**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 662p.
- Mora, J. F. **Dicionário de filosofia**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1982.
- Moraes, M.A.A. Pacientes Simulados no ensino e na avaliação dos profissionais de saúde. Congresso Paulista de Educação Médica (4.:2004:Marília) **Anais do IV Congresso Paulista de Educação Médica**, 21 a 23 de abril de 2004.- - Marília: Faculdade de Medicina de Marília; Associação Brasileira de Educação Médica, 2004. [CD] p.68.
- Moreira A.F.B. Campo do Currículo no Brasil:os anos noventa. **Currículo sem Fronteiras**, v.1, n.1, pp.35-49, Jan/Jun 2001 (online) www.curriculosemfronteiras.org
- Morinaga, C.V., et all. Frases que resumem os atributos da relação médico-paciente. **Rev. Brás. Educ. Méd.** 2002, 26: 21-26
- Nestel D. et all. Modelling the lay expert for first-year medical students: the actor-patient as teacher. **Med Teach**; 24(5):562-4, 2002 Sep.
- Nöth, W. **Handbook of semiotics**. Bloomington:Indiana University Press, 1990, citado em Santaella (2001)
- Oliveira, A. M. Relação médico-paciente em infectologia. *in*: Branco, R. F. G. y R.(org) **A relação com o paciente – teoria, ensino e prática** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003. 324 p. (cap.24)
- Oliveira, F. A. Habilidades de comunicação na educação médica: a arte e a ciência no palco. *In*: **Associação Brasileira de Educação Médica**; Universidade Federal do Pará; Congresso Brasileiro de Educação Médica, 39. Belém, s.n., 26-30 set. 2001. p.66.

- Osol, A. **Dicionário Médico Blakiston**. 2ª. ed. São Paulo: Andrei, 1982. 1169p.
- Peixoto Filho, A. J. Ascensão e queda do exame físico: Reflexões sobre o Estado Atual do Ensino e Prática da Semiologia **Medicina On line**; Revista Virtual de Medicina; Vol.1; nº. 9; Ano III (Jan/Fev/Mar de 2000)
- Pfuetzenreiter, Márcia Regina. A ruptura entre o conhecimento popular e o científico em saúde. **Ensaio Pesq Educ Ciênc**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p. 91- 103, 2001. Disponível em:<<http://www.coltec.ufmg.br/~ensaio/portugues/index.htm>>
- Pinto, R. N. A identificação e atenção às situações críticas. In: De Marco, M.A. (org) **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 296p.
- Preti D. (org) **O discurso oral culto** 2ª. ed. São Paulo: Humanitas Publicações – FFLCH/USP, 1999 – (Projetos Paralelos. V.2) 224p.
- Puccini R.F. et all. A Aproximação à prática médica como estratégia de desenvolvimento do eixo abordagem pedagógica do Promed/Unifesp Congresso Paulista de Educação Médica (4.:2004:Marília) **Anais do IV Congresso Paulista de Educação Médica**, 21 a 23 de abril de 2004.- - Marília: Faculdade de Medicina de Marília; Associação Brasileira de Educação Médica, 2004. [CD] p.16.
- Ramos Jr. J. **Semiotécnica da observação clínica**. 7ª. ed. São Paulo: Sarvier, 1986. 868p.
- Ramos-Cerqueira A.T.A e Lima, M. C. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface** - Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.11, p.107-16, 2002.
- Remen, R. N. **O paciente como ser humano**. 2ª ed. São Paulo: Summus, 1993. 219p.
- Rogério, C. Aprender a ouvir. In **Saúde Paulista**. Nº. 13 – ano 4 – jul/set/2004 São Paulo: Unifesp/SPDM p.12-17
- Rogers, C. **Terapia centrada no cliente**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. 620p.
- Rogers, C. **Tornar-se pessoa**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 360p.
- Rosnay, J. **The macroscope**. New York: Harper&Row, 1975, citado em Santaella (2001)
- Rossi, P. S. A aprendizagem de comunicação na graduação médica – onde e como? Curitiba: PUCPR, 2004 **Anais do XII ENDIPE** pp. 5166-5176

- Rossi, P. S. **Comunicação em saúde – o que o profissional de saúde fala, o profissional do sexo entende?** Campinas: Unicamp, 2002. [TCC] disponível em <http://br.briefcase.yahoo.com/psrossi>
- Rossi, P. S. **Dinâmica de grupo como instrumento didático.** Bragança Paulista: USF, 1998 [TCC] disponível em <http://br.briefcase.yahoo.com/psrossi>
- Rossi, P. S. e Batista, N. A. **A aprendizagem da comunicação na graduação em medicina – uma aproximação.** Florianópolis: ABEM, 2003. XVI Congresso Brasileiro de Educação Médica, Pôster
- Rossi, P. S. e Batista, N. A. A aprendizagem da comunicação na graduação médica: competência, conhecimento, habilidade e atitude. Congresso Paulista de Educação Médica (4.:2004:Marília) **Anais do IV Congresso Paulista de Educação Médica**, 21 a 23 de abril de 2004.- - Marília: Faculdade de Medicina de Marília; Associação Brasileira de Educação Médica, 2004. [CD] p.78.
- Sánchez-Gamboa, S. A. **Epistemologia da pesquisa em educação – estruturas lógicas e tendências metodológicas.** Campinas: 1987, Tese de doutorado
- Santaella, L. **Comunicação e pesquisa – projetos para mestrado e doutorado.** São Paulo: Hacker, 2001. 216p.
- Santos J.B. et all. Reflexões sobre o ensino da semiologia médica. **Rev. Brás. Educ. Méd.** 2003; 27:147-152
- Santos. A. Tecendo relações em sala de aula. Curitiba:PUCPR, 2004 **Anais do XII Endipe** pp.311-2323
- Saúde Paulista.** Nº. 12 – ano 4 – jan/mar/2004 São Paulo: Unifesp/SPDM
- Saúde Paulista.** Nº. 13 – ano 4 – jul/set/2004 São Paulo: Unifesp/SPDM
- Sayd,J.D.; Silva. D.A.; Ribeiro M.P.D. O aprendizado de Semiologia em um currículo tradicional. **Rev. Brás. Educ. Méd.** 2003, 27: 104-113
- Shannon, C.E. & Weaver, W . The mathematical theory of communication. Urbana: University of Illinois Press. 1949 – citada em Santaella (2001).
- Silva, C.A.J. Formação médica e responsabilidade pessoal. In: **Boletim ABEM** – Associação Brasileira de Educação Médica – Rio de Janeiro, jul/out 2003. p. 2 e 3.
- Soar Filho, E.J. **A interação médico-cliente.** *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. jan./mar. 1998, vol.44, no.1 [citado 24 Abril 2003], p.35-42. <http://www.scielo.br/>

- Sobral, D.T. Fatores de influência na escolha de treinamento seletivo no internato. **Rev. Brás. Educ. Méd.** 2003, 27: 184-190
- Souza, D. E. Anotações sobre a relação médico-paciente (um ponto de vista psicanalítico) *in*: Branco, R. F. G. y R.(org) **A relação com o paciente – teoria, ensino e prática** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003. 324 p. (cap.5)
- Stella R.C.R et all. Graduação médica e especialização: uma incompatibilidade aparente **Rev Ass Med Brasil** 1997; 43(4): 290-4
- Teixeira, P. R., Paiva, V. e Shimma, E. (org.) “**Tá difícil de engolir?**”;Experiência de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids, 2000. 143p.
- Tolentino, M. A. Relação médico-paciente em neurologia – uma abordagem humanística. *in*: Branco, R. F. G. y R.(org) **A relação com o paciente – teoria, ensino e prática** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003. 324 p. (cap.22)
- Troncoso L.E.A. et all. Atitudes de graduandos em medicina em relação a aspectos relevantes da prática médica. **Rev. Brás. Educ. Méd.** 2003, 27: 20-28
- Veiga-Neto, A. De geometrias, currículo e diferenças. **Educação & Sociedade**, ano XXIII, nº79, Agosto/2002
- Willis S. C., Jones A. e O’Neill P. A. Can undergraduate education have an effect on the ways in which pre-registration house officers conceptualise communication? **Med Educ**; 37(7):603-8, 2003 Jul.
- Zacariotti, E. T. P. A relação médico paciente na pediatria *in*: Branco, R. F. G. y R.(org) **A relação com o paciente – teoria, ensino e prática** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003. 324 p. (cap.25)

8.1. Bibliografia consultada

- Abdo, C. H. N. **Armadilhas da comunicação – o médico, o paciente e o diálogo**. São Paulo: Lemos, 1996. 182p.
- Alexander, F. **Medicina psicossomática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 231p.
- Alves, R. **Filosofia da Ciência - introdução ao jogo e suas regras**. 12^a ed. São Paulo: Brasiliense, 1990. 211p.
- Amatuzzi, M. M. **O resgate da fala autêntica**. Campinas: Papyrus, 1989. 200p.
- Amatuzzi, M. M. **Por uma psicologia humana**. Campinas: Alínea, 2001. 137p.
- Andery M. A. (org) **Para compreender a ciência**. 11^a ed. Rio de Janeiro: Espaço e tempo – São Paulo: Educ, 2002. 436p.
- Antonio, S. **Educação e transdisciplinaridade**. Rio de Janeiro: Lucerna, 2002. 192 p.
- Bachrach A. J. **Introdução à pesquisa psicológica**. São Paulo: EPU, 1975. 108p.
- Bellodi, P.L. **O clínico e o cirurgião: estereótipos, personalidade e escolha da especialidade médica**. 2^a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 243p.
- Bianchetti, L., Machado A.M.N. (org) **A bússola do escrever**. São Paulo: Cortez/ Florianópolis: EdUFSC, 2002, 408p.
- Bicudo, M. A. V. **Fenomenologia - confrontos e avanços**. São Paulo: Cortez, 2004. 167 p.
- Bombassaro, L. C. **Ciência e mudança conceitual**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1995. 124p.
- Boot, W.C., Colomb, G.G., Williams, J.M. **A arte da pesquisa**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 351p.
- Botsaris, A. **Sem anestesia – o desabafo de um médico**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 322p.
- Britto, S. P. **Psicologia da aprendizagem centrada no estudante**. 3^a ed. Campinas: Papyrus, 1989. 122p.
- Capra, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1995. 445p.
- Caprara, A e Franco, A.L.S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(3):647-654, jul-set, 1999

- Carvalho, E. C. de. **Análise do discurso da equipe de saúde e paciente** Rev. Esc. Enfermagem USP;25(1):73-82, abr. 1991. www.bireme.br em 28 de julho de 2001.
- Carvalho, M. C. M (org) **Construindo o saber**. 9ª ed. Campinas: Papyrus, 1989. 175p.
- Cervo, A. L. **Metodologia Científica**. 4ª. ed. São Paulo: Makron, 1996. 209p.
- Cowan DH; Laidlaw JC; Russell ML. A strategy to improve communication between health care professionals and people living with cancer. **J Cancer Educ**; 12(3):161-5, 1997 Fall.
- CREMESP, **Ética Médica**. São Paulo: CREMESP, 1996. 105P.
- Dichtchekenjan, M.F.S.F.B. (org) **Vida e morte: estudos fenomenológicos**. São Paulo: Companhia Ilimitada, 1988. 150p.
- Eco, Humberto **Como se faz uma tese** São Paulo: Perspectiva, 1977. 170p.
- Fazenda, I. (org) **Metodologia da pesquisa educacional**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2002. 174p.
- Fazenda, I.C.A. **Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro**. São Paulo, Ed. Loyola, 1979
- Fernandes, J. C. L. **A quem interessa a relação médico-paciente?** Cad. Saúde Pública;9(1):21-7, jan.-mar. 1993. www.bireme.br em 20 de julho de 2001.
- Fontes. O.L. **Educação Biomédica** – em transição conceitual. Piracicaba: Editora Unimep, 1999. 187p.
- Foucault, M. **A microfísica do poder**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 295p.
- Foucault, M. **As palavras e as coisas**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1987. 407p.
- Foucault, M. **O nascimento da clínica**. 5ª. ed. São Paulo: Forense, sd. 263p.
- Franco, G. R. R. de M.. **A unidade de terapia intensiva_ um estudo sobre a comunicação entre profissionais e pacientes**. São Paulo; s.n; 1999. 192 p. Tese Apresentada a Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina para obtenção do grau de Doutor. www.bireme.br em 28 de julho de 2001.
- Freyre, G. **Médicos, doentes e contextos sociais**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Globo, 1983. 286p.
- Garcia, O. M. **Comunicação em prosa moderna** 13ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 1986. 519p.

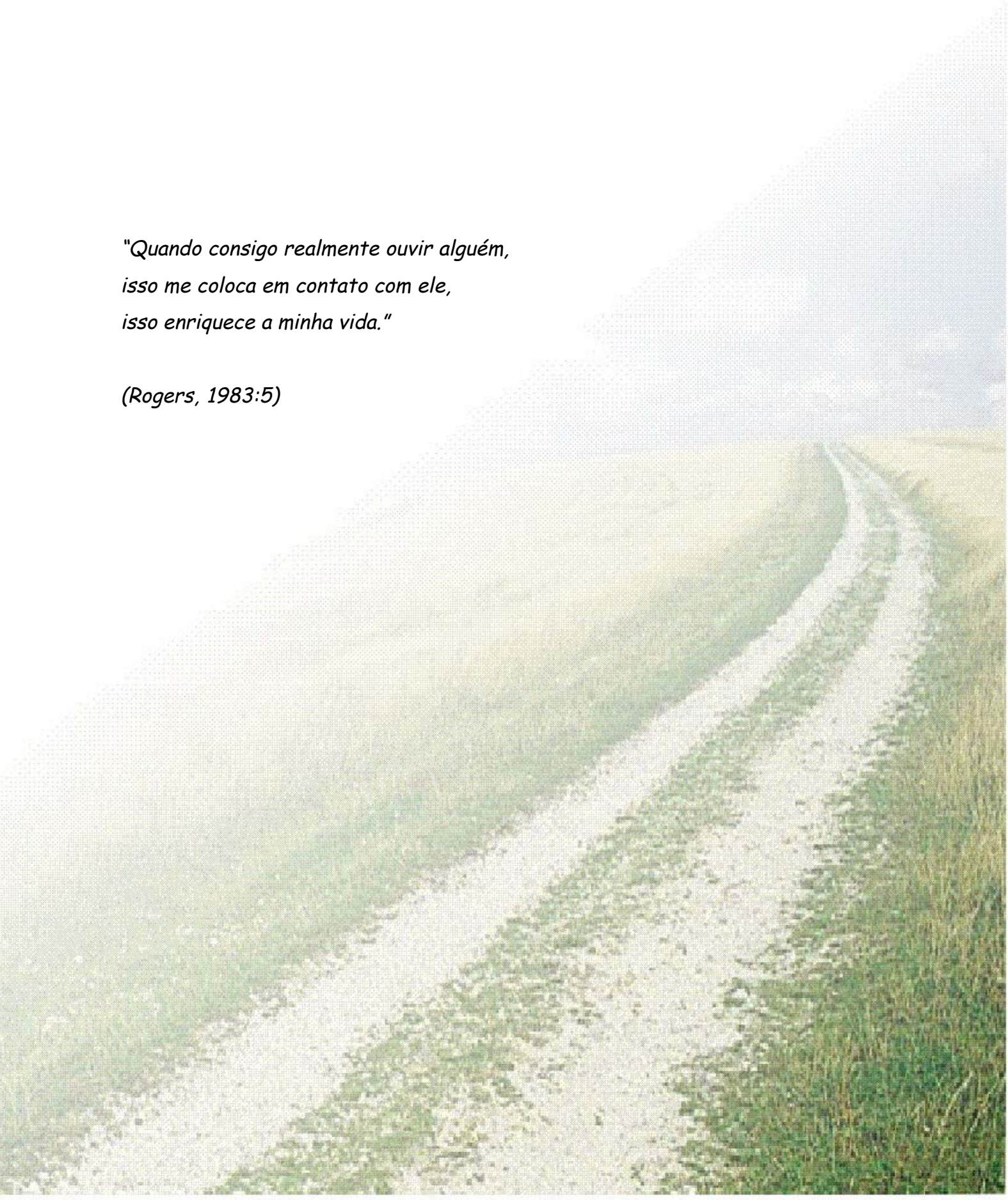
- Gil, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2002 176p.
- Gobbi S. L. e Missel, S. T. **Abordagem centrada na pessoa – vocabulário e noções básicas**. Tubarão SC: Unisul, 1998. 271p.
- Gonçalves, E. L.. **A medicina no Brasil, hoje: ensino e prática** Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Univ. São Paulo; 45(4):190-3, jul-ago 1990. www.bireme.br em 28 de julho de 2001.
- Graças, E. M. das. **A Experiência da Hospitalização uma Abordagem Fenomenológica**. Tese de doutorado (resumo) disponível em www.bibliomed.com.br, em 20 de julho de 2001.
- Gusdorf, G. **A palavra**. Lisboa: Ed. 70. 1995, 110p.
- Heidegger, M. **Conferências e escritos filosóficos**. São Paulo: Nova Cultural, 1991. 241p.
- Holanda, A. **Fenomenologia, Psicoterapia e Psicologia Humanista**. Estudos de Psicologia – PUC Campinas vol 14 n° 2 maio-agosto 1997.
- Japiassu, H. **Introdução à epistemologia da psicologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1982. 180p.
- Japiassu, H. **A interdisciplinaridade e a patologia do saber**. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
- Kaufman, A. **Teatro pedagógico- bastidores da iniciação médica**. São Paulo: Agora, 1991. 143p.
- Lampert J. B. **Tendências de mudanças na Formação Médica no Brasil - tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec – ABEM, 2002. 284p.
- Lerner, L.; Peixoto, M. da G. M.; Von Eye, O. S. P. Aspectos da relação médico-paciente **Acta méd.** (Porto Alegre);(?):1-9, 1983. www.bireme.br em 28 de julho de 2001
- Lewin, K. Problemas de **Dinâmica de Grupo**. São Paulo: Cultrix, sd. 242p. (Edição original, 1948)
- Luna, S. V. **Planejamento de Pesquisa – uma introdução** São Paulo: Educ, 2000. 108p.
- Magalhães, I. **Eu e Tu; a constituição do sujeito no discurso médico**. Brasília: Thesaurus, 2000, 184p.
- Maldonado, M. T.; Canella, P. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo; Roca; 1988. 213 p. illus.

- Marcuschi, L.A. **Da fala para a escrita- atividades de retextualização**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2001. 133p.
- Martinelli, M.L., On, M.L.R. e Muchail, S.T. **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**, 2ª ed. São Paulo: Cortez-Educ, 1998 172p.
- Martins, C. et all. **Perspectivas da Relação médico-paciente**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. 201p.
- Martiny, M. **Hippocrate et la Medicine**. Fayart, Paris 1964
- Melchior, R. **Avaliação da aderência de usuários do sistema público de assistência ao tratamento de AIDS: uma análise qualitativa São Paulo**; s.n; 2000. 99 p. [tese apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia para obtenção do grau de Mestre]. www.bireme.br em 23 de julho de 2001.
- Melo, J. M. S. **A medicina e sua história**. Rio de Janeiro: EPUC, 1989. 207p.
- Millan, L.R. et all. **O universo psicológico do futuro médico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 281p.
- Motta, Celise Regina Alves da et all. A criança com medo de médico. In: **Informativo psiquiátrico**;5(3):70-3, jul.-set. 1986. Resumo disponível em www.bireme.br em 20 de julho de 2001.
- Nunes, M.P.T. Residência Médica no Brasil – Situação atual e perspectivas. **Boletim ABEM** vol XXXI no. 6 – nov/dez 2003.
- Perdicaris, A.A.M. **Comunicação médica e competência interativa: uma visão semiótica**. São Paulo: PUC, 1995. Tese de doutorado.
- Ricoeur, P. **Interpretação e ideologias**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990, 172p.
- Rogers, C. **A pessoa como centro**. São Paulo: EPU, 1977. 228p.
- Rogers, C. **Liberdade para aprender**. 4ª ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1978. 330p.
- Rogers, C. **Sobre o poder pessoal**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989. 273p.
- Rogers, C. **Um jeito de ser**. São Paulo: EPU, 1983. 155p.
- Rosa A.R, Fraga Filho, C., Pontes, J.P.L. **Ensino Médico; atualidade de uma experiência** Rio de Janeiro: URFJ, 1995. 372p.

- Santos, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. 12ª. Ed. Porto: Afrontamento, 2001. 58p.
- Severino A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 22ª ed. São Paulo: Cortez, 2002. 333p.
- Soares, M. C. S. **Redação de trabalhos científicos**. São Paulo: Cabral, 1995, 167p.
- Stefanelli, M.C. **Comunicação com o paciente – teoria e ensino**. 2ª. ed. São Paulo: Robe, 1993. 200p.
- Stein. E. **Exercícios de Fenomenologia – limites de um paradigma**. Ijuí: Unijuí, 2004. 350 p.
- Szymanski, H. (org) **A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva**. Brasília: Plano Editora, 2002. 87p.
- Vasconcelos, E. M. A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. **Saúde em Debate**; (49/50):101-6, dez. 1995-mar. 1996. www.bireme.br em 28 de julho de 2001.

*"Quando consigo realmente ouvir alguém,
isso me coloca em contato com ele,
isso enriquece a minha vida."*

(Rogers, 1983:5)



9.2. Questões para alunos

Meu nome é Pedro Santo Rossi; sou psicólogo. Estou fazendo mestrado na Universidade Federal de São Paulo e essas perguntas fazem parte da pesquisa que desenvolvo para elaboração da dissertação de mestrado. Não haverá identificação do depoente e de sua escola, apenas o registro dos relatos sobre o ensino de comunicação durante a graduação.

O tema de estudo é a “Comunicação em Saúde”, o objeto da pesquisa é “a aprendizagem da comunicação na graduação em medicina”. A pergunta básica da pesquisa é: “Como se aprende comunicação do curso de graduação em medicina?”

Esta é uma entrevista semi-estruturada, com duas perguntas básicas e com a possibilidade de mais algumas perguntas para levantamento de dados explicativos a partir dos depoimentos. O depoente também poderá fazer perguntas para elucidação de alguma questão. Não há hipótese a ser confirmada, nem questões prévias de valores, a intenção do pesquisador é levantar fatos e opiniões, sob a óptica pessoal do recém-formado. As perguntas básicas são:

1. Como você percebe, hoje, na sua atuação profissional, a sua habilidade de comunicação na relação com o paciente?

2. Como foi ensinada e/ou como você aprendeu comunicação seu curso de graduação em medicina?

A entrevista será gravada em fita, depois transcrita. A transcrição da entrevista será oferecida para você conferir, alterar ou confirmar suas informações. As informações utilizadas na dissertação não farão qualquer referência que possa identificar quaisquer dos colaboradores.

9.3. Questões para professores

Meu nome é Pedro Santo Rossi; sou psicólogo.

Estou fazendo mestrado na Universidade Federal de São Paulo e essas perguntas fazem parte da pesquisa que desenvolvo para elaboração da dissertação de mestrado. Não haverá identificação do depoente e de sua escola, apenas o registro dos relatos sobre o ensino de comunicação durante a graduação.


O tema de estudo é a “Comunicação em Saúde”, o objeto da pesquisa é “a aprendizagem da comunicação na graduação em medicina”. A pergunta básica da pesquisa é: “Como se aprende comunicação do curso de graduação em medicina?”


Esta é uma entrevista semi-estruturada, com uma pergunta básica e com a possibilidade de mais algumas perguntas para levantamento de dados explicativos a partir dos depoimentos. O depoente também poderá fazer perguntas para elucidação de alguma questão. Não há hipótese a ser confirmada, nem questões prévias de valores, a intenção do pesquisador é levantar fatos e opiniões, sob a óptica pessoal do professor coordenador de curso.

A pergunta é: *Como é o ensino/ aprendizado de comunicação no curso de graduação em medicina sob a sua coordenação?*

A entrevista será gravada em fita, depois transcrita. A transcrição da entrevista será oferecida para você conferir, alterar ou confirmar suas informações. As informações utilizadas na dissertação não farão qualquer referência que possa identificar quaisquer dos colaboradores.

9.4. Parecer da Comissão de Ética

 Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina



São Paulo, 19 de janeiro de 2004
CEP Nº 0013/04

Ilmo(a) Sr.(a)
Pesquisador(a): PEDRO SAMTO ROSSI
Disciplina/Departamento: CEDESS

Prezado(a) Pesquisador(a),


Conforme resolução da Reitoria e Conselho Técnico Administrativo desta instituição, a proposta de aplicação de recursos na pesquisa intitulada:
A aprendizagem de comunicação na graduação em medicina

, foi analisado recebendo o seguinte parecer:

Aprovado *Aprovado com Recomendações* *Pendente* *Reprovado*

Apresentamos nossos cumprimentos pelo seu desempenho no desenvolvimento da pesquisa nesta instituição.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Ulysses Fagundes Neto
Presidente do Comitê Assessor do FADA
Reitor da Universidade Federal de São Paulo