



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE-PACIENTE: AVALIAÇÃO DE UMA
INTERVENÇÃO COM ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE**

GRACIANA SULINO ASSUNÇÃO

Brasília, março de 2013



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE-PACIENTE: AVALIAÇÃO DE UMA
INTERVENÇÃO COM ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE**

GRACIANA SULINO ASSUNÇÃO

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elizabeth Queiroz

Brasília, março de 2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Acervo 1006730.

A851r Assunção, Graciana Sulino.
Relação profissional de saúde-paciente: avaliação de uma intervenção com estudantes da área de saúde / Graciana Sulino Assunção. - - 2013.
167 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2013.
Orientação: Elizabeth Queiroz.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia clínica da saúde. 2. Pessoal da área médica - Pacientes . 3. Formação profissional . 4. Relações interpessoais . I . Queiroz, Elizabeth. II . Título.

CDU 159.9:61



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

DISSERTAÇÃO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Elizabeth Queiroz – Presidente

Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Elizabeth Esperidião – Membro Externo

Universidade Federal de Goiás – UFG

Profa. Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo – Membro Interno

Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho – Suplente

Faculdade UnB/Ceilândia – FCE

Brasília, março de 2013

*“Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino.
Esses quefazeres se encontram um no corpo do outro.
Enquanto ensino, continuo buscando, reprocurando.
Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago.
Pesquisa para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo.
Pesquisa para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade.”*

(Paulo Freire)

AGRADECIMENTOS

À Elizabeth Queiroz, orientadora competente, acolhedora, cuidadosa, dedicada, elegante e ética, pelo voto de confiança no meu trabalho e pelas valiosas trocas, contribuições e ensinamentos acadêmicos e de vida. Inspiração e modelo a ser seguido. Sem sombra de dúvidas, a leveza dessa trajetória, apesar dos percalços, só foi possível graças à sua postura profissional e pessoal.

À Elizabeth Esperidião e Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo, pelo incentivo e contribuições no início deste projeto e pelo interesse e disponibilidade em participar da sua conclusão, como membros da banca examinadora.

À Diana Lúcia Moura Pinho, pela disponibilidade em participar da banca de defesa dessa dissertação e pelo auxílio na divulgação da pesquisa em UnB/Ceilândia.

Aos futuros profissionais de saúde, que participaram da pesquisa possibilitando a realização desse trabalho, e a todos que ajudaram na divulgação da pesquisa.

Aos estudantes de Psicologia Aplicada à Saúde, por me confirmarem na prática de ensino e pela contribuição no estudo piloto.

À CAPES, por meio do Projeto Pró-Ensino na Saúde, e ao DPP, pelo apoio financeiro; à Larissa e ao Filipe, pelo auxílio na pesquisa; e a todos do CAEP pelo apoio logístico.

A todos meus familiares pelo apoio, incentivo e orações. Especialmente aos meus pais, Nilton e Maria, que mesmo com os corações apertados, me apoiaram e rezaram por mim; e aos meus irmãos, Lorena e Nilton Ozanam, a meu cunhado, Eliézer, e à minha querida afilhada, Cecília, cuja convivência amorosa e divertida contribui direta e indiretamente em cada projeto da minha vida.

À Patrícia José de Oliveira, amiga, companheira de trabalho, anjo da guarda, eterna professora de ballet, de psicologia e de vida, pela relação genuinamente dialógica.

À Ana Maria e Nicolau, amigos e companheiros de trabalho, pelo apoio, incentivo e compreensão.

À Monica e ao Luiz, pela fraterna receptividade, pela confiança e pela compreensão das minhas decisões, mesmo às vezes não concordando.

A todos meus amigos, que felizmente são muitos, pela efetiva rede de apoio social que contribui de diversas formas para minha qualidade de vida em cada momento da minha existência, e que não foi diferente durante o mestrado. Em nome de todos vocês, agradeço Cintia, Dannuza, Eliana, Lana, Maira, Mariana e Ribari.

Às *hermanas* Clarissa, Andreia, Fernanda, Mariana e Nadielle, pelos auxílios diversos.

Às colegas de mestrado, Carol, Graziela, Helizett, Herica, Lílian, Mariana, Marinna, Sílvia e Viviane, por diferentes motivos.

À Clarissa, Rodrigo, Nilo e Paloma, figuras marcantes durante essa trajetória, e à Juliana, um dos bons frutos que o mestrado me trouxe, pela amizade.

Às amigas de grupo de estudos: Marina e Renata, do NEPAC, pelos cafés produtivos e agradabilíssimos, e pelas contribuições ao final deste trabalho; e Letícia e Michele, do Grupo de Estudo na Abordagem Gestáltica, pelas conversas, trocas e produções (acadêmicas ou não!).

A todos que me deram pouso, Lucas e Raquel, Juliana, Clarissa, Fernanda, Rafaela, Michele, Leticia e Nadielle, por me proporcionarem conforto e descanso. Agradeço também a todos que ofereceram.

Ao Luiz e sua família, pelo companheirismo, apoio e compreensão. Sua presença amorosa, artística e alegre tem contribuído significativamente na minha vida.

A todos os professores que contribuíram na minha vida acadêmica. Em especial à Marisete Malaguth, Virginia Suassuna, Adriano Holanda e Luiz Lilienthal.

Aos amigos do ITGT, que sempre torcem por mim.

A todos meus pacientes.

Ao meu anjo da guarda, pela fiel companhia.

Enfim, a Deus, por ter tanto a agradecer.

RESUMO

A influência da qualidade da relação profissional de saúde-paciente no tratamento das doenças e na promoção de saúde, principalmente no que se refere à adesão de pacientes ao tratamento e à comunicação em saúde tem indicado a necessidade de uma assistência fundamentada na integração da competência técnica e relacional. Nessa perspectiva, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar as contribuições de um programa de intervenção gestaltpedagógico, com enfoque na Relação Dialógica, para o ensino do tema relação profissional de saúde-paciente em estudantes dos cursos de graduação em Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia do *campus* Darcy Ribeiro da UnB. Os critérios de inclusão foram: estar devidamente matriculado nos cursos de graduação descritos anteriormente; não estar no primeiro semestre do curso; ter disponibilidade para participação de pelo menos oito encontros, sendo obrigatória a presença no primeiro e segundo encontros; não ter duas faltas consecutivas ou três alternadas; concordar em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. O estudo foi realizado em dois momentos: no primeiro, foi feito o mapeamento de como o tema estava sendo abordado na universidade por meio da resposta de 143 estudantes ao Questionário de Sondagem de Opinião *online* e pela análise do fluxo dos cursos realizada pela pesquisadora, a partir da listagem de ementas e programas das disciplinas; o segundo consistiu em uma oficina psicoeducativa, tendo como conteúdo a Relação Dialógica de Martin Buber. Um estudante de Enfermagem, um de Medicina, um de Nutrição e dois de Psicologia participaram de 10 encontros semanais de duração de uma hora e meia. Para avaliar a Oficina, foram analisados os dados obtidos nas entrevistas e no Instrumento de Autoavaliação, colhidos antes e depois da intervenção, além de informações do Formulário de *Feedback*. Os resultados incluem estatística descritiva dos dados e análise de conteúdo de acordo com o método fenomenológico de Amedeo Giorgi. Conclui-se que o tema relação profissional de saúde-paciente apresenta-se incluído nos currículos dos cursos de saúde do *campus* Darcy Ribeiro da UnB, em acordo com as diretrizes curriculares do Governo Federal. No entanto, os estudantes ressaltam a necessidade de ampliar as discussões, aprofundar e sistematizar o tema e, principalmente, abordá-lo de forma mais relacionada com a prática. A avaliação da Oficina permitiu a identificação das percepções dos estudantes sobre o tema “Relação profissional de saúde-paciente” e seu aprendizado. Constatou-se que a Oficina propiciou a integração teoria e prática; incremento para a formação humanizada, com o aprendizado de conceitos do interhumano e espaço de abertura para exposição de opiniões e discussão multiprofissional, tendo sido efetiva para o ensino da relação profissional de saúde-paciente. Os participantes avaliaram a intervenção como relevante e necessária para a formação. Espera-se que seja reaplicada e contribua para a formação dos profissionais de saúde em uma área carente, que é a de treinamento de habilidades interpessoais, e em longo prazo, para possíveis transformações na qualidade da assistência integral à saúde dos pacientes.

Palavras-chave: relação profissional de saúde-paciente, formação em saúde, avaliação em saúde, Gestaltpedagogia, Relação Dialógica.

ABSTRACT

The influence of the quality of healthcare professional-patient relationships in treating diseases and promoting health, especially with regard to patients' compliance to treatment and health communication, has indicated the need for training based on the integration of both technical and relational competencies of human resources in health. With this perspective, the present study aimed to evaluate the contributions of a gestaltpedagogical intervention program, focusing on a Dialogical Relationship, to healthcare professional-patient relationships with undergraduate students in pharmacy, nursing, medicine, nutrition, dentistry and psychology at the Darcy Ribeiro campus of the University of Brasília (UnB). Inclusion criteria: being duly enrolled in undergraduate courses described above, not attending the first semester of the course, being available to participate in at least eight encounters, considering the first and second mandatory, not having two consecutive or three alternate absences; agreeing to participate and signing the a statement of informed consent. The study was conducted in two stages: in the first, mapping how the subject was being addressed at the university through the response of 143 students that completed an online Opinion Questionnaire with analysis of the flow of the courses conducted by the researcher from the list of summaries and discipline programs; the second consisted of a psychoeducational workshop, the Dialogical Relationship proposed by Martin Buber and Gestaltpedagogy teaching methodology. A student in pharmacy, nutrition and medicine took part in the study. Two psychology students were also fully included. in 10 weekly encounters that lasted an hour and a half each. To evaluate the Workshop, the data obtained from the interviews and the Self-assessment Instrument, collected before and after the intervention, as well as information from a Feedback Form were analyzed. Results include descriptive statistics and content analysis according to the phenomenological method of Amedeo Giorgi. In conclusion, the topic of healthcare professional-patient relationship is included in the curricula of health courses at the UnB Darcy Ribeiro campus, in accordance with the curriculum guidelines of the Federal Government. However, students underscore the need to broaden the discussion, deepen and systematize the subject, and especially to approach it more related to practice. The evaluation of the Workshop optimized the identification of students' perceptions on the topic "relationship between healthcare professionals and patients" and learning the subject. It was found that the Workshop enabled the integration of theory and practice; the increment for humane education, with the learning of Dialogic concepts and opening space for exposure of opinions and multiprofessional discussion, being effective for teaching the relationship between healthcare professionals and patients. The participants evaluated the intervention as relevant and necessary to higher education. It is expected to be reapplied and contribute to the education of health professionals in underprivileged areas, which is the training of interpersonal skills, and in a long-term perspective, for potential changes in the quality of comprehensive health care of patients.

Keywords: healthcare professional-patient relationship, health education, health evaluation, Gestaltpedagogy, Dialogical Relationship.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	vi
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
SUMÁRIO	x
LISTA DE TABELAS.....	xii
LISTA DE FIGURAS	xiii
LISTA DE SIGLAS.....	xiv
INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO 1 – RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE-PACIENTE	06
1.1 Modelo biopsicossocial, Psicologia da Saúde e a relação com o paciente ..	06
1.2 Relação dos profissionais de saúde com os pacientes	09
1.3 Humanização na relação com o paciente	16
1.4 Habilidades interpessoais para uma relação de qualidade com o paciente	18
CAPÍTULO 2 – FORMAÇÃO EM SAÚDE	21
2.1 Panorama da educação brasileira em saúde	21
2.2 Metodologias para um ensino integral em saúde	29
2.3 Relação professor-aluno e implicações para a prática profissional em saúde	34
2.4 Ensino de habilidades interpessoais e avaliação das práticas	36
CAPÍTULO 3 – RELAÇÃO DIALÓGICA DE MARTIN BUBER E METODOLOGIA DE ENSINO DA GESTALTPEDAGOGIA	44
3.1 Relação Dialógica: apontamentos para uma relação humana de qualidade	44
3.2 Gestaltpedagogia: uma metodologia de ensino integral	49
3.3 Correlações entre a Abordagem Gestáltica e a Psicologia da Saúde	56
3.4 Tendências e desafios em pesquisa na Abordagem Gestáltica com interface da saúde	58
CAPÍTULO 4 – OBJETIVOS	60
4.1 Objetivo geral	60
4.2 Objetivos específicos	60

CAPÍTULO 5 – MÉTODO	62
5.1 Tipo de estudo	62
5.2 Local do estudo	62
5.3 Participantes	63
5.4 Instrumentos	64
5.4.1 Questionário de Sondagem de Opinião	64
5.4.2 Entrevistas	64
5.4.3 Formulário de Identificação Sociodemográfico	65
5.4.4 Instrumento de Autoavaliação	65
5.4.5 Formulário de <i>Feedback</i>	66
5.4.6 Oficina Relação Profissional de Saúde-paciente	67
5.5 Procedimentos éticos	68
5.6 Procedimentos para coleta de dados	69
5.7 Procedimentos para análise dos dados	73
CAPÍTULO 6 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS	120
ANEXOS	141

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Temas da Oficina Relação Profissional de Saúde-Paciente	67
Tabela 2. Participantes do primeiro momento da pesquisa (n = 143)	78
Tabela 3. Relação de disciplinas por curso identificadas pelos estudantes como aquelas que abordam o tema relação profissional de saúde-paciente	79
Tabela 4. Formas sugeridas pelos estudantes para abordagem do tema relação profissional de saúde-paciente durante a graduação	83
Tabela 5. Cursos dos interessados em participar da Oficina (n = 45)	85
Tabela 6. Porcentagem de interessados em relação ao número de respondentes de cada curso	85
Tabela 7. Expectativas em relação à Oficina e comentários sobre seu alcance	92
Tabela 8. Percepções sobre o tema “Relação profissional de saúde-paciente” antes da oficina psicoeducativa	94
Tabela 9. Percepções sobre o tema “Relação profissional de saúde-paciente” após a oficina psicoeducativa	94
Tabela 10. Definição da relação profissional de saúde-paciente antes e após a intervenção	96
Tabela 11. Aprendizado do tema “Relação profissional de saúde-paciente” antes da oficina psicoeducativa	98
Tabela 12. Aprendizado do tema “Relação profissional de saúde-paciente” após a oficina psicoeducativa	99
Tabela 13. Comparação entre os conceitos buberianos descritos pelos participantes e a definição de Martin Buber (2007)	102
Tabela 14. Perspectiva dos participantes sobre a intervenção antes da oficina psicoeducativa	103
Tabela 15. Perspectiva dos participantes sobre a intervenção após a oficina psicoeducativa	103
Tabela 16. Itens do Instrumento de Autoavaliação que parecem já terem sido incorporados pelos estudantes	106
Tabela 17. Itens do Instrumento de Autoavaliação que tiveram mudança nas respostas da aplicação anterior para posterior à oficina psicoeducativa, com convergência das respostas após a oficina	107
Tabela 18. Justificativa de participantes a itens do Instrumento de Autoavaliação	108

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Didática Gestaltpedagógica	54
Figura 2. Distribuição do número de participantes por semestre	77
Figura 3. Interesse em participar de uma oficina sobre a relação profissional de saúde-paciente ($n = 77$)	84
Figura 4. Palavras evocadas pelos participantes sobre relação humana de qualidade	89
Figura 5. Mudança de percepção dos participantes sobre o tema relação profissional de saúde-paciente	112

LISTA DE SIGLAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
CAEP	Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos
CEP-FS	Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde
IP	Instituto de Psicologia
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MBV	Medicina Baseada em Vivências
PG-PDS	Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNPG	Plano Nacional de Pós-graduação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB	Universidade de Brasília

INTRODUÇÃO

A relação profissional de saúde-paciente acontece sempre que um profissional da área de saúde tem diante de si uma pessoa que busca seus serviços. Estudos científicos pioneiros dessa temática são identificados nas décadas de 1950, 1960 e 1970, com repercussões em vários aspectos, inclusive no processo de transição do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial de assistência à saúde. Ainda que destaque seja dado à década de 1950 como referência para o incremento das publicações na área, o interesse pela relação dos profissionais de saúde com seus pacientes não é recente. No histórico das profissões da área de saúde são encontradas noções introdutórias dessa temática, todavia somente nas últimas décadas essa interação tem sido discutida, refletida e estudada de forma mais sistematizada.

Vários estudos têm discutido sobre a influência da qualidade dessa relação no tratamento e prevenção das doenças e na promoção da saúde, principalmente no que se refere à adesão de pacientes ao tratamento e à comunicação em saúde. A partir das resoluções do início deste século dos Ministérios da Saúde e Educação brasileiros, que focaram a assistência na relação humanizada e valorizaram a perspectiva crítica, reflexiva e ético-humanista na formação dos profissionais de saúde, entende-se a necessidade de ampliar essa formação criando condições para a integração entre a competência técnica e a relacional dos profissionais que atuarão neste novo milênio (Brasil, 2001a; 2003).

Diante da literatura pesquisada sobre a temática do cuidado humanizado em saúde, sobretudo com relação à interação do profissional de saúde com o paciente e à formação desse profissional, algumas questões são relevantes: 1) como estão sendo incorporadas as resoluções do Governo Federal à formação acadêmica dos futuros profissionais de saúde?; 2) de que forma as competências técnicas e relacionais necessárias à assistência integral do

paciente são contempladas nos currículos e no cotidiano da graduação?; 3) existe equilíbrio entre o investimento em recursos tecnológicos e em recursos humanos para o desenvolvimento do campo da saúde? 4) como qualificar recursos humanos para mudar o sistema de saúde de forma a garantir acesso e atendimento das reais necessidades da pessoa?

De forma ampla, pensar na mudança dos modelos de assistência implica em contemplar as pessoas que formam esse sistema. Nesse sentido, considerar a especificidade da relação profissional de saúde-paciente, tão criticada e debatida no contexto da saúde, é antes de tudo abordar questões relativas à relação humana.

A base da existência humana é relacional segundo a filosofia existencialista. Isso implica em uma mudança de paradigma do Eu como sistema fechado e individualizado para o Eu como realidade relacional, constituindo-se no face a face dialogal com um Tu, diferente desse Eu. Essa alteridade é condição necessária à constituição do Eu. Seguindo a tradição fenomenológica-existencial, o homem é considerado um ser-no-mundo, ou seja, um ser-em-relação. Essa condição é constitutiva do homem, sendo impossível pensar o homem sem o seu mundo. O filósofo Feuerbach insiste na necessidade de uma experiência do Tu para termos consciência de nós mesmos enquanto Eu (Buber, 1923/2004; Mendonça, 1995).

As relações humanas em sua extensão são fontes de interesse da autora deste estudo. O interesse pelas relações dos profissionais de saúde com seus pacientes surgiu gradativamente, tendo iniciado pelo estudo, pesquisa e prática da Psicologia, principalmente na atuação como psicóloga clínica, na qual pôde observar diariamente a influência da relação na qualidade do atendimento aos pacientes. O contato com profissionais de outros cursos da área de saúde com interesse nessa temática trouxe

constantes reflexões acerca da necessidade de ampliar os estudos da Psicologia sobre as relações para outras profissões, as quais lidam continuamente com a interação humana.

A formação na Abordagem Gestáltica possibilitou o encontro com a Filosofia Dialógica de Martin Buber, considerado o filósofo da relação. À medida que avançava nos estudos dessa filosofia e aplicava seus fundamentos, observou que essa é uma rica fonte de contribuição para o aprimoramento da qualidade das relações em várias áreas.

Faz parte também do interesse dessa autora a transmissão de conhecimentos. Na sua prática profissional, trabalhou efetivamente na formação acadêmica em Psicologia, onde pôde ter contato com metodologias voltadas para a formação do estudante na sua totalidade, como a Gestaltpedagogia (Burow & Scherpp, 1985), o que convergia com sua preocupação com a assistência integral ao paciente.

A formação e experiência com grupos, agregadas aos interesses supracitados, intensificou a construção do projeto que deu origem a esta pesquisa, por acreditar e verificar na sua prática profissional as contribuições do processo grupal. O grupo é um organismo vivo com características próprias dos componentes que o constituem. É uma totalidade, uma unidade complexa, na qual são trabalhadas as interações interpessoais. É um espaço de acolhimento e de construção da individualidade humana (Ribeiro, 1994; Yalom & Leszez, 2006).

A literatura sobre diversas questões que envolvem a relação dos profissionais de saúde com o paciente no que tange a reflexões teóricas, nas últimas décadas, é de certa forma vasta. No entanto, vários aspectos importantes que envolvem a relação profissional de saúde-paciente não estão sendo estudados com enfoque empírico (Branco, 2003; Esperidião & Munari, 2005; Sucupira, 2007). Principalmente no que diz respeito à formação dos profissionais de saúde tendo como foco o estudante brasileiro, o material que se encontra disponível é escasso.

Assim, a partir do contato com a literatura sobre a temática da relação profissional de saúde com o paciente e diante da experiência profissional da pesquisadora, algumas questões norteadoras foram levantadas:

- Há uma sensibilização e/ou demanda do estudante em busca de habilidades interpessoais que possam favorecer sua atuação profissional?

- A Relação Dialógica proposta por Martin Buber pode auxiliar a promover o incremento na formação de aspectos interpessoais?

- O uso de uma metodologia diferenciada, como a Gestaltpedagogia, pode auxiliar na formação integral do estudante?

Desse modo, o desenvolvimento de um estudo quantiqualitativo de um programa de intervenção gestaltpedagógico, com enfoque na Relação Dialógica proposta por Martin Buber, para o ensino do tema relação profissional de saúde-paciente em estudantes de cursos da área de saúde, poderá aludir em contribuições pessoais, acadêmicas e sociais. Pessoais, por possibilitar a integração de um conhecimento adquirido em uma prática diferente daquela voltada para atuação em saúde, mas percebido como convergente no que se refere às possibilidades da sua aplicabilidade. Acadêmicas, por pretender auxiliar na formação dos profissionais de saúde em uma área carente, que é a de treinamento de habilidades interpessoais, além de fornecer um estudo empírico para o aumento da literatura. Sociais, uma vez que este fomento na formação dos profissionais possivelmente refletirá em ações e reflexões individuais dos participantes que poderão favorecer transformações na qualidade da assistência integral à saúde dos pacientes.

Esta dissertação está organizada em seis capítulos. O primeiro dos três capítulos que compõem a revisão da literatura apresenta o tema central desse estudo, Relação profissional de saúde-paciente, com aspectos da transição do modelo biomédico para o biopsicossocial, do campo da Psicologia da Saúde e outros específicos dessa temática. A

formação em saúde é discutida no Capítulo 2, com o objetivo de traçar um panorama do ensino brasileiro nessa área. No Capítulo 3, a Relação Dialógica de Martin Buber e a metodologia de ensino desenvolvida por Olaf-Axel Burow, a Gestaltpedagogia, são descritas e discutidas na interface com a saúde.

Os três capítulos seguintes contemplam o delineamento da pesquisa: o Capítulo 4 expõe os objetivos; o Capítulo 5 apresenta o método, com descrição do tipo de estudo, o local, os participantes, todos os instrumentos utilizados, bem como os procedimentos éticos, de coleta e análise dos dados; e o Capítulo 6 inclui os resultados e a discussão dos mesmos.

As considerações finais do trabalho respondem as questões levantadas no início do estudo e destacam contribuições, desafios e limitações da pesquisa, assim como sugestões de trabalhos futuros. Em seguida são listadas as referências formatadas de acordo com as normas da 6ª edição do Manual de Publicação da APA – *American Psychological Association* (American Psychological Association, 2010) e os anexos apresentados.

CAPÍTULO 1

RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE-PACIENTE

O presente capítulo desta revisão de literatura apresenta a temática da relação profissional de saúde-paciente, iniciando com a contextualização das influências do modelo biopsicossocial de atenção à saúde nesse assunto, enfatizando o campo da Psicologia da Saúde. Adiante descreve e analisa aspectos específicos dessa interação nos cursos da área da saúde, com foco naqueles que são objeto de estudo desse trabalho. A humanização da relação e as habilidades interpessoais necessárias para a qualificação da assistência são discutidas ao final.

1.1 Modelo biopsicossocial, Psicologia da Saúde e a relação com o paciente

A Psicologia da Saúde é considerada um híbrido das ciências naturais e humanas, o que a caracteriza como uma abordagem interdisciplinar, sendo analisada, assim como a doença e os cuidados de saúde, no contexto econômico, político, ecológico, social e cultural (Marks, Murray, Evans, & Willig, 2000). Esse campo de saber marcou presença nas redefinições das ações em saúde iniciadas, principalmente, na década de 1970 e vem ocorrendo até a atualidade (Sebastiani, 2003). Apesar de suas contribuições não serem recentes, tanto na prática de atuação quanto nas reflexões teóricas, até o início deste século foi considerada um campo novo de saber (Spink, 2003).

Um dos fatores que auxiliou a moldar o campo da Psicologia da Saúde foi a necessidade de ir além do modelo biomédico na atenção à saúde (Straub, 2005). A mudança de paradigma do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial exige uma transformação no papel e na postura dos profissionais de saúde para efetivarem uma assistência integral (Queiroz & Araujo, 2009). Porto (2006) comenta que uma vez que as

profissões da saúde baseiam-se não apenas na área biológica, mas também nas áreas humanas e sociais, esses profissionais necessitam ter algo mais do que conhecimentos técnicos, estando os aspectos éticos, legais e socioculturais estreitamente ligados ao exercício das profissões da área da saúde.

O século passado é marcado pelas críticas à concepção redutora do modelo biomédico e pela proposta de mudança para o modelo biopsicossocial sugerido por Engel (1977). Essa mudança de paradigma nas ciências da saúde é o que Kuhn (1992) chama de uma revolução científica, situação na qual membros de uma comunidade científica passam a questionar o paradigma dominante e propor uma nova forma de fazer a ciência. Esse autor salienta que quando se muda de um paradigma para outro sempre ficam incorporados na proposta mais nova o que há de melhor no modelo anterior. Para Pereira (2007) “as mudanças de paradigmas só podem ocorrer por meio de vivências, experiências e evidências que nos coloquem frente a frente com os limites de nosso paradigma atual” (p. 43).

DeMarco (2006) afirma que o modelo biopsicossocial proporciona uma visão integral do ser e do adoecer e compreende as dimensões física, psicológica e social, já o modelo biomédico é caracterizado pelo referencial técnico-instrumental das biociências, que exclui o contexto psicossocial dos significados, dos quais depende uma compreensão plena e adequada dos pacientes e suas doenças.

Observa-se no modelo biopsicossocial uma proposta que corrobora com a recuperação do sujeito cognoscente proposta por Habermas (1987). Esse autor afirma que a ausência da autorreflexão na construção do conhecimento é uma característica do positivismo e que a ciência perdeu muito no seu desenvolvimento na medida em que abandonou a reflexão, principalmente por possuir um caráter emancipatório. Em acordo com esse pensamento, autores têm destacado a autonomia do paciente no processo de

saúde-doença como uma característica fundamental para o avanço nos cuidados em saúde (Marks et al., 2000; Soares & Camargo Jr., 2007) e a perspectiva positivista pautada no modelo biomédico, caracterizada pela separação excludente entre sujeito e objeto de estudo e rejeição da subjetividade, como um retrocesso (DeMarco, 2006).

Para Caprara e Franco (1999), o processo de mudança paradigmática em curso nas ciências da saúde implica em trabalhar sobre o objeto da medicina de forma distinta de outras ciências naturais, superando limites de recursos convencionais e supostamente universais. As autoras ressaltam ainda que:

Estas mudanças, consideradas fundamentais para o nascimento de uma nova prática da medicina, resultam de uma relação complexa entre teoria e prática, configurada no âmbito da ciência moderna. Este conflito fica ainda mais explícito se considerarmos os fatores sociopolíticos determinantes do processo saúde-doença. (p. 648)

Nesse modelo sistêmico de saúde, o paciente é concebido como um ser ativo e, portanto, assume responsabilidades no processo de adoecer, no tratamento das doenças e na manutenção dos comportamentos saudáveis. Já o profissional é visto como “um educador que utiliza técnicas psicológicas para incentivar o paciente a participar efetivamente das decisões de seu tratamento” (Flores & Costa Junior, 2008, p. 146). A relação estabelecida entre os dois vai nortear o tratamento e a prevenção de doenças e a promoção de saúde, principalmente no que se refere à adesão de pacientes ao tratamento e à comunicação em saúde (Dias, 2011; Kunzler, 2011; Marks et al., 2000; Queiroz, 2003; Straub, 2005; Sucupira, 2007).

Straub (2005) afirma que o relacionamento entre paciente e profissional de saúde é a base de todo tratamento e que a qualidade desse relacionamento tem impacto direto sobre a saúde. Caprara e Rodrigues (2004) pontuam que essa temática encontra um renovado

interesse na produção científica, na formação e prática clínica buscando proporcionar uma melhoria da qualidade do serviço de saúde. Um mau entendimento e uma má comunicação nesse relacionamento podem levar a sentimentos de frustração e ansiedade no paciente, no profissional e/ou nas duas partes, e ainda, uma sequência desses sentimentos pode diminuir o potencial benéfico da relação (Boutin-Foster & Charlson, 2001).

Araujo (2009) ressalta que a Psicologia aplicada à saúde, mais especificamente, a Psicologia da Saúde tem se dedicado à pesquisa e atuação da melhoria dos serviços prestados, em especial, às interações diádicas, como a relação profissional de saúde-paciente, e grupais, como a relação dos profissionais em equipes de saúde.

1.2 Relação dos profissionais de saúde com os pacientes

Sempre que um profissional da área de saúde tem diante de si uma pessoa – sadia ou doente – que busca os serviços daquele profissional, está ocorrendo um encontro clínico (Porto, 2006). A nomeação desse encontro possui algumas variações: relação profissional de saúde-paciente, relação médico-paciente, interação médico-cliente, interação profissional-usuário, dentre outras (Balint, 1956/1988; Branco, 2003; Rangel et al., 2011; Soar Filho, 1998). Para alguns autores, as justificativas para essas variações não são meramente semânticas, uma vez que a forma como denominamos algo propicia e induz uma determinada maneira de olhar e compreender o que foi nomeado (Soar Filho, 1998). Neste trabalho optou-se por assumir o termo “Relação profissional de saúde-paciente” considerando que: 1) a palavra relação é a mais frequentemente utilizada no contexto dessa temática; 2) o termo paciente possui longa prevalência e familiaridade na área da saúde; 3) os temas abordados relacionam-se à atuação de todo profissional da área da saúde. Todavia, as palavras “interação” e “relação” serão usadas como sinônimo no decorrer do texto.

A relação profissional de saúde-paciente é construída por meio da comunicação, verbal e não verbal, estabelecida no contexto em que essa interação acontece (Soar Filho, 1998). A qualidade dessa comunicação, acompanhada de um bom vínculo terapêutico e da sensibilidade do profissional em perceber o contexto na totalidade, é propulsora de uma eficiente atenção à saúde integral do paciente. Balint (1956/1988) adverte que por mais aprimorada que seja uma técnica, ela tenderá a ser inócua ou alienante se não for associada a uma boa relação profissional-paciente.

Há uma gama de variáveis que contribui para o desenvolvimento, positivo ou negativo, da relação entre pacientes e profissionais. Diversos autores são consonantes ao afirmar que essas variáveis pertencem frequentemente a quatro categorias: aspectos comunicacionais, atitudes dos profissionais de saúde, comportamentos do paciente e contexto em que a relação acontece (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008; Gomes, 2003; Lyons & Chamberlain, 2006; Marks et al., 2000; Martins, 2001; Porto, 2003; Soar Filho, 1998).

A comunicação em saúde pode ajudar a melhorar prognósticos em saúde, contribuir com a tentativa de eliminar as disparidades em saúde e promover mudanças comportamentais e sociais (Schiavo, 2007). De acordo com Glanz et al. (2008) as principais funções da comunicação no campo da saúde envolvem a troca de informações, a resposta às emoções, a gestão de incertezas, as relações de fomento, a tomada de decisões e permissão para que o paciente gerencie sua própria saúde.

Martins (2001) ressalta que em algumas situações, embora o profissional tenha a intenção de estabelecer um bom contato, fatores comunicacionais podem prejudicar o estabelecimento de uma relação de qualidade, proporcionando consequências negativas, como a não adesão ao tratamento proposto. A autora cita alguns fenômenos da comunicação que podem afetar negativamente a interação com o paciente, como: dar

declarações contraditórias, mudar bruscamente de assunto, fazer tangenciações, falar frases incompletas, fazer interpretações errôneas, ter um estilo obscuro e rebuscado na comunicação e o uso inadequado de metáforas. Além disso, Taylor (2000) afirma que muitas falhas de comunicação nos serviços de saúde advêm da violação de regras básicas de cortesia e relacionamento humano.

Pinto (2010) identifica como principais facilitadores da comunicação em saúde: compreender expectativas e experiências, construir vínculos, fazer recomendações contextualizadas, fornecer informações detalhadas, avaliar a compreensão do paciente e acompanhante, ter empatia, utilizar linguagem simples, falar pausadamente, prestar atenção aos comportamentos não-verbais, conhecer valores culturais, sociais e espirituais do paciente, usar a repetição de fala, ter atitude reflexiva, usar *checklist* e *role-play*.

As atitudes terapêuticas e os atributos dos profissionais de saúde desejáveis para que ocorra uma produtiva aliança de trabalho na relação com o paciente, são baseados principalmente em qualidades humanas, esperadas em qualquer relação, e princípios bioéticos, primordialmente presentes nas ações em saúde (Gomes, 2003; Porto, 2003; Soar Filho, 1998). Entre as qualidades humanas mais frequentemente citadas por esses autores estão: empatia, continência, humildade, respeito às diferenças, curiosidade, capacidade de conotar positivamente, capacidade de comunicação, flexibilidade, criatividade, paciência, solidariedade, integridade e compaixão. Quanto aos princípios bioéticos, são destacados: ética e sigilo, autonomia do paciente, beneficência, não-maleficência, justiça, consentimento esclarecido, atenção ao paciente e responsabilidade (Gomes, 2003; Porto, 2003).

Em relação aos comportamentos dos pacientes que influenciam na interação com os profissionais de saúde, reações emocionais são apontadas como variáveis de grande influência por Soar Filho (1998). Esse autor afirma que diante do desconhecido, de

situações estressantes, da dor e das limitações físicas, é uma tendência normal do ser humano reagir com algum grau de regressão e ansiedade.

Características pessoais e variáveis psicossociais dos pacientes também exercem influência na relação com os profissionais de saúde. As diferenças de variáveis psicossociais entre pacientes e profissionais de saúde influenciam, ainda que inconscientemente, as atitudes, percepções e principalmente a comunicação na interação da díade profissional-paciente (Dias, 2011).

Taylor (2000) afirma que entre os fatores do contexto em que a relação profissional de saúde-paciente acontece, o local do atendimento propriamente dito e a estrutura do sistema de saúde podem desgastar ou prejudicar a interação. É válido ressaltar que o conhecimento do contexto sociocultural e do sistema de saúde no qual profissional e paciente estão inseridos também pode influenciar na relação entre ambos.

A condição laboral dos profissionais da área da saúde também é apontada por alguns autores (Elias & Navarro, 2006; Pinho, Abrahão, & Ferreira, 2003; Pinho, Rodrigues, & Gomes, 2007; Soar Filho, 1998) como fator influenciador na qualidade da relação estabelecida com o paciente. O profissional insatisfeito com sua remuneração e atividades do cotidiano acaba transmitindo sua frustração para o atendimento prestado. O estresse é considerado intrínseco à prática dos profissionais de saúde, pelas próprias características da profissão. Assim sendo, outro aspecto do trabalho desses profissionais de saúde que pode influenciar na relação com os pacientes é a síndrome de *burnout*, caracterizada principalmente por uma exaustão emocional, pela despersonalização e pela redução da realização pessoal e profissional (Rodrigues & Campos, 2010).

É interessante observar o lugar de grande relevância que a temática da relação dos profissionais de saúde com seus pacientes tem ocupado em reflexões, pesquisas e ações nas mais diversas áreas da saúde, sob a perspectiva de que não é uma novidade. Muitos autores

ao discutirem esse assunto, retomam os primórdios das profissões de saúde, principalmente da Medicina, em que a relação médico-paciente encontrava-se como ponto central da cena (Balint, 1956/1988; Caldwell, 2002; Gomes, 2003; Porto, 2003; Soares & Camargo Jr., 2007). O que se observa, portanto, é um retorno em espiral ascendente, recuperando o que de bom e importante foi perdido e ampliando para as demandas da contemporaneidade.

Como já ressaltado, o interesse na interação que acontece entre paciente e profissional de saúde não é recente, são encontrados prenúncios desse interesse no histórico do cuidado profissional de saúde, todavia a intensificação das discussões e reflexões acerca dessa temática pode ser observada a partir da década de 1950, com destaque para os trabalhos de Balint na esfera internacional e Perestrello na esfera nacional (Aragaki & Spink, 2009).

Algumas profissões da saúde como Enfermagem, Medicina e Psicologia, se destacam na quantidade de pesquisas com essa temática, no entanto já é consenso que a relação com paciente possui influência na atuação de todos os profissionais da área e, portanto, atualmente notam-se trabalhos relacionados ao tema também nas demais profissões da saúde. Serão destacados a seguir aspectos específicos de cada profissão que é objeto de estudo deste trabalho: Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia.

A relação entre dispensador e paciente nas Ciências Farmacêuticas é vista como um ponto forte para a adesão e o desenvolvimento efetivo do tratamento medicamentoso (Pepe & Castro, 2000; Silva, Ribeiro, Navarro, & Zanini, 2011). Verifica-se a necessidade do resgate da relação farmacêutico-paciente, como um aspecto chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde, no qual a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação são componentes básicos desse processo, conforme ressaltam Arrais, Barreto e Coelho (2007).

Na Enfermagem, uma profissão que assume o cuidar como foco da sua ação, faz-se importante a qualidade da relação interpessoal entre os envolvidos, pois como afirmam Melo, Silva, Parreira e Ferreira (2011) não existe cuidar se não se estabelece uma relação de ajuda eficaz. Boemer e Sampaio (1997) ressaltam que por meio do vínculo estabelecido entre a equipe de enfermagem e o paciente é permitido conduzi-lo ao exercício de sua autonomia, como sujeito de seu tratamento. Uma boa relação entre enfermeiro, paciente e acompanhante pode amenizar preocupações e sofrimentos, levar bem estar aos acompanhantes e dar o suporte necessário à família (Lemos, Jorge, Almeida, & Castro, 2010; Pontes, Leitão, & Ramos, 2008). Esperidião (2001, 2003, 2005) defende em seus trabalhos que para estabelecer relações humanizadas com as pessoas que receberão assistência, é importante investir na abordagem holística como alicerce no processo de formação do profissional, valorizando a humanização do ensino.

Branco (2003) afirma que existem sinais rudimentares de uma preocupação com a relação médico-paciente desde os primórdios da Medicina. No entanto, o estudo científico dessa relação foi marcado pela década de 1950 (Branco, 2003; Araujo, 2009). Caprara e Franco (1999) comentam que, também nessa década, o psiquiatra Karl Jaspers enfatizou a necessidade de recuperar elementos subjetivos da comunicação entre médico e paciente, os quais foram esquecidos e perdidos no decorrer do desenvolvimento dessa ciência. O resgate da relação com o paciente como importante fator na adesão ao tratamento e promoção de saúde tem sido explicitado por diversos autores, como Arce (2008), Boutin-Foster e Charlson (2001), Canella (2010), Caprara e Franco (1999), Oliveira e Gomes (2004), Porto (2003), Reiners, Azevedo, Vieira e Arruda (2008). Nas décadas de 1960 e 1970, os trabalhos de Talcott Parsons sobre a relação médico-paciente e o consentimento informado – que abriu margem para a atual versão do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido usado em pesquisas com seres humanos – ilustram a preocupação com a figura do paciente na área da saúde (Caprara & Franco, 1999).

Encontra-se interesse na relação com o paciente em Nutrição principalmente nos temas relacionados à educação nutricional, focando na relevância dessa relação na adesão a uma prescrição dietética (Assis & Nahas, 1999; Duarte, 2012; Rodrigues, Soares, & Boog, 2005) e à formação humanizada do profissional (Soares & Aguiar, 2010; Pedroso, Sousa, & Salles, 2011). Ferreira e Magalhães (2007) apontam também que estratégias provenientes da relação nutricionista-paciente são fundamentais nas ações de promoção de saúde, criando espaços democráticos e participativos, com o objetivo de tentar responder melhor às demandas de saúde e nutrição da população.

Na formação e atuação de profissionais da Odontologia a constante busca da humanização e do respeito aos princípios éticos na relação entre profissional e paciente também têm sido veemente discutidos (Gonçalves & Verdi, 2007; Robles, Grosseman, & Bosco, 2008; Teixeira, 2006). A valorização da relação com um olhar para a pessoa do paciente em sua totalidade é expressa nas concepções atuais de que a cavidade bucal é parte integrante do corpo humano e de que a saúde bucal é muito mais do que a saúde dentária (Prado, Freitas, & Ribeiro-Rotta, 2003).

Em Psicologia, a relação com o paciente está no cerne da profissão em variados contextos de atuação e diferentes abordagens (Amatuzzi, 2003; Burow & Scherpp, 1985; Hycner, 1995; Remen, 1993; Rogers, 1992). Tendo em vista que o adoecer afeta a pessoa e não só o estado físico além de provocar transformações na dinâmica existencial do paciente, a Psicologia aplicada à saúde, disciplina estudiosa dessa interação, apresenta-se como disciplina essencial nas ações da área da saúde (Freitas, Stroiek, & Botin, 2010).

As influências da relação profissional de saúde-paciente no tratamento e prevenção das doenças e na promoção de saúde estão sendo cada vez mais estudadas. Marks et al.,

(2000) afirmam que a relação com o paciente está no centro das pesquisas sobre adesão ao tratamento e dos aspectos comunicacionais. Araujo (2009) considera que “estudos sobre comunicação e interação em saúde são de grande relevância para a implementação e o acompanhamento dos programas de intervenção em diferentes modelos assistenciais” (p. 3).

Ceccim e Merhy (2009) ressaltam que quando se analisa as práticas de atendimento nas instituições de saúde, geralmente aponta-se para as relações que são estabelecidas, seja na identificação de pontos positivos ou negativos. Esses mesmos autores afirmam que as propostas de centralidade no paciente nos contextos de saúde, significam “a centralidade no encontro/na interação, centralidade no contato com a alteridade” (p. 533).

No plano teórico e político, essa interação com o paciente é reconhecida como valiosa e crucial na construção de uma assistência humanizada (Nakano, 2013). A expectativa de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, está referida no marco-teórico político da Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2003).

1.3 Humanização na relação com o paciente

É importante ressaltar que falar de relação profissional de saúde-paciente é abordar o conceito de relação humana (Canto, Machado, & Manfroi, 2011; Gomes, 2003), portanto discutir sobre humanização do cuidado em saúde é ponderar a respeito do encontro entre seres humanos, em todas as suas facetas, cuja prioridade é a promoção da saúde (Gomes, 2003; Oliveira & Macedo, 2008). Barros e Cypriano (2008) definem a humanização como o resgate do respeito à vida humana.

Para Ceccim e Merhy (2009), a produção da atenção envolve a capacidade de acolher o outro, presente não apenas nos locais instituídos para as práticas cuidadoras,

sendo que “o acolhimento em alteridade (encontro) é um momento que tem em si certos mistérios, pela riqueza dos processos relacionais que contém, por ocorrer segundo razões muito diferenciadas e por não ser apreendido por nenhum saber exclusivo” (p. 535).

Para a assistência humanizada ser eficaz é preciso perceber o outro, reconhecer a alteridade, visto que é preciso considerar o paciente como sujeito do seu próprio cuidado e participe dos serviços de saúde (Rangel et al., 2011). A PNH descreve seu entendimento de humanização como:

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (Brasil, 2003)

Humanizar a saúde, portanto, é cuidar do paciente como um todo, incorporando, contextualizando e respeitando os seus valores, esperanças, aspectos culturais e preocupações (Oliveira & Macedo, 2008). Um objetivo da humanização, grifado por Barros e Cypriano (2008), é o resgate das relações entre profissional de saúde e paciente, dos profissionais entre si, da instituição com os profissionais e de todos esses com a comunidade.

Mesmo a humanização da saúde exigindo cuidar dos pacientes e seus familiares, dos profissionais que compõem a equipe de saúde e da instituição na qual estão inseridos, tanto nos aspectos do ambiente físico quanto da gestão, percebe-se que é dado enfoque maior aos pacientes, ficando de pano de fundo a humanização da produção da assistência

(Deslandes, 2004). Esse pode ser um dos fatores no retardo de uma implementação mais efetiva da humanização visto que más condições estruturais de trabalho dos profissionais de saúde, como uma remuneração ruim, excesso de carga de trabalho, falta de materiais e dificuldades gestoriais, influenciam negativamente no processo de humanização.

Soares e Camargo Jr. (2007) referem-se, ainda, à necessidade da democratização das relações entre profissionais de saúde e pacientes, como forma de resgatar a humanização nesse contexto. Uma cultura de humanização leva tempo para ser construída e envolve a participação de todos do sistema.

Deslandes (2004) acredita que apesar da polissemia do conceito de humanização da assistência e da amplitude das práticas intituladas humanizadoras, o processo já iniciado da humanização da assistência em saúde no Brasil e no mundo, com constantes discussões e tentativas de implementação do tema, pode propiciar melhorias efetivas na qualidade da atenção prestada à saúde.

Branch Jr. et al. (2001) definem humanismo na medicina como sendo as atitudes e ações do médico que demonstrem interesse e respeito pelo paciente e preocupação com o paciente e seus valores (psicológicos, sociais e espirituais). Entre essas atitudes, não só dos médicos e sim de todos profissionais de saúde, há que se ressaltar a comunicação, uma vez que sem ela não há humanização (Oliveira, Collet, & Viera, 2006).

1.4 Habilidades interpessoais para uma relação de qualidade com o paciente

A satisfação do paciente está associada mais com a percepção da competência pessoal e uma boa comunicação do que com competência técnica e mais informações (Marks et al., 2000). Taylor (2000) corrobora tal afirmação ao ressaltar que mesmo que os pacientes não tenham conhecimentos suficientes sobre medicina e padrões de atuação é

possível que eles façam uma avaliação do cuidado recebido por meio da interação estabelecida.

Dias (2011) destaca que para comunicar-se efetivamente é necessário conhecer e apoderar-se do estilo de comunicação da realidade da população atendida, buscar semelhanças e interesses comuns, fazer disso mecanismos de empatia, sem perder sua identidade profissional.

Assim, a empatia é uma habilidade reconhecida na literatura como necessária para uma relação de qualidade na assistência em saúde. Costa e Azevedo (2010) ressaltam que nas pesquisas das quais foi foco, a empatia médica apresentou correlações positivas com a melhoria da formação de profissionais de saúde e na efetividade das ações em saúde, o que constitui um grande estímulo a estudos no tema. Para Aguiar, Salgueira, Frada e Costa (2009) essa é uma competência multidimensional, que envolve a capacidade de identificar e perceber os pensamentos e sentimentos do paciente e tomar a perspectiva dele acerca do problema apresentado.

Barbier (2011) indica a escuta sensível como outra habilidade essencial na formação dos profissionais de saúde. A escuta sensível, segundo essa autora, reconhece e aceita incondicionalmente o outro. Trata-se de entrar em uma relação de totalidade com o outro, tomando-o em sua existência dinâmica. Assim como o conceito de *epoché* postulado pela Fenomenologia (Dartigues, 2005), a escuta sensível procura não interpretar e suspender todo julgamento que se tem no momento da interação. Amatuzzi (1990) acrescenta que a “simples” escuta tem efeitos transformadores surpreendentes. Essa foi a grande intuição da doutrina dialógica de Martin Buber e do pensamento clínico de Carl Rogers.

À medida que se avança nas pesquisas e reflexões sobre a temática da relação profissional de saúde-paciente, seja nos aspectos específicos de cada profissão da área da

saúde, seja na humanização dessa relação ou nas habilidades interpessoais necessárias para uma relação de qualidade, depara-se com a discussão da formação dos recursos humanos em saúde. Portanto, como afirma Esperidião (2003), uma maneira de embasar os futuros profissionais de saúde na construção de um relacionamento humano com o paciente é vivenciar a relação professor-aluno de forma significativa.

CAPÍTULO 2

FORMAÇÃO EM SAÚDE

Neste capítulo serão apresentados aspectos da formação em saúde a partir de um panorama da educação em saúde brasileira, seguidos de uma discussão sobre as metodologias promotoras de um ensino integral e aspectos da relação professor-aluno. Ao final, serão expostos aspectos sobre o ensino de habilidades interpessoais, a utilização de grupos na formação de recursos humanos em saúde, a formação para o trabalho em equipe e a avaliação das práticas em saúde.

2.1 Panorama da educação brasileira em saúde

Os avanços sobre o tema relação profissional de saúde-paciente podem, cada vez mais, serem observados na literatura nacional e internacional (Campos, Minayo, Akerman, Júnior, & Carvalho, 2009; Kickbush, 2003; Schiavo, 2007; Wright, Sparks, & O’Hair, 2008). No entanto, ao olhar para o contexto educacional das ciências da saúde na atualidade, apesar de tentativas em algumas universidades de promover um ensino mais humanizado compreendendo o homem em sua totalidade (Branco, 2003; Costa, Canela, Drumond, Dias & Santa, 2010; Mello Filho & Burd, 2010), estudos apontam uma priorização da educação teórica e técnica (Caprara, 2004; Rocco, 2010; Sucupira, 2007; Traverso-Yépez & Moraes, 2004). Araújo (2011) afirma que “parece haver uma distância entre a concepção de conhecimento dominante nas escolas e os atuais requerimentos exigidos dos profissionais, caracterizando um abismo entre teoria e prática” (p. 63).

Considerando que a história brasileira de formação e exercício profissional em saúde é marcada pelo desenho flexneriano de ensino e trabalho (Brasil, 2004), identifica-se a necessidade de que os currículos, os cenários e as estratégias de ensino-aprendizagem

sejam repensados e reestruturados, assim como o processo de avaliação da aprendizagem seja ressignificado (Pagliosa & Da Ros, 2008). A promoção dessas mudanças visa uma aproximação da formação dos recursos humanos em saúde aos conceitos e princípios que possibilitarão atenção integral e humanizada à população brasileira (Brasil, 2004).

Embora a necessidade de desenvolvimento de recursos humanos em saúde e as reflexões acerca desse tema estejam, cada vez mais, se destacando na área da saúde, o lugar que ocupam nos processos de transformação que vêm ocorrendo nessa área ainda é de segundo plano (Pagliosa & Da Ros, 2008). A formação dos profissionais de saúde continua, na sua maioria, desvinculada da reorganização dos serviços, da redefinição das práticas de atenção e dos processos de reforma da saúde.

Na era contemporânea, os avanços tecnológicos e as consequentes transformações sociais têm causado impacto nas relações homem-mundo e homem-homem, implicando na busca emergente de novas formas de compreensão e atuação desse homem no mundo. Diante da produção veloz de conhecimento, do caráter provisório das verdades, das mudanças de valores, da influência vertiginosa dos meios de comunicação, entre outros, torna-se imprescindível rediscutir os processos de ensino-aprendizagem necessários à formação para o trabalho no campo da saúde (Mitre et al., 2008).

A literatura tem registrado o relacionamento interpessoal humanizado como baluarte para iniciativas tanto da assistência de saúde quanto de processos de ensino-aprendizagem (Branco, 2003; Esperidião, 2001; Lilienthal, 2004; Mello Filho & Burd, 2010; Rossi, 2004). Observa-se a valorização de aspectos humanísticos na formação e capacitação de recursos humanos em saúde com abordagens mais sistêmicas e integradoras. Essa premissa é explicitada inclusive em propostas do Governo Federal brasileiro com as novas diretrizes curriculares que orientam a formação de profissionais de saúde comprometidos com uma postura crítica, reflexiva e ética-humanística (Brasil,

2001a) e com as diretrizes do HumanizaSUS (Brasil, 2003) e do AprenderSUS (Brasil, 2004), as quais versam sobre a humanização da atenção à saúde e a orientação das graduações em saúde para a integralidade do ensino, respectivamente.

Visando aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, uma vez entendida que a eficácia das tecnologias e dos dispositivos organizacionais na área da saúde está subordinada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento, o Ministério da Saúde brasileiro aprovou em 2001 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (Brasil, 2001b).

Entre as ações propostas por esse programa está a formação educacional dos profissionais de saúde, cuja avaliação da época era que se encontrava bastante deficiente no que se refere à questão da humanização do atendimento. De acordo com o PNHAH “é no processo de formação que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde” (Brasil, 2001b, p. 5).

Para auxiliar na efetivação da PNHAH, foi elaborada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) visando colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde, para produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar – HumanizaSUS. Os princípios dessa política são: a transversalidade; a indissociabilidade entre atenção e gestão; e o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos (Brasil, 2003).

Entre as inovações em saúde almejadas pelo HumanizaSUS estão o compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde, e a luta por um SUS mais humano, construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um (Brasil,

2003). Tais medidas, ainda que efetivas na discussão e revisão de modelos de atendimento, evidenciaram a necessidade de investimento anterior ao ingresso de profissionais no mercado de trabalho.

Em 2004, objetivando uma mudança na formação dos profissionais de saúde no âmbito do ensino de graduação para formar profissionais para o SUS, o Ministério da Saúde propôs o AprenderSUS com as seguintes estratégias de ação: adoção da integralidade como eixo da mudança na formação de graduação, atuação conjugada pelos Ministérios da Saúde e da Educação, financiamentos para apoiar processos de mudança nas relações institucionais da educação superior com as redes de gestão, de atenção e de controle social do SUS, e sistematização de experiências que mostrem ser possível produzir benefícios de curto prazo para a formação, para o exercício profissional e para os serviços de saúde (Brasil, 2004).

Complementar às ações do Governo Federal brasileiro em direção a um serviço de saúde humanizado, em 2001 foram divulgadas as novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação, as quais objetivam:

levar os estudantes de 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. (Brasil, 2001a, p. 4)

A despeito de todas as estratégias elaboradas, em 2009, no balanço dos 20 anos de SUS, observou-se que entre os maiores problemas do sistema ainda estão a questão não resolvida dos recursos humanos em saúde e a persistência do modelo médico hegemônico (Vaitsman, Moreira, & Costa, 2009). Sabe-se que algumas propostas de mudança levam

certo tempo para produzir efeitos, mas mesmo assim é preciso refletir se estamos fazendo o que pode ser feito.

Em sua pesquisa com estudantes de cursos da área da saúde, Dias (2011) identificou que pouca atenção foi dada pelos estudantes ao princípio da humanização, o que reforça a necessidade de explicitação desse tema nos processos envolvidos com a prática em saúde. “Trabalhar a ampliação e o entendimento deste conceito nos cursos de formação de profissionais de saúde é tarefa que desafia a educação” (p. 101).

Amâncio Filho (2004) assegura que é necessário aprofundar a reflexão sobre os meios e os modos como a formação profissional na área da saúde vem ocorrendo, isto é, verificar “se os conteúdos curriculares e as metodologias de ensino utilizadas permitem ao aluno apreender tanto os procedimentos técnicos indispensáveis ao exercício profissional como, também, desenvolver visão crítica em relação ao processo de trabalho e ao mundo que o circunda” (p. 379).

Traverso-Yépez e Morais (2004) consideram que:

concepções e práticas de saúde humanizadas e comprometidas socialmente são mais prováveis de surgirem em escolas humanizadas e preocupadas com as necessidades da população, que incentivem o desenvolvimento da sensibilidade por parte de seus estudantes para uma ação mais participativa dos pacientes/clientes. É necessário, portanto, não apenas uma reformulação estrutural, mas também conceitual e ideológica desse processo. (p. 333)

Desse modo, a formação em saúde deve ser capaz de desencadear uma visão da totalidade, com a expansão da consciência individual e coletiva, influenciando em transformações das práticas sociais coerentes com as demandas dos atuais usuários dos serviços de saúde (Mitre et al., 2008).

Em revisão sistemática da literatura, realizada pela pesquisadora, sobre estudos empíricos brasileiros com experiências de formação humanizada dos profissionais de saúde no contexto da graduação, na Biblioteca Virtual em Saúde, apenas sete trabalhos atenderam aos critérios de inclusão, no entanto a busca automática inicial encontrou 2.164 trabalhos entre artigos, teses e dissertações no período de 1990 a 2011. Como não houve restrição de base de dados na primeira busca dos artigos, quase todos estavam repetidos em uma ou mais bases, o que provocou essa redução significativa do número de trabalhos de uma etapa para outra. Excluídas, portanto, as repetições, os artigos que não estavam na íntegra no idioma português, que não tinham dados empíricos e/ou que não descreviam o contexto da graduação brasileira, foi realizada análise da relação entre os objetivos de cada estudo e o propósito dessa pesquisa, tendo como foco a formação humanizada, para exclusão dos artigos não pertinentes.

Como principais temas identificados na introdução dos artigos, após análise de conteúdo, tem-se: humanização, conhecimentos técnicos *versus* conhecimentos relacionais, mudanças curriculares e metodologias de ensino diferenciadas, diretrizes do Governo Federal e integralidade.

O tema humanização teve unanimidade nos artigos analisados, sendo debatido sob diversos aspectos: discussão sobre a prática humanizada, atitude humanística dos profissionais de saúde, valores humanísticos, humanização das relações no contexto de saúde, formação humanizada e humanística, e a humanização do parto, que foi evidenciada em um artigo, especificamente (Bastos & Proença, 2000; Benedetto, 2010; Esperidião, Munari, & Stacciarini, 2002; Hotimsky & Schraiber, 2005; Moimaz, Saliba, Zina, Saliba, & Garbin, 2010; Moretti-Pires, 2009; Trindade, Almeida, Novaes, & Versiane, 2005).

Entre os sete artigos selecionados nessa revisão, seis abordaram a dialética do tema conhecimentos técnicos *versus* conhecimentos relacionais. A maioria dos autores afirmou

sobre a importância de proporcionar um ensino com conhecimentos técnicos indispensáveis para o exercício das profissões de saúde, mas também com conhecimentos relacionais imprescindíveis para lidar com os pacientes que receberão a assistência de saúde (Bastos & Proença, 2000; Benedetto, 2010; Esperidião et al., 2002; Hotimsky & Schraiber, 2005; Moretti-Pires, 2009; Trindade et al., 2005). Hotimsky & Schraiber (2005) afirmaram que essas duas dimensões gozam de valorização desigual tanto no ensino quanto no próprio exercício do trabalho.

Outro tema também citado por seis dos sete artigos foi: mudanças curriculares e metodologias de ensino diferenciadas. Bastos e Proença (2000) ressaltaram que a subjetividade que a prática de saúde impõe merece ser curricularmente contemplada com a mesma ênfase dada à objetividade dessa prática. Esperidião et al. (2002) afirmaram que situações nas quais se possibilita ao aluno perceber-se enquanto pessoa e mostrar-se não somente como profissional, são reconhecidas como contribuições significativas para sua formação. Hotimsky e Schraiber (2005) comentaram sobre a variabilidade das grades curriculares dos cursos da área da saúde brasileiros, sendo que aspectos de humanização legitimados pelo Governo Federal ainda encontram poucos espaços em algumas escolas. Trindade et al. (2005) identificaram a necessidade das mudanças curriculares e afirmam que atualmente as escolas têm aberto espaço para práticas reflexivas que permitem ao estudante discutir as vivências emocionais no atendimento ao paciente. Benedetto (2010) discutiu a metodologia de ensino chamada Medicina Baseada em Narrativas ou *Narrative Medicine*. Moimaz et al. (2010) afirmaram que o processo de ensino-pesquisa-extensão realizado com a imersão dos sujeitos em cenários reais possibilita um ensino mais integrado.

Como já ressaltado, desde a criação do SUS em 1988, várias diretrizes do Governo Federal têm direcionado tanto a assistência de saúde quanto os processos de ensino-

aprendizagem das profissões de saúde. O tema diretrizes do Governo Federal foi discutido nos trabalhos de Hotimsky e Schraiber (2005), Moimaz et al. (2010) e Moretti-Pires (2009), mais especificamente diretrizes como a Estratégia Saúde da Família (ESF), as novas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde e a humanização do parto.

Na referida revisão, o tema integralidade apareceu nos trabalhos selecionados tanto em relação ao atendimento integral e a consolidação do princípio da integralidade na saúde, quanto na visão de integralidade do ser humano em consonância com o modelo biopsicossocial. Essa última visão esteve presente tanto ao se falar da totalidade do paciente quanto em relação à totalidade do aluno (Benedetto, 2010; Esperidião et al., 2002; Moretti-Pires, 2009).

Tais registros comprovam preocupações consonantes com carências da assistência em saúde e merecem destaque por representarem as poucas experiências empíricas registradas. Acredita-se que muitas iniciativas de implementação de uma formação humanizada têm sido desenvolvidas por professores em universidades brasileiras, no entanto existe a necessidade de descrever e publicar o que está sendo feito no meio científico, além de procurar avaliar as diferentes propostas e estratégias de ensino, agregando, desta forma, maior valor a essas iniciativas.

Uma análise global dos textos permite afirmar a necessidade de investir nos recursos humanos da saúde, uma vez que pode ser pouco funcional uma tecnologia de ponta nas mãos de profissionais não capacitados, enquanto bons profissionais conseguem realizar assistência com recursos precários. Os resultados encontrados evidenciam a necessidade de consolidação da visão de integralidade da saúde brasileira com práticas de capacitação dos recursos humanos que promovam transformações na qualidade da assistência à saúde dos pacientes.

S. H. Batista (2004) traduz o desafio da formação e atuação na seguinte questão: “Como ser um profissional da saúde crítico, reflexivo, que sabe e valoriza trabalhar em equipe, se as situações de aprendizagem na graduação se pautam na transmissão e repetição dos conteúdos?” (p. 63).

Tem-se observado iniciativas de transformação nos processos de formação profissional em saúde principalmente fundamentadas nas metodologias ativas, as quais surgem em contraposição às metodologias tradicionais de ensino-aprendizagem. Essas metodologias pretendem suprir a necessidade atual de “formar profissionais como sujeitos sociais com competências éticas, políticas e técnicas e dotados de conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades” (Mitre et al., 2008, p. 2135).

2.2 Metodologias para um ensino integral em saúde

Branch Jr. et al. (2001), por meio de pesquisa sobre o ensino de dimensões humanísticas do cuidado durante a formação de médicos, concluíram que o método de *active learning* (aprendizagem ativa) pode ser a forma mais eficaz para promover as competências humanísticas. Esse método, uma forma de metodologia ativa, consiste em planejar uma ação, praticá-la, ser observado enquanto a realiza, receber *feedback* útil sobre sua atuação, refletir sobre seu desempenho e depois repetir este ciclo.

Entre as metodologias ativas que têm ganhado destaque no cenário educacional brasileiro estão as pedagogias problematizadoras, as quais trabalham com situações complexas para o desenvolvimento dos processos de ensinar e aprender. A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP, sigla em português correspondente a PBL - *Problem Based Learning*), inicialmente adotada no Canadá no final dos anos sessenta, é o exemplo de

pedagogia problematizadora mais difundido nas universidades brasileiras. Essa modalidade possui como principais aspectos a aprendizagem significativa, a indissociabilidade entre teoria e prática, o respeito à autonomia do estudante, o trabalho em pequenos grupos, a educação permanente e a avaliação formativa (Siqueira-Batista & Siqueira-Batista, 2009).

As situações a serem estudadas mediante essa metodologia precisam emergir de cenários reais, por meio de observações e/ou relatos, proporcionando assim uma visão comprometida com a relação educação e sociedade. Outro aspecto da educação problematizadora é que se fundamenta na relação dialógica entre educador e educando, possibilitando o aprendizado conjunto (Pereira, 2007; Vignochi, Benetti, Machado, & Manfroi, 2009).

Esses aspectos primordiais da ABP equiparam-se a princípios de uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem considerada com “uma espécie de vetor de saúde e educação” (Lilienthal, 2004, p. 64) que é a Gestaltpedagogia. Costa (2002) afirma que essa abordagem favorece a superação de práticas educativas habituais, na medida em que procura atingir um currículo e uma metodologia que contemplem os campos cognitivos e afetivos da aprendizagem, facilitando a integração entre teoria e prática. Burow e Scherpp (1985) citam como objetivos dessa pedagogia o estímulo à autonomia, à autorresponsabilidade, à consciência e ao desenvolvimento do potencial humano no aluno, valorizando o aspecto emocional no processo de aprendizagem, focando na unidade do indivíduo com o meio, e incentivando a relação professor-aluno. Lilienthal (2004) aponta a Gestaltpedagogia como apropriada para trabalhos que promovam ações que envolvam saúde e educação. Essa modalidade de ensino vai ser mais amplamente discutida no terceiro capítulo dessa revisão de literatura. Tanto a ABP quanto a Gestaltpedagogia incentivam a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas proporcionando um aprendizado significativo à vida.

Essas metodologias parecem romper com problemas já identificados na formação de recursos humanos em saúde, como o ensino predominantemente transmissivo, o aluno passivo ante a construção do conhecimento, a fragmentação de conteúdos, entre outros, e contribuir com uma formação que atenda às mudanças nos perfis de atuação em saúde, devido às transformações sociais contemporâneas que implicam em mudanças desde a concepção do binômio saúde-doença à inserção de tecnologias de ponta no cotidiano das profissões das ciências da saúde (N. A. Batista, 2004).

Branch Jr. et al. (2001) alertam que antes de aplicar qualquer método de ensino é importante que se observem os currículos informais/ocultos presentes na instituição. Esses elementos raramente são explicitamente reconhecidos, mas afetam profundamente os comportamentos e atitudes adquiridos. Os currículos informais e os costumes culturais expostos por estudantes, professores e gestores em uma instituição transmitem mensagens fortes que são aprendidas e internalizadas. Essas mensagens podem ter um impacto mais educativo do que as lições ensinadas pela faculdade no currículo formal.

Apesar do currículo informal aparecer mais em relação à transmissão de características indesejáveis, isto não é uma regra. Atitudes humanísticas, comunicação adequada e boas condutas podem ser transmitidas de maneira informal. Profissionais em ambientes de treinamento podem não ser capazes de fazer muito para mudar a cultura total de uma instituição, mas podem afetar a cultura local de sua equipe. Se vários profissionais contribuírem, há um efeito multiplicador que pode alterar o clima institucional (Branch Jr. et al., 2001).

O ensino crítico, reflexivo, cientificamente rigoroso, eticamente comprometido, com visão integrada e caráter humanizador parece incorporar dimensões como: compromisso de garantir conteúdos sólidos; interação dialógica com os alunos; metodologias que possibilitam interações produtivas; perspectiva da avaliação como

acompanhamento da aprendizagem; trabalho coletivo; inserção institucional; produção de conhecimento; e docência como objeto de pesquisa (S. H. Batista, 2004). Vignochi et al. (2009) afirmam que o processo de mudança da educação traz desafios como “formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos” (p. 46).

Para Ceccim e Merhy (2009) muitas vezes, sob a denúncia profissional da não adesão dos pacientes à prescrição, às orientações ou à terapêutica, está a denúncia da oferta fragmentada, particularizada e corrompida da arte da clínica. Fazendo uma analogia com a Medicina Baseada em Evidências, Porto e Dantas (2003) sugerem que o contato direto com o paciente permite um aprendizado especial e diferente de como cuidar de doentes, que poderia ser chamado de Medicina Baseada em Vivências (MBV).

Para esses autores, a arte clínica pode ser apresentada por meio de uma fórmula matemática: $AC = E [MBE + (MBV)^2]$. O componente principal da fórmula é a Ética (E), já que ela oferece o verdadeiro sentido a todo ato de atenção à saúde, nas profissões que estão a serviço do bem estar do ser humano. A Medicina Baseada em Evidências (MBE) ocupa um lugar na fórmula porque fornece informações válidas e úteis para estudar as doenças, os exames complementares e alguns tratamentos, mas não é o seu componente mais importante. Como elemento mais destacado da equação aparece a Medicina Baseada em Vivências (MBV), resultante da prática profissional, da perspicácia, do bom senso, da comunicação com o paciente e da capacidade de julgamento, entre outros fatores. Como esse componente é o marcador da qualidade da Arte Clínica, vale dizer, da prática médica, deve ser elevado ao quadrado. Essa equação mostra que Arte Clínica é cuidar dos pacientes dentro de elevados padrões éticos e científicos, com uma visão humanística (Porto & Dantas, 2003).

É válido lembrar que o processo educativo também é uma relação entre seres humanos, com todas as sutilezas que caracterizam essa relação, e que aprender e ensinar constituem atividades muito próximas da experiência humana (Canto et al., 2011; Pereira, 2007; Santos, 2005). S. H. Batista (2004) acentua que o processo de ensino-aprendizagem envolve quem aprende, quem ensina e também a própria relação no ensino-aprendizagem.

Santos (2005) enumera três relações fundamentais que se estabelecem no processo pedagógico do ensino superior: entre os sujeitos do processo educativo, com o conhecimento e com a sociedade. Esse autor enfatiza que a interação entre docentes e discentes é fundamental e decisiva no processo educativo do ensino superior.

Atenta à necessidade de fortalecimento do ensino na saúde no Brasil, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível superior (CAPES), em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, tornou público o Edital nº 024/2010 - Pró-Ensino na Saúde (www.capes.gov.br). O interesse de diferentes instituições em atender a essa chamada, evidenciado pelo número de projetos apresentados, trouxe à tona diferentes ângulos dessa realidade da formação profissional para a área de saúde.

A Universidade de Brasília respondeu ao Edital com o projeto “Fortalecimento do Ensino na Saúde no contexto do SUS: Uma proposta interdisciplinar da Universidade de Brasília na Região Centro-Oeste”, integrando duas unidades acadêmicas, o Instituto de Psicologia e a Faculdade UnB de Ceilândia, numa perspectiva interdepartamental e interdisciplinar. Com a aprovação da proposta, seleção específica foi feita para candidatos com formação ou atuação na área de saúde para os cursos de mestrado e doutorado. Inscreveram-se 40 candidatos para o Mestrado e 30 para o Doutorado, tendo sido aprovados 11 para o Mestrado e nove para o Doutorado. A alta procura pelos cursos mostra que os profissionais também encontram-se engajados na revisão de práticas e

procura de mecanismos e espaços acadêmicos para a integração entre o saber acadêmico e a rede de serviços e de atenção à saúde. Espera-se que o conhecimento oriundo dessa experiência fomente a formação de alto nível de profissionais da saúde e a democratização do acesso a fazeres inovadores no ensino em saúde.

2.3 A relação professor-aluno e implicações para a prática profissional em saúde

Branch Jr. et al. (2001) apontam que apesar de repetidos apelos sobre a importância da humanização do cuidado em saúde durante a formação de profissionais, são pouco conhecidas técnicas realmente eficazes de se fazer isto. A técnica que se supõe em que o humanismo mais comumente é aprendido pelos estudantes é por meio da observação, tendo os membros do corpo docente como modelos. No entanto, se a atuação praticada atualmente ainda está pautada no modelo biomédico, esse será, portanto, o modelo aprendido.

Para Muniz e Chazan (2010), o professor que não escuta o aluno falha no método e oferece um modelo de não comunicação. Para esses autores, a conduta que o professor demonstra no encontro professor-aluno, tem muito mais alcance do que o que é dito. Branch Jr. et al. (2001) afirmam que encontrar um jeito de ser verdadeiro e humanizado nas interações com os estudantes, pode ser tão eficaz quanto tentar se expressar humanisticamente nas interações de cuidado com os pacientes. Remen (1993) admite que, muitas vezes, o aspecto humanístico é adotado apenas intelectualmente, não sendo demonstrado nos atos.

Alguns autores (Esperidião, 2003; Muniz e Chazan, 2010) têm consonância na afirmação de que as experiências vivenciadas durante a formação acadêmica influenciam sobremaneira a prática profissional. Se o professor for incapaz de se relacionar com o estudante, de ouvi-lo, de estabelecer com ele uma relação de franqueza e confiança, poderá

ser esse o modelo apreendido e internalizado (Muniz e Chazan, 2010). Rogers (1973) ressalta a importância da valorização de aspectos intersubjetivos da relação professor-aluno, considerando a pessoa como foco.

Entre os resultados de uma pesquisa feita por Aragaki e Spink (2009) está a afirmação de um profissional de saúde (que é professor de medicina) de que “a relação professor-aluno é a base da relação médico-paciente; de alguma forma, os alunos tratam os pacientes da mesma forma com que são tratados pelo professor” (p. 92).

Porto (2006) anuncia que há uma necessidade de integrar os conhecimentos biomédicos na perspectiva das ciências humanas e sociais, e que isso vai demandar mudanças educacionais e pesquisas na interface entre as ciências biológicas que formam a estrutura central das profissões da área da saúde e as ciências que abrangem os aspectos culturais e socioeconômicos inevitavelmente associados à saúde e às doenças. Aguiar e Ribeiro (2010) afirmam que “a melhor articulação entre teoria e prática na formação depende da construção coletiva de um saber sobre o que constitui o conhecimento profissional e de como os profissionais aprendem e desenvolvem sua expertise” (p. 372).

Segundo Branch Jr. et al. (2001), um clima de aprendizado humanístico inclui tratar os alunos com respeito, atender suas necessidades humanas, ter espaço para *feedback* e estabelecer uma atmosfera de confiança e aprendizagem colaborativa entre professores e alunos. Sonzogno (2004) enfatiza a afetividade na relação professor-aluno, afirmando que as marcas que os professores geralmente deixam nos estudantes são afetivas, sejam elas positivas ou negativas.

Kern et al. (2005) alertam que apesar de alguns métodos eficazes de ensino de habilidades interpessoais estarem sendo desenvolvidos e usados em muitas universidades, os conhecimentos, habilidades e atitudes ensinados nos currículos muitas vezes não são

ensinados e reforçados em ambientes de atuação profissional, o que pode ocasionar uma extinção de atitudes humanistas fomentadas na formação.

Branch Jr. et al. (2001) salientam que para ensinar algo diferente da forma como foi aprendido é requerido esforço, disponibilidade, autorreflexão e pensamento crítico. Outra questão remete à grande parte dos professores da área da saúde que não possuem qualificação formal em educação, a qual não é exigida para conceber e desenvolver as atividades de ensino-aprendizagem (Batista & Batista, 2004; Vignochi et al, 2009).

Assim sendo, tanto na relação do profissional de saúde com seu paciente quanto na relação do professor com os estudantes de cursos da área de saúde, expressa-se uma necessidade de focar no desenvolvimento tanto de competências técnicas quanto relacionais, proporcionando uma formação integral desses estudantes-profissionais (Esperidião, 2001). Isso ocorre porque a necessidade de oferecer uma assistência integral ao paciente traz para o profissional de saúde a importância da consideração dos aspectos psicossociais envolvidos no processo saúde-doença, fazendo com que a interação estabelecida seja alvo de preocupação no sentido de fornecer elementos para o processo de decisão compartilhada em relação às propostas de intervenção.

2.4 Ensino de habilidades interpessoais e avaliação das práticas

A busca, a reflexão e as propostas de intervenção sobre quais são as melhores maneiras de se ensinar habilidades interpessoais a profissionais de saúde em formação são atitudes, relativamente, recentes na área da saúde (Canesqui, 2007; Haskard et al., 2008; Kestenberg, Reis, Motta, Caldas, & Rodrigues, 2006).

Esperidião (2001) afirma que cuidar da competência interpessoal do aluno é tão importante quanto o desenvolvimento das habilidades técnicas específicas de cada profissão. O aprender saudável requer uma alternância rítmica entre uma educação

emocional e uma educação técnica, entre o ensino de tecnologias leves e duras (Merhy & Franco, 2003). Carvalho e Ceccim (2009) observam que o grande investimento que tem sido feito em tecnologias instrumentais como recursos para a atuação em saúde não pode cegar os profissionais de saúde da relação na assistência ao paciente em uma relação ética com a vida.

Ainda em relação à temática das tecnologias, um termo que vem recentemente ganhando importância dentro e fora da academia, é o de tecnologia social. De acordo com Mezzacappa e Zanin (2011) trata-se de um método participativo para desenvolver tecnologia voltada à resolução de demandas sociais específicas. Tourinho e Bastos (2010), em uma análise da Pós-graduação em Psicologia no Brasil, ressaltam que as iniciativas de transferência de conhecimento psicológico de ponta para os setores sociais podem não estar assumindo a forma de tecnologias sociais (formalizadas e validadas), como preconiza o atual Plano Nacional de Pós-graduação (Brasil, 2010), o qual enfatiza a necessidade de articular o desenvolvimento científico com o desenvolvimento tecnológico.

Segundo Coelho Filho (2007) “muitos médicos dariam o melhor de si na consulta se tivessem sido efetivamente treinados quanto a aspectos da relação médico-paciente” (p.632). Dias (2011) complementa que esta ideia é uma realidade que também se aplica às demais categorias de profissionais de saúde. Mas, parece que ainda é pouco destacado o enfoque de como proporcionar esse treinamento, pois sem recursos interativos e práticos, incorporando a tecnologia existente relacionada ao encontro do profissional de saúde com o paciente, o ensino da relação com o paciente fica retórico (Coelho Filho, 2007; Kirschbaum, 2012).

Araujo (2009) atenta para o fato de que o treinamento para procedimentos em saúde, para todas as categorias profissionais, deve necessariamente ser acompanhado do treinamento de habilidades de comunicação. Comunicar-se é intrínseco à natureza humana

e está na base suas relações (Araújo, 2011). Estudos apontam que habilidades de comunicação voltadas para intervenções no contexto de saúde, não são adquiridas com o tempo e sim com um ensino específico (Araújo, 2011; Silva, 1993, 2010). Branch Jr. et al. (2001) acreditam que as habilidades para melhorar a interação e a comunicação médico-paciente são ensinadas de forma mais eficaz quando usados métodos de aprendizagem ativa.

Costa e Azevedo (2010) destacam a empatia dentre os vários aspectos que compõem a relação com o paciente. Essa habilidade tem sido considerada como um atributo necessário aos profissionais que prestam algum tipo de ajuda, pois de acordo com Falcone (1999), ao adotarem uma atitude empática, esses profissionais contribuem para aumentar a autoestima de seus pacientes, favorecendo o vínculo terapêutico e a adesão ao tratamento. Em pesquisa realizada por Costa e Azevedo, a transmissibilidade da empatia na formação de novos médicos foi apontada mais no contexto de modelo e exemplo que é oferecido aos estudantes do que algo de fato ensinado e aprendido.

Para Torres e Sandoval (2003) saber escutar o paciente constitui-se em uma atitude eficaz que pode potencializar a construção do vínculo entre os profissionais de saúde e o paciente, assim como, auxiliar na melhoria do estado emocional em que o paciente se encontra. Cardoso (2002) destaca alguns obstáculos na prática de uma escuta que tem observado em trabalhos de supervisão com jovens profissionais: ausência de reflexão sobre a qualidade de sua escuta por parte do profissional, inabilidade do profissional para lidar com o diferente, fragilidade emocional do profissional e ansiedade do profissional por resolver, de forma imediata, as dificuldades do paciente.

Barbier (2011) enumera pontos para serem transmitidos na formação de uma escuta sensível: levar tempo escutando o paciente, sem intencionalidade, nos momentos cruciais de evolução da enfermidade; evitar tratar o paciente como criança; nunca esquecer a

influência da família sobre o estado de espírito do paciente; nunca esquecer a cultura específica do paciente; usar tempo para falar com toda a equipe de saúde; e buscar a participação de um especialista de ciências humanas, como psicólogo e assistente social.

Além do desenvolvimento de habilidades interpessoais e do conhecimento técnico específico de cada profissão, Martins (2001) afirma que para uma prática futura satisfatória, é importante que o estudante tenha oportunidade para trocar ideias, angústias e dúvidas em um ambiente aberto e propício.

Estudos mostram que existe uma apreciação dos estudantes da área da saúde sobre a aprendizagem em pequenos grupos, nos quais a confiança pode ser estabelecida para permitir uma reflexão profunda e crítica sobre possíveis problemas a serem enfrentados durante o treinamento da prática profissional (Branch Jr et al., 2001; Branco, 2001; Esperidião, 2005; Mello Filho & Burd, 2010).

Essa apreciação dos estudantes corrobora com o destaque que pesquisadores de grupos dão à natureza gregária do ser humano. Yalom e Leszez (2006) afirmam que a necessidade humana de se relacionar com outras pessoas é tão básica quanto qualquer necessidade biológica. Para Lewin (1973), um pioneiro no estudo das dinâmicas grupais, o grupo é para o indivíduo um dos elementos determinantes de seu espaço vital. Esse conceito é definido pelo autor como sendo a totalidade dos fatos que determina o comportamento do indivíduo num certo momento.

O processo grupal é uma amostra do processo social uma vez que a visão do outro auxilia na própria visão de si e facilita a percepção das influências familiares, sociais e culturais. O grupo é um organismo vivo com características próprias dos componentes que o constituem; é uma unidade complexa, na qual podem ser trabalhadas as relações interpessoais sob diversos aspectos. É um espaço de acolhimento e de construção da

individualidade humana, pois no grupo cada membro afeta o outro e é afetado pelo conjunto (Ribeiro, 1994).

O grupo como ferramenta de aprendizagem também aparece nas características identificadas por Ruiz-Moreno (2010) em situações de aprendizagem favorecedoras de um aprender significativo:

metodologias diversificadas, em que as dimensões inter e intrasubjetiva sejam contempladas; conteúdos que possam representar o acesso a conhecimentos relevantes; desenvolvimento de propostas que invistam na contextualização da aprendizagem; e valorização do grupo como um espaço que fortalece a aprendizagem. (pp. 63-64)

Tanto as pedagogias problematizadoras quanto as propostas pedagógicas de Paulo Freire incentivam a formação de grupos de discussão, onde o professor se coloca no mesmo nível de importância em relação aos alunos, no papel de animador da discussão, numa relação de diálogo (Freire, 1968/2012; Pereira, 2007).

Para Ruiz-Moreno (2010) a participação em redes grupais e a possibilidade de perceber os múltiplos olhares, são competências necessárias na formação de profissionais de saúde, como pessoas capazes de reconhecer ativa e criticamente a realidade em que atuam e exercer ações criativas e transformadoras.

A utilização de grupos na formação de recursos humanos em saúde pode também ser profícua na formação da concepção de trabalho em equipe em saúde, visto que mesmo se diferenciando de outros grupos pela sua composição, funções e tarefas, a equipe possui característica grupais (Queiroz & Araujo, 2009). Araujo e Negromonte (2010) afirmam que a vinculação grupal da equipe de saúde é condição para a desejada vinculação terapêutica em favor de seus pacientes.

Para atingir as metas da assistência integral à saúde, Queiroz e Araujo (2009) ressaltam a importância do trabalho em equipe multiprofissional. Formada por dois ou mais membros, sendo pelo menos um profissional, a equipe necessita de um líder identificado. De forma geral, pressupõe encontros regulares com comunicação direta e imediata, embora não exclua grupos que raramente ou nunca se encontram, pois as trocas podem ser feitas por intermédio de relatórios e registros. Possui um funcionamento baseado em uma estrutura organizacional, na qual os papéis de cada um são definidos. A equipe é centrada no paciente e orientada na tarefa (Queiroz, 2003; Queiroz & Araujo, 2009). Entretanto, faz-se mister refletir sobre a formação para o trabalho em equipe, uma vez que o agrupamento de profissionais não necessariamente assegura que eles funcionarão efetivamente como uma equipe (Cooley, 1994).

Como já citado, o AprenderSUS foi lançado visando modificar a forma de ensino, a fim de promover o diálogo do ensino de graduação nas profissões da área da saúde com a política do SUS (Brasil, 2004). Entretanto, apesar de alguns esforços, a discussão, os estudos e as práticas sobre a formação de profissionais para o trabalho em equipe, seja no ambiente da saúde pública ou privada, ainda são insuficientes (Paulin & Luzio, 2009).

Queiroz e Araujo (2009) ressaltam que são necessários mais conhecimentos sobre os processos subjacentes ao trabalho em equipe de saúde, tendo em vista seus limites e frequentes dificuldades. No entanto, também é primordial conhecer sobre como os profissionais de saúde podem ser formados para o trabalho em equipe, já que equipes são criadas, mas o trabalho em equipe desenvolve-se ao longo do tempo (Queiroz, 2003).

Para profissionais entrevistados por Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006), a humanização da equipe é condição prévia para a humanização do atendimento ao paciente. Para esses autores, a humanização como capacidade de compreensão e cuidado do paciente, só poderia ser atingida com a integração da equipe e a melhora na comunicação

entre os profissionais. Araujo e Negromonte (2010) acrescentam que se não houver a integração do corpo da equipe de saúde como um todo e se as vinculações, grupal ou terapêutica, não se elaborarem suficientemente, o cumprimento de seu projeto ficará prejudicado.

É reconhecida a importância do tema de avaliação no contexto de saúde. Diferentes métodos e técnicas são utilizados para avaliar as intervenções realizadas e os serviços prestados, e muitos estudos têm sido realizados com essa perspectiva (Bosi & Uchimura, 2007; Formigli, Costa & Porto, 2000; Pedrosa, 2004; Tanaka & Melo, 2004). No entanto, quando o foco é sobre a avaliação de práticas e intervenções no contexto de formação dos profissionais de saúde, observa-se uma escassez de material.

Vale indicar que na revisão sistemática da literatura sobre estudos empíricos brasileiros citada anteriormente, observou-se que quando a avaliação da prática foi realizada, essa era dirigida para investigação da percepção dos estudantes sobre a experiência, avaliando se havia sido válida ou não para sua formação, por meio de questionários ou entrevistas. Ressalta-se que não foi feita a análise desses resultados visando aprimoramento das atividades avaliadas. Nos artigos analisados naquela revisão, não foram encontradas avaliações sistematizadas das intervenções propostas na formação humanizada dos estudantes da área da saúde. Dos sete trabalhos analisados apenas três apresentaram algum tipo de avaliação, sendo que em dois foi pedida uma avaliação dos estudantes sobre a atividade pedagógica desenvolvida e em um foi feita uma avaliação de satisfação dos usuários com o serviço de saúde (Bastos & Proença, 2000; Benedetto, 2010; Esperidião et al., 2002; Hotimsky & Schraiber, 2005; Moimaz et al., 2010; Moretti-Pires, 2009; Trindade et al., 2005).

Para N. A. Batista (2004) “a avaliação da aprendizagem do aluno está diretamente ligada à avaliação do trabalho docente: ao avaliar o que o aluno aprendeu, o professor está

avaliando seu êxito ao ensinar” (p. 45). Desse modo, a formação efetiva dos profissionais de saúde passa pelo incremento da formação integral com metodologias diferenciadas e também pela avaliação dessas práticas, tanto no pólo do formador quanto dos que estão sendo formados.

CAPÍTULO 3

A RELAÇÃO DIALÓGICA DE MARTIN BUBER E A METODOLOGIA DE ENSINO DA GESTALTPEDAGOGIA

O presente capítulo apresenta a filosofia dialógica, com foco no conceito de Relação Dialógica segundo Martin Buber, e a metodologia de ensino desenvolvida por Olaf-Axel Burow, a Gestaltpedagogia. Tais pressupostos se encontram na estrutura da Abordagem Gestáltica, a qual inicialmente tinha um olhar predominantemente psicoterápico (Gestalt-terapia) e hoje se encontra expandida para diversas áreas de atuação. Ao final do capítulo são contextualizados desafios e tendências da pesquisa nessa área de interface com a saúde.

3.1 Relação Dialógica: apontamentos para uma relação humana de qualidade

A Relação Dialógica é um pressuposto desenvolvido por Martin Buber, nascido em Viena em 1878 e falecido em Jerusalém em 1965, um pensador essencialmente humanista por sua consideração ontológica do ser humano (Zuben, 2003). Sua concepção filosófica propõe o estudo da totalidade do homem, com o compromisso de olhar para o ser humano como existe no mundo em relação com os outros, sem perder de vista suas particularidades (Holanda, 1993). Para Buber (2007), a existência humana só pode ser compreendida em relação, pois para que o homem exista como humano é necessário que exista também outro homem com quem ele possa se relacionar. Não por acaso é conhecido como filósofo da relação.

Para constituição de uma relação dialógica, ao se relacionar com o outro é preciso percebê-lo e aceitá-lo na sua totalidade e unicidade (Buber, 2007). O que Buber chama de dialógico não é apenas o relacionamento dos homens entre si, é, também, seu

comportamento, sua atitude de engajamento com o ser do outro. Mendonça (1995) acrescenta que para Buber o distintivo do homem não é sua racionalidade e sim sua capacidade de ser dialógico, de constituir-se no “entre”. O entre (*Zwischen*) é entendido como o espaço ontológico, gerador do ser do homem (Zuben, 2003).

A relação dialógica constitui-se como fundamento da existência humana, e nessa existência o homem pode assumir duas atitudes ao se relacionar com os outros no mundo: Eu-Tu e Eu-Isso (Buber, 1923/2004). A primeira dessas formas de existir, o Eu-Tu, é aquela na qual a relação existe por si mesma, na qual o centro do interesse de cada um dos parceiros é o outro enquanto pessoa, em uma atitude de valorização da sua alteridade e um olhar voltado para o ser na sua totalidade. A segunda forma, o Eu-Isso, trata de uma relação inter-humana na qual o contato não acontece pelo outro em si mesmo, mas visa algum objetivo, existe um motivo, um interesse que provoca o relacionamento (Buber, 1923/2004; Hycner, 1995).

Sobre essas atitudes do homem no mundo, Mendonça (1995) diz ser importante evidenciar dois pontos: um sobre a atualidade e a latência da relação Eu-Tu. Atualidade é o momento do encontro pessoa-pessoa, que embora seja pleno e transformador é passageiro e fugaz e o outro, é que a diferença entre as duas atitudes, Eu-Tu e Eu-Isso, não é uma questão de ética nem de autenticidade. A latência é a atitude dialógica de ter disponibilidade para o encontro. Sobre o Eu-Tu e Eu-Isso, Assunção e Mendonça (2006) enfatizam que ambas as formas de se relacionar são autênticas e legítimas, eticamente corretas, e, para uma vivência saudável, o homem precisa transitar numa e noutra durante a sua existência. A relação Eu-Tu é o momento que expressa e, simultaneamente, produz a essência de nossa humanidade. No entanto, não se pode viver sem o Isso, pois ele nos garante a sobrevivência em todos os aspectos: físico, material, intelectual e social (Buber, 1923/2004; Assunção & Mendonça, 2006). O Eu-Isso pode tornar-se um mal quando o

homem pauta sua vida exclusivamente pelos valores inerentes a essa atitude, quando se relaciona apenas com o mundo das coisas, de forma arbitrária. “Não há, porém duas espécies de homem, enquanto humanidade. Há apenas dois pólos dessa mesma humanidade” (Mendonça, 1995, p. 39).

De acordo com Buber (2007), o encontro de um homem com outro, verdadeiramente dialógico e genuíno, acontece quando o outro é considerado e tratado “não como objeto, mas com um parceiro num acontecimento da vida” (p. 138). O autor reconhece a dimensão ontológica no encontro entre pessoas (Hycner, 1995) e identifica alguns elementos que se manifestam neste encontro homem-homem, que estão no domínio do interhumano e que caracterizam uma relação como dialógica, são eles: presença, comunicação genuína, confirmação e inclusão.

Presença é o elemento fundamental para uma relação humana de qualidade. O conhecimento da realidade do outro só se torna possível quando me coloco de uma forma elementar em relação, portanto quando ele se torna presença para mim. Estar presente, para Buber, é uma atitude que vai muito além da presença física, é ser autêntico e genuíno, deixando-se tocar e mobilizar pelo que acontece na relação. Significa, pois, trazer para a relação a plenitude de nós mesmos (Buber, 1923/2004). É estar disponível cognitiva e emocionalmente para o outro tanto quanto se possa naquele momento. Buber (1965, conforme citado por Hycner & Jacobs, 1997, p. 39) define presença como um “voltar-se para o outro”. Hycner e Jacobs (1997) destacam que a presença é uma postura existencial difícil de definir, mas sua ausência é facilmente notada. Essa atitude possibilita o encontro, a abertura ao diálogo e o contato pessoa a pessoa. Em suma, é a autenticidade do estar aí, sincero, inteiro, deixando-se mobilizar ou tocar pelo encontro, sem procurar passar uma determinada imagem de si.

Buber (2007) entende a comunicação genuína e sem reservas como a disposição para se envolver honestamente no diálogo e também criar condições para isso acontecer. Sem reservas, vale ressaltar, não significa sem discernimento. Palavras ditas impulsivamente, não relevantes à tarefa, podem atrapalhar o diálogo genuíno. Para ele o que deve ser sem reservas é a disponibilidade para um diálogo verdadeiro. “Em geral os homens não falam realmente um-ao-outro, mas, cada um, embora esteja voltado para o outro, fala na verdade a uma instância fictícia, cuja existência se reduz ao fato de escutá-lo” (Buber, 2007, p. 145). Implica dizer genuinamente o que for necessário para o desenvolvimento da relação. Essa comunicação, também chamada buberiana, envolve troca de palavras, percepções, e mesmo de silêncio, livre de julgamentos, sempre no intuito de proporcionar o desenvolvimento da relação. Buber (1923/2004) sinaliza que:

onde a conversação se realiza em sua essência, entre parceiros que verdadeiramente voltaram-se um-para-o-outro, que se expressam com franqueza e que estão livres de toda vontade de parecer, produz-se uma memorável e comum fecundidade que não é encontrada em nenhum outro lugar. (p.155)

Outro elemento da essência da relação dialógica é a confirmação. O ser humano tem a necessidade de ser confirmado para se sentir visto e valorizado como pessoa. “Existimos enquanto pessoas que necessitam ser confirmadas em sua singularidade por pessoas que são essencialmente outras singularidades” (Friedman, 1985, p. 119). Tal confirmação pode remeter a uma interpretação equivocada, mas Buber (2007) enfatiza que tal confirmação não significa, de forma alguma, uma aprovação; mas a aceitação do outro como parceiro de uma conversa genuína. “O que quer que eu seja contrário ao outro, eu disse Sim à sua pessoa” (Buber, 1923/2004, p. 154).

Neste ponto, é importante fazer distinção entre confirmação e aceitação. “A aceitação é o prelúdio para a verdadeira confirmação” (Hycner, 1995, p. 62), no entanto

confirmar vai além de aceitar. Significa reconhecer e afirmar a existência dessa pessoa, mesmo que talvez seu comportamento atual seja inaceitável. Não se trata de simplesmente concordar com a experiência que é relatada pelo outro, significa estar inteiramente disponível para olhá-lo como um ser único e completo, percebê-lo e aceitá-lo em sua totalidade. É inerente ao homem na medida em que se refere a um aspecto de saúde na vida de todo ser humano. Afirmar a existência do homem na sua inteira singularidade, capacitando-o a ser o seu próprio ser e reconhecendo-o como um ser único, promove a vivência de uma existência autêntica. Friedman (1985) pontua que a base subjacente de toda psicopatologia é a falta de confirmação ou a desconfirmação, portanto se a ausência de confirmação ou a desconfirmação está na raiz de muita psicopatologia, então a confirmação está no cerne da cura pelo encontro.

A inclusão significa dar “um impulso audacioso, que exige uma agitação muito intensa de nosso ser, para dentro da vida do outro” (Buber, 1923/2004, p. 81). É uma forma de sentir o que o outro está vivenciando, em um determinado momento, sem perder sua própria identidade; é tentar experienciar o que o outro está experienciando e simultaneamente se manter centrado em si mesmo; é estar em sintonia com o outro, porém sem deixar de ser quem é. É o movimento de ir e vir, de estar centrado na própria existência e ainda assim ser capaz de passar para o outro lado. Ao realizar esse movimento, tornamo-nos verdadeiros companheiros de viagem pela vida do outro e esse outro sente-se profundamente compreendido. Significa ver o mundo pelos olhos do outro, sentir o ponto de vista do outro, imaginar concretamente a realidade do outro em si mesmo de maneira tão completa quanto possível (Hycner, 1995; Hycner & Jacobs, 1997).

Distingui-se da empatia, na qual nos transportamos para o outro lado da relação e abandonamos o nosso próprio lado, e também da identificação, na qual permanecemos somente no nosso próprio lado e não nos transportamos para o lado do outro (Hycner,

1995). Para realizar a inclusão é necessário que a pessoa tenha um sentido muito forte de si e ainda a flexibilidade existencial para passar para o outro lado e, também, estar consciente do que ocorre entre as duas pessoas envolvidas na relação. Assim como a confirmação, é um importante componente de vida saudável uma vez que “ser incluído aos olhos de outro possui um potencial de cura poderoso em si mesmo” (Hycner & Jacobs, 1997, p. 82).

Acredita-se que quando Buber enfatiza os elementos do interhumano ele está dizendo do cuidado com nossa competência interpessoal. Possui crença “no poder da ideia como guia de ação e como instrumento para a compreensão e transformação da realidade” (Buber, 2007, p.12), já que sua reflexão filosófica era orientada para o concreto. Para ele toda existência real é relação, com o outro ou com o mundo. Mendonça (1995) sintetiza que:

nenhum homem pode fugir das Coisas. Nenhum homem pode fugir do Tu. Ele pode apenas recusar-se à Resposta. Recusar-se a comprometer-se com o Diálogo. Recusar as Coisas é alienar-se das exigências do mundo. Recusar o Tu é alienar-se de si mesmo. (p. 61)

Buber (1923/2004) ressaltava a importância da relação como fundamento da existência humana em qualquer díade: médico-paciente, terapeuta-cliente, professor-aluno, entre outras. Suas ideias têm inspirado vários campos de estudo como Psicologia, Psiquiatria, Sociologia e Educação. Sua filosofia contemporânea pode ser usada em investigações sobre a existência humana na miríade de relações que o homem estabelece (Zuben, 2003).

3.2 Gestaltpedagogia: uma metodologia de ensino integral

O compromisso do pensamento dialógico de Martin Buber é com a totalidade da pessoa em todas as suas manifestações, sua filosofia dialógica está focada na relação

humana onde quer que ela aconteça (Buber, 1923/2004). Suas obras têm repercutido em várias ciências, principalmente nos campos da psicologia e da educação e seus escritos influenciaram diversos autores que falam do processo educativo (Zuben, 2003).

A visão de totalidade encontrada no pensamento dialógico, assim como a proposta de estabelecer entre as partes uma relação de encontro, na qual os parceiros envolvidos podem (e devem) se manifestar de forma autêntica, está presente no modelo de ensino denominado Gestaltpedagogia (Lilienthal, 1993, 1997; Costa, 2002).

A Gestaltpedagogia é uma proposta didática desenvolvida por Olaf-Axel Burow, mais amplamente divulgada pelo livro homônimo escrito em parceria com Karheinz Scherpp, publicado no Brasil em 1985. Essa proposta sugere uma metodologia de ensino-aprendizagem que inclui a educação dos professores¹, a educação da pessoa como um todo, a integração de conhecimentos, a integração intercultural e o equilíbrio entre teoria e prática, e propõe que o aprendizado ocorra pelo experienciar de si mesmo, do mundo, dos recursos pessoais, conduzindo à conscientização e autoconhecimento (Burow & Scherpp, 1985; Lilienthal, 2004).

Para o ensino gestaltpedagógico é importante levar em consideração três pontos: 1) a Gestaltpedagogia exige um comportamento diferente por parte do professor; 2) a Gestaltpedagogia objetiva o desenvolvimento da personalidade dos estudantes; 3) métodos e princípios gestálticos podem ser utilizados para alcançar tanto objetivos tradicionais quanto novos.

A base da Gestaltpedagogia é a modificação da relação interpessoal entre estudante e professor, focando no que Burow e Scherpp (1985) chamam de relação intersubjetiva. Na intersubjetividade o estudante é visto, aceito e compreendido como um ser humano total, como sendo uma unidade orgânica de sentir, pensar e agir. A transmissão de

¹ Apesar de discussões no campo da Pedagogia sobre os termos professor e educador, neste trabalho eles vão ser utilizados como sinônimos.

conhecimentos é feita através de uma interação mútua. Deve-se desenvolver uma situação horizontal de ensino ao contrário da usual situação vertical. A relação intersubjetiva proporciona aos indivíduos encontrarem-se uns com os outros, como sujeitos. Essa dimensão é que garante ao ser humano a consciência de que é determinado e determinante. Esse conceito equivale ao que Buber chama de Relação Dialógica e Paulo Freire denomina de princípio dialógico (Burow & Scherpp, 1985; Freire, 1968/2012).

O objetivo central da Gestaltpedagogia descrito por Burow e Scherpp (1985) é possibilitar ao indivíduo o desenvolvimento completo de suas capacidades e de todo seu potencial, criando condições necessárias para que isto aconteça. O que mais difere a Gestaltpedagogia de outros meios pedagógicos é que ela leva em conta o aspecto emocional no processo de aprendizagem. Nessa abordagem os estudantes são estimulados não só intelectualmente, mas também emocionalmente, o que sugere uma mudança de postura por parte do professor. Vale ressaltar que esse estímulo do aspecto emocional visa acessar o estudante na sua totalidade e, por meio de vivência dos conteúdos, deixar marcas de aprendizagem. O processo de ensino parte das possibilidades, necessidades e experiências dos estudantes, pelo método da vivência. Começa das necessidades dos indivíduos para desencadear um processo de crescimento que tem como meta a modificação do indivíduo e do meio.

Burow e Scherpp (1985) elencaram alguns princípios da Gestaltpedagogia orientados pelas idéias teóricas e práticas da Gestalt-terapia e da Psicologia da Gestalt, os quais também foram explorados por Lilienthal (1993, 1997) e Costa (2002):

- Princípio da concentração sobre o contato: o conceito de contato está no centro da terapia gestáltica. Esse conceito fala da necessidade de estar em contato comigo, com o outro e com o mundo, para lidar com a situação presente;

- Princípio do estímulo à consciência (*awareness*): para lidar com algo, é necessário ter consciência o que é esse algo, o que ele significa, o que desperta, que sentido tem. Estar *aware* significa também em atualização constante dos dados que influenciam cada pessoa;

- Princípio do aqui-e-agora: significa levar em consideração a percepção dos fatores intervenientes na situação presente. A experiência cognitiva, emocional e sensorial ocorre no determinado espaço e tempo onde a pessoa se encontra;

- Princípio do estímulo ao auto-suporte: para realizar alguma coisa, são necessárias condições para sua execução. Esse princípio diz que não é suficiente decidir fazer algo, ter consciência disso e fazer contato com o fato, é preciso, ainda, fazer um levantamento se aquilo que estou me propondo fazer está a meu alcance;

- Princípio do arcar com a responsabilidade: o ser humano é livre para escolher, no entanto isso implica em se responsabilizar por suas escolhas e pelas consequências subordinadas a elas;

- Princípio do aprendizado pela experiência: para aprender é preciso que o aprendizado corresponda a uma nova experiência, algo pelo qual a pessoa passe e que ao final se sinta diferente de como estava no início. É condição para tal, que a experiência ocorra no âmbito da realidade e das possibilidades da pessoa que vivencia a experiência;

- Princípio da espontaneidade: significa abrir-se a novas possibilidades e assimilar novas experiências, provocando expressões originais de mim mesmo, dentro dos meus limites;

- Princípio da gestalt fechada: situações não resolvidas (*gestalten* abertas) consomem energia, prejudicando a capacidade de concentração com outra tarefa. Somente quando estiver fechada, a gestalt poderá abrir espaço para outra;

- Princípio da integração: de acordo com esse princípio, o indivíduo só está inteiro nas situações se estiverem integrados o pensar, o sentir e o agir;

- Princípio da sinergia: esse princípio está relacionado com a lei gestáltica de que o todo é diferente da soma das partes. As relações entre indivíduo e meio vão desde as interações sociais até a relação do homem com o planeta, no que se refere a questões ecológicas;

- Princípio da centralização sobre a pessoa: de acordo com esse princípio, é primordial dar a devida atenção à pessoa em suas vontades, anseios, limites e características;

- Princípio do aprender e ensinar dialógicos: tanto o aprender quanto o ensinar devem ocorrer de uma forma dialógica, ou seja, a situação pedagógica deve transcorrer de uma forma tão horizontal quanto possível, o que significa o professor abrir mão em grande escala de seu papel de autoridade frente ao estudante, encarando-o como um ser igual a ele, exercendo um papel diferente naquela relação. Tal proposta se fundamenta nos conceitos de Martin Buber, e visa estabelecer entre as partes uma relação de encontro, com o propósito de que aproximar tanto quanto possível de uma relação Eu-Tu.

Lilienthal (1993) enfatiza que o tripé fundamental formado pelos princípios da concentração sobre o contato, do estímulo à consciência e do aqui-e-agora, é essencial porque todos os outros princípios gestaltpedagógicos se baseiam nele. Esses três conceitos se encontram intimamente relacionados e a ausência de um deles implica na impossibilidade de sustentação desse tripé.

Portanto, toda metodologia gestaltpedagógica procura ensinar no tempo e espaço presente, estimulando o contato do aluno consigo mesmo, com os outros e com o mundo que o cerca, auxiliando na tomada de consciência para promover mudanças, incentivando escolhas responsáveis e impulsionando o desenvolvimento do auto-suporte, segundo Burow e Scherpp (1985).

Burow, Quitmann e Rubeau (1987) apresentam o Modelo Didático da Gestaltpedagogia, que foi traduzido e adaptado para o português por Lilienthal (1997), conforme a Figura 1.

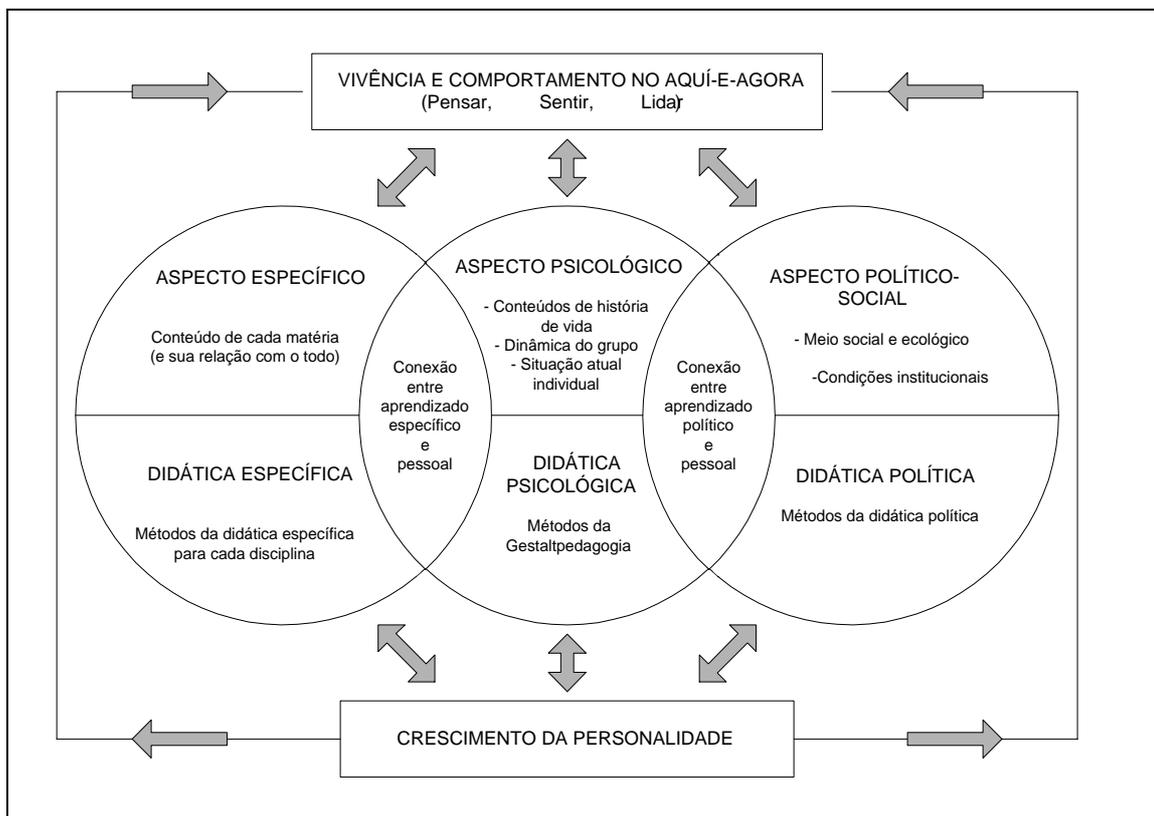


Figura 1. Modelo de Didática Gestaltpedagogia. Fonte: Burow et al. (1987, p. 27)

De acordo com esse modelo, aprender significa vivência e comportamento no aqui-e-agora, dividido em pensar, sentir e lidar. As três circunferências representam como a aprendizagem ocorre: a partir da interpretação de conteúdos psicológicos e didática psicológica, de matérias específicas e didática específica, relacionadas aos conteúdos políticosociais e didática política. A integração das três esferas é apresentada pelas linhas tracejadas, sendo que a parte superior refere-se à descrição do que cada uma representa e a

inferior, às suas respectivas didáticas, por meio das quais seus objetivos serão alcançados (Burow et al. 1987; Lilienthal, 1997).

Por aspecto específico, Burow et al. (1987) entendem o conteúdo de cada disciplina, sua relação com o todo, a relação entre elas, sua relação com o mundo dos alunos. Por didática específica, entendem os meios e formas adequadas de lecionar determinada disciplina. O aspecto psicológico compreende os conteúdos de história de vida dos alunos, a dinâmica do grupo no qual encontra-se inserido e sua situação atual individual. A didática psicológica remete a métodos específicos da Gestaltpedagogia. O terceiro aspecto, político-social, envolve todas as condições institucionais nas quais o ensino ocorre, envolvendo desde a escola (espaço físico, diretrizes, outros) até o país no qual determinada escola encontra-se inserida, passando por características do bairro, cidade, estado. Estas condições influenciam tanto aluno, quanto instituição e professores, visto que nesse meio estabelecem-se suas relações, e ali adquirem e trocam conhecimentos que são devolvidos ao meio. Todos esses assuntos estão presentes na didática política.

A conexão entre o aprendizado específico e pessoal - fruto da intersecção dos aspectos específico e psicológico - e a conexão entre aprendizado político e pessoal - fruto da intersecção dos aspectos político-social e psicológico - têm como objetivo o crescimento da personalidade. A fim de que a aprendizagem ocorra segundo esta perspectiva, o estudante deverá ter conseguido processar o conteúdo das três esferas no tocante a determinado assunto, resultando em uma aprendizagem que sinaliza que o aluno assimilou um conhecimento e não simplesmente o aproximou de si próprio. Terminado esse ciclo, o estudante estará pronto para voltar ao início do ciclo e aprender um novo conteúdo (Burow et al., 1987; Lilienthal, 1997).

Há que se ressaltar também que a Gestaltpedagogia considera um ensino que visa a unidade indivíduo-meio para que as ações promovidas na escola tenham reflexo direto no

meio social. O professor orientado gestaltpedagogicamente deve ter em mente que os objetivos, os meios e os conteúdos de ensino possuem uma dependência recíproca e necessitam se harmonizar proporcionando um ensino significativo à vida (Burow & Scherpp, 1985).

Branch Jr. et al. (2001) incentivam o uso de diferentes estratégias educacionais, atentando-se para o fato que devem ser especificamente escolhidas para coincidir com as necessidades de uma situação de aprendizagem, seu conteúdo e as necessidades e preferências dos alunos.

Assim como Burow e Scherpp (1985) afirmam que “a modificação da relação interpessoal entre professor e aluno é o bê-a-bá na Gestaltpedagogia” (p. 120), acredita-se que este também é o ponto de partida e de chegada para uma transformação na educação e, conseqüentemente, no mundo (Assunção & Borges, 2007).

3.3 Correlações entre a Abordagem Gestáltica e a Psicologia da Saúde

A Abordagem Gestáltica possui uma visão de homem e de mundo pautada na totalidade (Ribeiro, 2006) a qual dialoga com a perspectiva do modelo biopsicossocial de atenção à saúde integral adotada pela Psicologia da Saúde (Straub, 2005).

A Psicologia da Saúde sugere que os seres humanos devem ser vistos como sistemas complexos e que a doença é causada por uma multiplicidade de fatores e não por um único fator causal (Straub, 2005). Por este motivo, essa disciplina afasta-se de um simples modelo linear de saúde e adere ao modelo biopsicossocial, o qual possui uma visão integral, sustentando que a doença pode ter sua origem em uma combinação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, e compreendendo que o indivíduo tem responsabilidade no seu processo de saúde e doença (Engel, 1977).

A atuação na Abordagem Gestáltica preconiza olhar para o homem na integração de suas dimensões física, emocional, racional, social e espiritual (Ginger & Ginger, 1995). O estado saudável sob o ponto de vista dessa abordagem caracteriza-se por um processo permanente de manutenção de equilíbrio e de ajustamento às condições, sempre flutuantes, do meio interno e externo, face às exigências do momento (Holanda, 1998, Latner, 1986). Sua fundamentação existencialista orienta o gestalt-terapeuta para buscar o desenvolvimento da responsabilidade do paciente pela suas escolhas e, conseqüentemente, pela sua existência (Fukumitsu, Cavalvante, & Borges, 2009).

Diante do exposto, percebe-se que a Psicologia da Saúde e a Abordagem Gestáltica possuem um eixo em comum de intervenção no processo de saúde e doença dos indivíduos percebida sob um determinado contexto, tendo em vista o funcionamento do organismo como um todo, no qual mente e corpo são inseparáveis. As reflexões oriundas da integração dessas duas disciplinas podem auxiliar a prática de psicólogos em vários contextos de cuidado da saúde do homem (Birck, Flesch, & Assunção, 2012).

Tanto a prática da saúde quanto a de educação demandam uma ação ética, com atenção e cuidado (Lilienthal, 2004). Os fundamentos da Relação Dialógica apresentam-se como uma valiosa fonte de contribuição para o aprimoramento da qualidade das relações humanas, tanto no contexto da relação dos profissionais de saúde com seus pacientes quanto na relação estabelecida pelos formadores dos recursos humanos em saúde com seus aprendizes. Nessa formação de profissionais da saúde, metodologias voltadas para a formação do estudante na sua totalidade, como a Gestaltpedagogia, convergem com a preocupação na assistência integral ao paciente.

Lilienthal (1998) esclarece:

Vejo a Gestalt como um excelente e fascinante instrumento para pensar o indivíduo e a questão social. Em seu bojo estão uma sólida visão de homem e um sólido

posicionamento político. (...) Com ela não fico restrito somente a intervenções terapêuticas na assepsia do meu consultório. Ela me dá liberdade de intervir numa gama enorme de situações. Posso trabalhar onde quer que haja relações humanas. Psicólogos, Pedagogos, Médicos, enfim, todos os profissionais de saúde/educação são, em minha opinião, por excelência os profissionais das relações humanas. Saúde/educação é para mim uma unidade, não um binômio; uma unidade que visa um cidadão saudável. (pp. 40-41)

3.4 Tendências e Desafios em Pesquisa na Abordagem Gestáltica com interface da saúde

Acompanhando o incremento que a Psicologia brasileira sofreu na última década, a Abordagem Gestáltica teve um significativo crescimento e uma considerável expansão nos últimos tempos. No Brasil, esse fato pode ser constatado ao se olhar para o crescente número de trabalhos na pós-graduação (Holanda, 2009), na indexação de periódicos específicos da área (Pinheiro, 2010) e no aumento de disciplinas nos currículos dos cursos de Psicologia nas universidades brasileiras.

Holanda (2009) ressalta que a ampliação do alcance dessa abordagem está ligada com a transição do entendimento puramente clínico para a aplicação de seus princípios a outros campos o que provocou, inclusive, transformações na sua terminologia. Nessa ampliação dos campos de atuação, destaca-se as áreas da Educação e da Saúde, por dois motivos: 1) por serem áreas focadas nesse trabalho; 2) pela crescente publicação de trabalhos nesses campos de saber, tanto em relação a mestrados e doutorados (Bonmann, 2001; Costa, 2002; Ivancko, 2006; Lilienthal, 1997; 2004; Oliveira, 2007; Parreira, 2010; Santiago, 2008; Simões, 2008; Silva, 2011) quanto publicações em periódicos (Campos, Toledo, & Faria, 2011; Freitas et al., 2010; Fukumitsu et al., 2009; Galli, 2009; Gomes,

Paiva, Valdés, Frota, & Albuquerque, 2008; Mello & Silva, 2012; Moreira, Ferreira, & Costa, 2007; Silva & Boaventura, 2011; Silva & Freitas, 2012).

Em relação à interface da Abordagem Gestáltica com a saúde, enfatiza-se também a inclinação para trabalhos em relação ao binômio saúde-doença, com realce na psicopatologia. Muitos deles ainda voltados para o campo clínico, no entanto em uma visão que converge com o pensamento de assistência integral ao paciente da Psicologia da Saúde (Carvalho, 2008; Carvalho & Costa, 2010).

Um desafio para essa abordagem, apontado por Holanda (2009), é a carência de pesquisas empíricas, produto da falta de cultivo de uma cultura científica presente no histórico da Gestalt-terapia. Por fim, salienta-se que “a utilização de conceitos e noções específicas desta abordagem sem uma clareza sistemática de ideias e fundamentos, causa – na maioria das vezes – incômodos e refrações da parte da comunidade acadêmica em geral” (p. 99). Faz-se necessário aplacar o uso de termos autoexplicáveis e traduzir a linguagem da Abordagem Gestáltica a fim de transmitir, para outras áreas, as contribuições já comprovadas na prática clínica, promovendo, desta forma, uma comunicação efetiva com profissionais de vários campos de saber.

CAPÍTULO 4

OBJETIVOS

Este capítulo apresenta os objetivos que orientaram a pesquisa, formulados a partir das questões norteadoras delineadas na Introdução e da revisão de literatura exposta nos capítulos anteriores.

4.1 Objetivo geral

Avaliar as contribuições de um programa de intervenção gestaltpedagógico, com enfoque na Relação Dialógica, para o ensino do tema relação profissional de saúde-paciente em estudantes dos cursos de graduação em Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia do *campus* Darcy Ribeiro da UnB.

4.2 Objetivos específicos

- Mapear como o tema da relação profissional de saúde-paciente tem sido abordado nos cursos de graduação em Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia do *campus* Darcy Ribeiro da UnB;
- Aplicar um programa de intervenção gestaltpedagógico, na modalidade de oficina psicoeducativa, com o tema Relação profissional de saúde-paciente, aos participantes do estudo;
- Comparar a definição dos estudantes sobre a relação profissional de saúde-paciente, antes e depois da participação na oficina psicoeducativa;
- Identificar aspectos que os estudantes avaliam como importantes na relação profissional de saúde-paciente;

- Descrever como os estudantes percebem o ensino dos aspectos considerados importantes na relação profissional de saúde-paciente durante sua graduação;
- Avaliar a intervenção a partir da perspectiva dos participantes sobre as vantagens e limitações da oficina psicoeducativa.

CAPÍTULO 5

MÉTODO

Neste capítulo, serão detalhados os procedimentos metodológicos adotados para a condução da pesquisa que contou com dois momentos distintos: o primeiro, em que foi realizada uma sondagem de opinião com os estudantes acerca do tema, e o segundo, no qual se constituiu na intervenção propriamente dita. Apresentar-se-ão o tipo de estudo, o local no qual foi realizada a pesquisa, os critérios de seleção dos participantes de cada momento, todos os instrumentos utilizados e os procedimentos éticos, de coleta e de análise dos dados.

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, com a finalidade de ampliar as informações da pesquisadora sobre o assunto de sua pesquisa, descrever, analisar e classificar dados, construindo panoramas sobre o assunto estudado. Em relação ao procedimento, foi feito um desenho não-experimental com comparação entre o grupo que sofreu a intervenção antes e depois da mesma, sem grupo controle (Gerhardt & Silveira, 2009; Silva & Formigli, 1994).

5.2 Local do estudo

Todas as atividades foram realizadas no *campus* universitário Darcy Ribeiro da UnB. As entrevistas e o preenchimento de todos os instrumentos ocorreram em uma sala do Instituto de Psicologia (IP) devidamente preparada para esse fim. A intervenção aconteceu no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP). O CAEP é um centro de custo vinculado ao Instituto de Psicologia da UnB e tem como função apoiar os

Departamentos na realização das atividades práticas necessárias à formação profissional e acadêmica dos estudantes de graduação e de pós-graduação, em especial estágios supervisionados, programas de extensão e de pesquisa, mediante a prestação de serviços psicológicos à comunidade, em conformidade com o art. 16 da Lei 4119/1962, o art. 7º do Decreto 53.464/1964, os Estatutos e o Regimento Geral da UnB, as Diretrizes Curriculares e o Regimento Interno do IP (UnB, 2011). Esse centro oferece salas para atendimento individual e em grupo. A definição para uso das salas segue planejamento de agenda. Para a intervenção foi utilizada uma sala de grupo com 12 cadeiras móveis, almofadas e mesa para apoio de material audiovisual.

5.3 Participantes

A sondagem de opinião realizada no primeiro momento da coleta de dados incluiu 143 estudantes do *campus* Darcy Ribeiro. Participaram da intervenção, segundo momento, cinco estudantes dos cursos de graduação do *campus* Darcy Ribeiro da UnB, sendo um de Enfermagem, um de Medicina, um de Nutrição e dois de Psicologia.

O critério de inclusão para o primeiro momento da pesquisa era ser estudante dos cursos de graduação em Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia do *campus* Darcy Ribeiro.

Para o segundo momento, os critérios de inclusão foram: 1) estar devidamente matriculado nos cursos de graduação descritos anteriormente; 2) não estar no primeiro semestre do seu curso; 3) ter disponibilidade para participação de pelo menos oito encontros, sendo obrigatória a presença no primeiro e segundo encontros; 4) não ter duas faltas consecutivas ou três alternadas; 5) concordar em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Anexo A). Foram excluídos, automaticamente, os estudantes que não atendiam a esses critérios.

5.4 Instrumentos

Todos os instrumentos utilizados foram elaborados pela pesquisadora especialmente para esta pesquisa, a partir de dados da literatura e de sua experiência acadêmica e profissional. Especialistas da área atuaram como consultores na avaliação da adequação dos itens do Instrumento de Autoavaliação.

5.4.1 Questionário de Sondagem de Opinião

Para mapear como o tema relação profissional de saúde-paciente estava sendo discutido na universidade e fazer o convite aos estudantes para participarem da intervenção, foi realizada uma sondagem de opinião por meio de um questionário eletrônico disponibilizado na internet (Anexo B). Esse questionário foi elaborado na *SurveyMonkey* (www.surveymonkey.com) que é uma ferramenta que permite criar e hospedar diversos tipos de questionários, coletar e analisar dados. Essa ferramenta foi escolhida pela facilidade de seu manejo, pela segurança (protocolo SSL) e por ter sua utilidade evidenciada em pesquisas do Programa de Pós-Graduação Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde (PG-PDS) (Gobatto, 2012; Rodrigues, 2011).

5.4.2 Entrevistas

A técnica de entrevista semiestruturada com perguntas norteadoras foi escolhida para conhecer as percepções e opiniões dos estudantes por permitir ao pesquisador orientar seus questionamentos sem uma sequência rígida e servir de facilitador da comunicação. Desta forma, em pertinência com os objetivos da pesquisa, foram elaborados dois roteiros, um para entrevista inicial - antes da intervenção e um para entrevista final - após a intervenção (Anexo C). Os dois roteiros abordavam questões sobre o tema “Relação profissional de saúde-paciente”, sobre a aprendizagem desse tema, incluindo aspectos da

Oficina, além de uma questão final aberta ao participante para fazer comentários, perguntar ou acrescentar alguma informação.

5.4.3 Formulário de Identificação Sociodemográfico

No momento da entrevista inicial, foi preenchido um formulário de identificação do perfil dos estudantes contendo dados sócio-demográficos (Anexo D) necessários para caracterização da amostra.

5.4.4 Instrumento de Autoavaliação

Esse instrumento foi planejado pelo seu caráter autoaplicativo, minimizando a possibilidade de influência do aplicador sobre o participante. A padronização das questões, com possibilidade de aplicação antes e depois da intervenção, também foi um dos motivos da seleção dessa técnica, com vistas a um panorama de comparação dos dados.

Vários estudos têm pesquisado a influência da qualidade da relação dos profissionais de saúde com os pacientes no tratamento das doenças e na promoção de saúde (Branch Jr. et al, 2001; Branco, 2001; Costa et al., 2010; Esperidião & Munari, 2005; Gonçalves & Verdi, 2007; Pedroso et al., 2011; Pepe & Castro, 2000; Rossi, 2004; Sucupira, 2007), no entanto existe uma carência de instrumentos que focalizam a relação profissional de saúde-paciente, o que pode evidenciar a pouca atenção dada à avaliação de práticas dirigidas para formação humanizada.

A partir da revisão de literatura sobre os temas relação profissional de saúde-paciente, relação dialógica, formação em saúde e autoavaliação (Araújo, 2011; Hudelson, Junod Perron, & Perneger 2011) foi elaborada, inicialmente, uma versão do instrumento contendo 22 itens cujas respostas eram marcadas de acordo com uma escala variando de discordo totalmente a concordo totalmente e três questões abertas. Após análise global dos

22 itens, foi identificada a necessidade de afirmativas que refletissem situações práticas vivenciadas pelos profissionais de saúde na relação com o paciente. A versão revista resultou em 18 afirmativas e foi enviada para quatro profissionais com experiência tanto na área da saúde quanto na Abordagem Gestáltica e para quatro psicólogas com formação na área de Psicologia da Saúde, para análise em relação ao formato do instrumento, redação e conteúdo das sentenças.

Concomitante à avaliação dos pareceristas, houve a aplicação do instrumento em cinco estudantes do curso de Psicologia. Essa amostra foi escolhida de forma a não comprometer possíveis participantes da pesquisa. A partir do *feedback* dos especialistas e dos estudantes foram feitas substituições de algumas palavras, agrupamento de itens e inversão da ordem de apresentação das respostas. O instrumento foi então reavaliado em relação ao equilíbrio entre os temas abordados e aplicado novamente em 16 estudantes da disciplina Psicologia Aplicada à Saúde: oito de enfermagem, cinco de nutrição, dois de farmácia e um de medicina.

A integração do *feedback* dos estudantes permitiu a definição do formulário final (Anexo E). Há referência a questões vivenciadas na relação com o paciente, contemplando aspectos da Abordagem Gestáltica no contexto de saúde.

5.4.5 Formulário de *Feedback*

O Formulário de *Feedback* (Anexo F) foi preenchido pelos participantes de forma anônima no momento da entrevista final. Ele objetivou a criação de um espaço para que os participantes pudessem acrescentar alguma informação inibida durante a entrevista.

5.4.6 Oficina Relação Profissional de Saúde-paciente

O programa de intervenção proposto nesta pesquisa foi uma Oficina com 10 encontros em grupo, os quais foram construídos e aplicados fundamentados na proposta metodológica de ensino-aprendizagem da Gestalpedagogia tendo como conteúdo conceitos da Relação Dialógica de Martin Buber. Cada encontro teve duração de uma hora e meia, e aconteceu duas vezes por semana. A proposta inicial era de encontros uma vez por semana, no entanto em função da dificuldade de constituição dos grupos, prazo para conclusão do mestrado e com o consentimento e a disponibilidade dos alunos, a Oficina foi aplicada com encontros duas vezes por semana. É importante destacar, que não foi observado nenhum prejuízo em relação a essa mudança.

A Tabela 1 apresenta os temas abordados nos encontros. A descrição detalhada da Oficina encontra-se no Anexo G, com a exposição não só do tema, mas também do objetivo principal, conteúdo programático e procedimentos/estratégias de cada encontro.

Tabela 1
Temas da Oficina Relação Profissional de Saúde-Paciente

Número do encontro	Temas do encontro
1º encontro	- Apresentação - Relação humana de qualidade
2º encontro	- Presença: conceito
3º encontro	- Presença: relação com o paciente
4º encontro	- Comunicação: conceito
5º encontro	- Comunicação: relação com o paciente
6º encontro	- Confirmação: conceito
7º encontro	- Confirmação: relação com o paciente
8º encontro	- Inclusão: conceito
9º encontro	- Inclusão: relação com o paciente
10º encontro	- Relação profissional de qualidade - Fechamento

Em todos os encontros foi pedido que os estudantes resumissem em uma palavra como estavam se sentindo antes do início das atividades e ao final do encontro. Esse tipo de exercício estimula o contato da pessoa consigo mesmo (Polster & Polster, 2001). As

palavras colhidas por meio desse exercício foram registradas em um formulário para análise posterior.

Levando em consideração o princípio gestaltpedagógico de que “partindo das necessidades dos indivíduos, tenta-se desencadear um processo de crescimento, que tem como meta a modificação do indivíduo e do meio” (Burow & Scherpp, 1985, p. 110), algumas atividades tiveram pequenas alterações visando uma aproximação com as necessidades dos estudantes.

Vale ressaltar que para desenvolver esta proposta existe uma demanda de treinamento técnico do profissional não sendo indicada a mera replicação dos encontros. A pesquisadora, que foi a condutora da Oficina, possui especialização em Gestalt-terapia, formação em Terapia de Grupo e experiência de dois anos e meio como monitora de uma disciplina chamada Didática e Prática de Ensino no curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, na qual teoria e prática da Gestaltpedagogia eram ensinadas e aplicadas. Além disso, possui experiência clínica de quase oito anos trabalhando com atendimento individual e de grupo. Além da pesquisadora, um aluno de Psicologia atuou como auxiliar de pesquisa para registro observacional do primeiro e do segundo encontros da Oficina. O tamanho do grupo e as condições de sua realização levaram à sua liberação.

5.5 Procedimentos éticos

Em observância às normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos regulamentada pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, a pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP-FS) da UnB, o qual emitiu parecer favorável a sua

execução com número de registro 038/12 (Anexo H). Também em atendimento às recomendações dessa resolução, um TCLE foi lido e assinado por todos os participantes.

5.6 Procedimentos para coleta de dados

Como referido anteriormente, a presente pesquisa contou com dois momentos de coleta de dados, sendo que no segundo momento foram realizadas três etapas. No primeiro momento, foi realizada uma sondagem de opinião a fim de mapear como o tema “Relação profissional de saúde-paciente” estava sendo discutido na universidade e fazer o convite para participação na Oficina. Esse momento foi realizado inteiramente *online*, via o coletor de respostas *SurveyMonkey*, sem o contato direto com os participantes. O segundo momento constituiu-se de três etapas: 1) um encontro inicial, com a assinatura do TCLE, realização da entrevista pré-intervenção, preenchimento do Formulário de Identificação Sociodemográfico e do Instrumento de Autoavaliação; 2) a intervenção realizada em forma de uma Oficina com 10 encontros; 3) um encontro final, com realização da entrevista pós-intervenção, preenchimento do Instrumento de Autoavaliação e do Formulário de *Feedback*.

Foi realizado um estudo piloto com o preenchimento do Formulário de Identificação Sociodemográfico, Instrumento de Autoavaliação e Formulário de *Feedback* com estudantes de vários cursos da área da saúde da disciplina Psicologia Aplicada à Saúde.

Mediante a aprovação do CEP-FS em junho de 2012, a pesquisadora responsável e sua orientadora entraram em contato, inicialmente via correio eletrônico e posteriormente via secretaria, com as coordenações dos cursos de graduação em Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia do *campus* Darcy Ribeiro da UnB apresentando o projeto de pesquisa e uma carta solicitando a colaboração com a

divulgação da pesquisa. À medida que os coordenadores respondiam positivamente, informações sobre a pesquisa que deveriam ser repassadas via *e-mail* aos estudantes do curso foram enviadas, com o *link* para formulário de sondagem de opinião, a todos aqueles regularmente matriculados no semestre. Na mensagem o estudante soube que o tempo para resposta era de aproximadamente um minuto e 30 segundos e que os seis primeiros respondentes de cada curso teriam prioridade na composição dos grupos da Oficina, já que havia um número limitado de vagas. Como já mencionado, nessa sondagem foram obtidos dados preliminares sobre como o tema estava sendo discutido na universidade e, ao mesmo tempo, foi feito um convite aos estudantes para participarem do estudo. A primeira resposta ao Questionário de Sondagem de Opinião foi coletada em 20 de agosto de 2012. Nesse período também foi feita uma divulgação por meio de cartazes espalhados na universidade (Anexo I).

Com essa primeira estratégia de divulgação, até o dia 01 de outubro de 2012, obteve-se 71 respostas ao questionário e 12 alunos interessados na Oficina, sendo que apenas quatro preenchiam o critério inicial de inclusão de estar no terceiro semestre do curso. Esse critério havia sido feito após análise do fluxo das disciplinas de cada curso, onde foi observado que a partir do quarto semestre os estudantes têm acesso a disciplinas que promovem reflexões sobre a temática da relação com o paciente.

Ao fazer uma análise das respostas obtidas até então e em decorrência de que a universidade estava passando por um semestre atípico em função da greve, optou-se por retirar o critério de estar matriculado no terceiro semestre do curso. Após esta decisão, foi enviada uma nova mensagem aos coordenadores agradecendo a divulgação realizada e solicitando uma nova divulgação, diante do quadro de respostas coletadas até aquela data e o objetivo da pesquisa.

Com o início do semestre em 29 de outubro de 2012, como estratégias de divulgação foi solicitado aos professores das disciplinas Psicologia da Saúde e Psicologia Aplicada à Saúde a lista de *e-mail* dos estudantes matriculados, a pesquisadora foi às salas de aulas dos cursos para divulgar diretamente aos estudantes, foi pedido que alguns professores da universidade e um egresso do curso de Odontologia auxiliassem na divulgação, assim como os centros acadêmicos. Além disso, alguns estudantes tiveram a iniciativa de publicar a pesquisa em redes sociais na internet.

À medida que as respostas ao formulário de sondagem foram sendo recebidas, montou-se uma lista com prioridade aos primeiros estudantes de cada curso que responderam, de modo que a composição dos grupos contemplasse estudantes de cada um dos cursos.

O estudante que aceitou o convite para participar da Oficina, foi contatado via correio eletrônico para agendar o primeiro encontro presencial iniciando, assim, o segundo momento do estudo. Nesse encontro, a pesquisadora forneceu mais esclarecimentos sobre a pesquisa, sendo o participante informado quanto ao sigilo do estudo, ausência de respostas certas ou erradas, e importância da experiência e opinião individual. Com aqueles que se dispuseram a participar do estudo, após a assinatura do TCLE, realizou-se uma entrevista semi-estruturada individualmente, a qual foi registrada em papel pelo entrevistador e gravada em áudio para posterior transcrição. Depois da entrevista, o participante preencheu o Formulário de Identificação Sociodemográfico e o Instrumento de Autoavaliação. Ao final dessa primeira etapa do segundo momento, o estudante recebia a informação que seria contatado para aviso do dia e horário de início da Oficina.

Até o dia 09 de novembro de 2012, apesar de 27 estudantes terem demonstrado interesse em participar da Oficina, apenas duas entrevistas tinham sido realizadas e mais três tinham sido agendadas. Como o contato com os estudantes era via correio eletrônico,

havia muita demora na resposta e muitos não retornavam para agendar a entrevista. Optou-se por acrescentar o pedido de número de telefone ao questionário de sondagem e ampliar a pesquisa aos estudantes do *campus* UnB/Ceilândia, pois até então a divulgação estava dirigida apenas para o *campus* Darcy Ribeiro.

Em contato com a Diretora da Faculdade de Ceilândia, a pesquisa foi apresentada com o pedido aos coordenadores dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional que a divulgassem a todos os estudantes matriculados. Além desses cursos *campus* UnB/Ceilândia concentra também o curso de Saúde Coletiva, no entanto os estudantes desse curso não foram incluídos na divulgação da pesquisa já que o tema da Oficina era a relação direta com os pacientes e nessa graduação os estudantes são formados para formular, implantar, organizar, monitorar e avaliar políticas, planos, programas, projetos e serviços de saúde (UnB, 2012). Foram obtidas sete respostas dos estudantes de Ceilândia, todas do curso de Terapia Ocupacional. Uma vez que a Oficina pressupõe a integração de estudantes de diferentes cursos, decidiu-se pela não realização com o grupo de Ceilândia.

Até o início de dezembro de 2012, haviam sido realizadas 11 entrevistas, então optou-se por dar início à segunda etapa formando o primeiro grupo para realização da intervenção. Devido à incompatibilidade de horários, somente um grupo foi constituído com seis estudantes confirmados, mas apenas cinco compareceram. Os demais ficaram aguardando um novo grupo previsto para janeiro de 2013.

Foi feita uma nova divulgação com cartazes e outras tentativas de agendamento de entrevistas. Foram marcadas mais quatro entrevistas, no entanto apenas duas foram realizadas. Após o recesso de final de ano, a pesquisadora entrou em contato com os estudantes para compor o segundo grupo da Oficina, entretanto a grade de horários de alguns havia mudado devido ao início de outras atividades, como estágio, impossibilitando

que mais um grupo se formasse. Diante desse quadro e em função do prazo para conclusão do mestrado, a pesquisadora enviou uma mensagem via correio eletrônico a todos os estudantes que fizeram entrevista, avisando que devido à incompatibilidade de horários, o segundo grupo da Oficina não seria formado e colocando-se à disposição para mais esclarecimentos. Duas estudantes lamentaram a suspensão. No dia 14 de janeiro de 2013 o coletor do Questionário de Sondagem de Opinião, *SurveyMonkey*, foi fechado. Há previsão de oferecimento de nova Oficina no primeiro semestre de 2013, como atividade de extensão. Os estudantes que serão primeiro contatados serão aqueles que já manifestaram interesse na atividade, tanto do *campus* Darcy Ribeiro quanto de Ceilândia.

Na última etapa da pesquisa, foi realizada uma nova entrevista sendo norteadada por um roteiro semi-estruturado. Essa segunda entrevista foi realizada por uma integrante do PG-PDS, treinada para isso, de forma a minimizar o efeito que a presença da pesquisadora principal pudesse ter sobre os dados uma vez que foi quem conduziu a intervenção. Nesse momento, também foi pedido que preenchessem, novamente, o Instrumento de Autoavaliação e o Formulário de *Feedback*.

Durante todo o processo de coleta de dados a pesquisadora fez uso de um diário de campo para anotar observações e percepções.

5.7 Procedimentos para análise dos dados

As respostas às entrevistas e a todos os instrumentos foram transcritas com ajuda de uma auxiliar de pesquisa, tabuladas e analisadas.

Pela natureza da presente investigação foi escolhida uma combinação entre a abordagem quantitativa e a qualitativa como metodologia de trabalho. A análise quantitativa foi feita por meio de estatística descritiva, com auxílio do Excel 2010 e do *SurveyMonkey*, gerando tabelas e gráficos.

Para análise qualitativa, foi realizada uma análise compreensiva do discurso das entrevistas realizadas antes e depois da intervenção, de acordo com o método fenomenológico de Amedeo Giorgi (Giorgi, 1985). Esse método contém quatro passos e seu objetivo é chegar aos constituintes essenciais que estão presentes nos discursos dos participantes do estudo (Moreira, 2002). Giorgi guiado pela fenomenologia de Edmund Husserl, enfatiza o conceito de voltar às coisas mesmas e, assim, chegar aos verdadeiros significados do fenômeno que se mostra. Para atingir tais significados o autor descreve quatro grandes passos:

- 1 O primeiro pretende apreender o sentido geral, dessa forma o investigador inicia seu estudo obtendo descrições das experiências dos participantes. Para isso é importante gravar e transcrever a entrevista conforme a fala original do entrevistado;
- 2 No segundo, sugere-se que se faça uma releitura dessa entrevista desenvolvendo uma redução fenomenológica, no sentido psicológico, com o objetivo de identificar unidades de significado com foco no tema de estudo;
- 3 O terceiro passo propõe uma modificação das expressões cotidianas das unidades de significado identificadas para uma linguagem psicológica, com ênfase no fenômeno que se está interessado;
- 4 No quarto e último passo, o pesquisador deve descrever uma síntese da estrutura geral dos significados psicológicos sobre o fenômeno/tema, podendo usar termos que não estavam presentes, de modo a articular e integrar as diferentes unidades significativas transformando-as em uma declaração consistente do aprendizado.

Por fim, essas unidades significativas são agrupadas por categorias, as quais são discutidas a partir do levantamento bibliográfico realizado. Quando possível, as categorias

podem ser exemplificadas por um fragmento do discurso dos participantes (Andrade, 2007; Giorgi, 1985; Giorgi & Sousa, 2010).

CAPÍTULO 6

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados será organizada em duas seções: a primeira integra os dados do mapeamento de como o tema “Relação profissional de saúde-paciente” está sendo discutido na universidade, e a segunda as respostas obtidas com a intervenção. Cada seção será dividida em subseções de modo a destacar aspectos relevantes relacionados aos objetivos do estudo.

6.1 Primeiro momento da pesquisa: mapeamento do tema

Nesta seção, será apresentada a caracterização da amostra e o mapeamento do tema com dados obtidos pelo Questionário de Sondagem de Opinião e pela análise do fluxo dos cursos realizada pela pesquisadora, a partir da listagem de ementas e programas das disciplinas do sistema Matrícula Web disponível no Portal da UnB (www.unb.br).

A análise do mapeamento de como o tema da relação profissional de saúde-paciente tem sido abordado nos cursos de graduação da área da saúde da UnB, privilegiou apenas as respostas dos 143 estudantes do *campus* Darcy Ribeiro, já que apenas sete estudantes de um único curso do *campus* UnB/Ceilândia responderam ao questionário, não sendo possível, portanto, caracterizar com esses dados como o tema está sendo discutido no *campus*. Pelo mesmo motivo, a análise do fluxo dos cursos somente apresenta aqueles do *campus* Darcy Ribeiro.

6.1.1 Caracterização da amostra

Participaram do primeiro momento da pesquisa 143 estudantes dos cursos da área da saúde no *campus* Darcy Ribeiro: Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia.

Os semestres correspondentes variaram do primeiro ao 12º e sua distribuição é apresentada pela Figura 2. Como um participante havia se transferido para UnB, ainda não conseguia identificar seu semestre no fluxo.

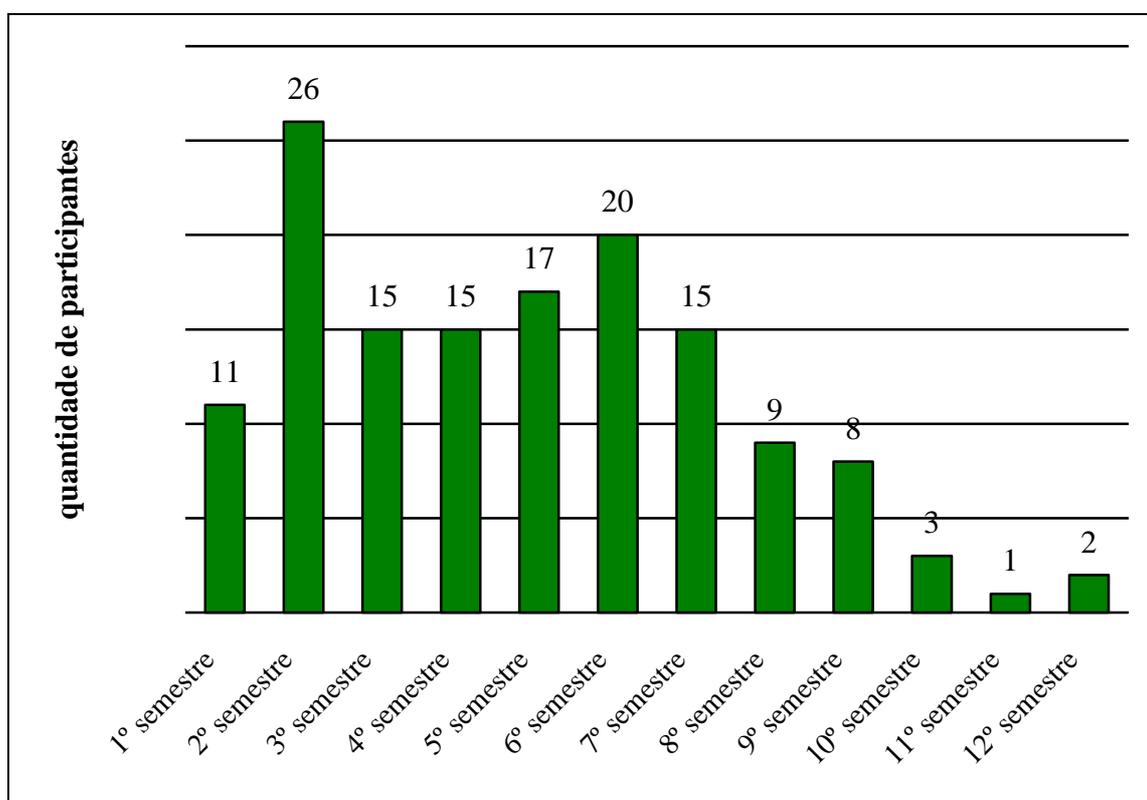


Figura 2. Distribuição do número de participantes por semestre.

O decréscimo do número de respondentes a partir do 8º semestre pode refletir o foco em atividades ligadas ao estágio supervisionado e não interesse ou investimento em atividades que não as programadas. O fato de praticamente não haver estudantes de final de curso pode também ser explicado pelo fato de que para cursar Nutrição são recomendados oito semestres e Ciências Farmacêuticas nove, podendo o estudante concluir em menos tempo.

O maior número de respondentes foi do curso de Psicologia (46), seguido de Odontologia (34) e Enfermagem (27). Nenhum estudante do curso de Fisioterapia respondeu ao questionário e um estudante não identificou em qual curso se encontrava matriculado, conforme dados da Tabela 2:

Tabela 2
Participantes do primeiro momento da pesquisa (n = 143)

Curso	Frequência	
	<i>n</i>	%
Ciências Farmacêuticas	14	9,8%
Enfermagem	27	18,8%
Medicina	9	6,3%
Nutrição	12	8,4%
Odontologia	34	23,8%
Psicologia	46	32,2%
Não respondeu	1	0,7%

Por ser uma pesquisa vinculada ao Instituto de Psicologia, não foi surpreendente que o maior número de interessados fosse desse curso. No entanto, o fato do número de respondentes do curso de Odontologia praticamente se equiparar à soma dos estudantes dos cursos de Ciências Farmacêuticas, Medicina e Nutrição, merece ser destacado.

6.1.2 Mapeamento do tema relação profissional de saúde-paciente nos cursos de saúde

De acordo com as respostas do Questionário de Sondagem de Opinião, quando perguntados se o tema havia sido abordado em sala de aula em algum momento durante a formação, 127 estudantes responderam. Desses, 104 disseram que sim (81,89%) e 23 disseram que não (18,11%). A Tabela 3 apresenta as disciplinas identificadas com a apresentação do conteúdo relação profissional de saúde-paciente.

Tabela 3

Relação de disciplinas por curso identificadas pelos estudantes como aquelas que abordam o tema relação profissional de saúde-paciente

Ciências Farmacêuticas	Medicina
Assistência Farmacêutica (1)	Biologia Celular (1)
Farmacodinâmica (1)	Práticas de Saúde (4)
Farmacologia Clínica (1)	Psicologia Médica (4)
Introdução à Assistência Farmacêutica (3)	Saúde e Sociedade (3)
Introdução à Bioética (1)	Semiótica/Semiologia (3)
Práticas de Saúde (4)	
Saúde e Sociedade (2)	
Enfermagem	Nutrição
Introdução à Bioética (1)	Ambulatório de Especialidades em Nutrição (2)
Contextualização da Enfermagem na Saúde (5)	Avaliação Nutricional (2)
Cuidado do Adulto e do Idoso (1)	Cultura e Medicamentos (1)
Educação em Saúde (1)	Nutrição Clínica e Dietoterapia (4)
Enfermagem em Saúde Mental (1)	Educação Nutricional (2)
Enfermagem em UTI (1)	Introdução a Sociologia (1)
Enfermagem Médico-Cirúrgica 1 (2)	Nutrição e Ciclos da Vida (4)
Enfermagem Psiquiátrica (3)	Nutrição e Dietética (2)
Fundamentos de Enfermagem (5)	Nutrição em Saúde Pública (1)
Gestão em Políticas de Saúde (3)	Nutrição Humana (1)
Introdução à Enfermagem (2)	Práticas de Saúde (2)
Metodologia (1)	Psicologia Aplicada à Saúde (2)
Práticas de Saúde (2)	Saúde e Sociedade (2)
Psicologia Aplicada à Saúde (1)	Técnica Dietética (2)
Relação de Ajuda aos Pacientes Crônicos (2)	
Relacionamento Interpessoal (6)	
Saúde e Sociedade (1)	
Saúde Mental (4)	
Semiologia e Semiotécnica Aplicada à Enfermagem (4)	
Sistematização da Assistência em Enfermagem (2)	
Tanatologia: Educação para Lidar e Cuidar na Morte (3)	
Vivências Integradoras em Enfermagem (8)	
Psicologia	Odontologia
Antropologia da Saúde (1)	Anestesiologia Odontológica (1)
Ética Profissional (2)	Introdução à Bioética (1)
Intervenção em Crise (1)	Biopatologia (2)
Introdução à Psicologia (2)	Cirurgia Bucomaxilofacial (1)
Processos Cognitivos (1)	Cirurgia Oral (1)
Psicofisiologia (2)	Clínica Odontológica (11)
Psicologia da Adolescência (2)	Comunicação em Saúde (2)
Psicologia da Aprendizagem (1)	Dentística (3)
Psicologia da Educação (2)	Endodontia (1)
Psicologia da Infância (5)	Ergonomia (1)
Psicologia da Personalidade (4)	Estomatologia (4)
Psicologia da Reabilitação (1)	Odontologia Social (1)
Psicologia da Religião (2)	Odontologia Pediátrica (1)
Psicologia da Saúde (12)	Ortodontia (1)
Psicologia do Excepcional (1)	Patologia (1)
Psicologia Geral Experimental (1)	Periodontia (3)
Psicologia Pediátrica (2)	Práticas de Saúde Bucal Coletiva (1)
Psicologia: Curso e Profissão (16)	Práticas de Saúde (3)
Psicopatologia (5)	Prótese Fixa 2 (2)
Rorschach (1)	Prótese Parcial (1)
Saúde Mental Clínica e Cultura (2)	Prótese Total (1)
Técnicas do Exame Psicológico (1)	Radiologia (1)
Teorias e Técnicas Psicoterápicas (7)	Responsabilidade Civil do Profissional da Saúde (1)
Tópicos Especiais em Psicologia da Saúde (4)	Sistema de Atenção Odontológica (1)
Tópicos Especiais em Psicologia da Personalidade (1)	Traumatologia Bucomaxilofacial (1)

Chama atenção a dispersão de disciplinas apontadas por estudantes dos diferentes cursos. Tal fato sugere que quando os estudantes identificam que o tema foi abordado em sala de aula, podem estar se referindo apenas a uma citação a ele, visto que os nomes de muitas disciplinas apontam para especificidades das áreas de formação. Ainda que não seja de forma aprofundada, tal abordagem é relevante para que a importância do tema seja percebida ao longo dos cursos.

No curso de Ciências Farmacêuticas, sete estudantes responderam à questão que indicava a necessidade de relacionar disciplinas que abordaram o tema da pesquisa. A disciplina Práticas de Saúde foi mencionada quatro vezes e Introdução à Assistência Farmacêutica três vezes. Um estudante do quinto semestre disse que o tema foi abordado em todas as disciplinas, mas sempre informalmente.

Dos estudantes de Enfermagem, 23 citaram 22 disciplinas, entre as quais as mais assinaladas foram Vivências Integradoras em Enfermagem e Relacionamento Interpessoal, mencionadas oito e seis vezes, respectivamente. Três estudantes do sexto semestre e um do quarto relataram que o tema foi abordado em todas as disciplinas até o momento. Um do oitavo escreveu que em várias disciplinas o tema foi citado, mas de forma superficial.

As disciplinas Práticas de Saúde e Psicologia Médica foram as mais citadas pelos oito estudantes de Medicina que responderam a essa questão. As duas foram mencionadas quatro vezes. Um estudante do nono semestre descreveu que o tema “Relação profissional de saúde-paciente” foi abordado e enfatizado em todas as disciplinas, tanto nos aspectos clínicos quanto legais e éticos, sendo que no estágio clínico é bastante debatido a partir das experiências de atendimento.

O curso de Nutrição contou com 10 respondentes. As disciplinas mais referidas foram Nutrição e Ciclos da Vida e Nutrição Clínica e Dietoterapia, cada uma citada quatro

vezes. Um estudante do terceiro semestre escreveu que: *“tocam no assunto de passagem com frequência, falando de experiências pessoais, não é sistemático e tem muito palpite”*.

No curso de Odontologia 25 disciplinas foram citadas por 19 estudantes que responderam a esse questionamento. A disciplina Clínica Odontológica foi citada por 11 estudantes, ou seja, quase 60% dos estudantes elegeram essa disciplina como uma em que o tema foi abordado. Dois estudantes, um do nono e um do oitavo semestres, responderam que em praticamente todas as do ciclo clínico abordam esse tema. Um estudante do sexto semestre disse que os professores chegam a falar do tema em quase todas as disciplinas.

Dos 36 estudantes de Psicologia que responderam à questão, 16 citaram a disciplina Psicologia: Curso e Profissão e 12 a disciplina Psicologia da Saúde. Assim como em Odontologia, ao todo foram citadas 25 disciplinas. Um estudante do sétimo semestre disse que esse tema foi trazido à tona apenas na pesquisa que faz, e outro estudante desse semestre disse que o tema foi abordado em disciplinas relacionadas à saúde mental. Um estudante do oitavo escreveu que, com exceção de Psicofarmacologia, em todas as disciplinas o assunto foi abordado.

Uma análise dos fluxos dos cursos, por meio das ementas e programas, mostra que em todos eles já no primeiro semestre o tema é introduzido aos estudantes pelo menos em uma disciplina. Nos cursos de Ciências Farmacêuticas, Medicina, Nutrição e Odontologia a relação com o paciente é apresentado em Práticas de Saúde aproximando os estudantes do contexto real da prática da profissão. No curso de Odontologia, esse tema também aparece na disciplina de Clínica Odontológica 1. Em Enfermagem e Psicologia, nas disciplinas Contextualização da Enfermagem na Saúde e Psicologia: Curso e Profissão, respectivamente. Essa análise converge com as disciplinas listadas pelos estudantes.

Ainda em relação à análise dos fluxos, observa-se que nos cursos de Enfermagem, Odontologia e Psicologia o tema da pesquisa parece ser citado em muitas disciplinas do

primeiro ao último semestre. Já nos cursos de Ciências Farmacêuticas, Medicina e Nutrição o tema aparece com menos frequência tanto em relação ao número de disciplinas quanto ao número de semestres. Mais uma vez, essa análise é corroborada pelas respostas dos estudantes, já que 25 disciplinas foram citadas nos cursos de Odontologia e Psicologia e 22 em Enfermagem em contraposição às 14 citadas no curso de Nutrição, sete em Ciências Farmacêuticas e cinco em Medicina.

Ao perguntar se os estudantes achavam que o tema foi ou está sendo suficientemente abordado no seu curso, 64 responderam que sim (53,3%) e 56 que não (46,7%), ou seja, no total 120 responderam essa questão. A Tabela 4 apresenta a análise de conteúdo das respostas ao questionamento de como o tema poderia ser mais abordado na opinião dos estudantes.

Tabela 4

Formas sugeridas pelos estudantes para abordagem do tema relação profissional de saúde-paciente durante a graduação

Categorias (frequência)	Unidades de significado (frequência)
Abordar o tema de forma mais prática, com vivências e experiências (16)	- Treinamento (4)
	- Vivenciar o tema na prática (2)
Ampliar as discussões, aprofundar e sistematizar o tema (20)	- Abordar o tema de forma mais prática (2)
	- Atividades práticas/experienciais (2)
	- Usar situações reais vivenciadas por profissionais próximos da realidade que se encontram (2)
	- Acompanhar pacientes reais (1)
	- Adequar teoria à realidade na prática (1)
	- Discutir situações cotidianas sobre o tema (1)
	- Aulas práticas mais no início do curso (1)
	- Dar mais ênfase ao tema durante as disciplinas (3)
	- Discussões com profissionais e alunos de diferentes áreas da saúde (2)
	- Abordar o tema em diversas disciplinas (2)
	- Ampliar discussões sobre o tema (2)
	- Maior sistematização do tema (2)
	- Abordar o tema de forma suficiente e com mais profundidade em diversas disciplinas (2)
	- Depoimento de diferentes profissionais (1)
	- Abordar o tema em relação a diferentes contextos (1)
	- Mais situações problemas para discussão em sala (1)
	- Oferecer material de estudo sobre o tema (1)
	- Aprofundar no tema (1)
	- Abordar o tema de forma mais efetiva (1)
	- Palestra (1)
Abordar o tema mais no início do curso (5)	- Abordar o tema mais no início do curso (5)
Ter uma disciplina sobre o tema (4)	- Disciplina sobre o tema (4)
Abordar as contribuições da Psicologia (3)	- Interação entre psicólogos e profissionais da saúde (1)
	- Abordar o trabalho do psicólogo em relação à humanização nos contextos de saúde (1)
	- Disciplina de Psicologia da Saúde deveria ser obrigatória para alunos de psicologia (1)

Além das respostas descritas na Tabela 4, dois estudantes do 2º semestre responderam que o tema não estava sendo suficientemente abordado por estarem no início do curso, mas que acreditavam que seria abordado no decorrer da formação. A possibilidade de se aprofundar mais no conhecimento da visão que o paciente tem sobre a relação com os profissionais de saúde foi levantada por um estudante. Outro estudante comentou que mesmo o tema tem sido abordado durante todo o curso, ainda possui

insegurança em relação a ele. Um estudante afirmou que o tema nunca será abordado por completo e um disse não saber.

Uma resposta identificada nessa pergunta foi o questionamento de um estudante sobre a coerência entre fala e atitude dos professores a qual elucida dados da literatura sobre o quanto aspectos humanísticos são adotados apenas intelectualmente, não sendo demonstrados nos atos e de que a conduta de um professor tem mais alcance do que é dito (Muniz & Chazan, 2010; Remen, 1993).

Apesar de na análise dos fluxos dos cursos, ter sido verificada a presença do tema da pesquisa na ementa, no programa e na bibliografia de muitas disciplinas, aliando os dados recém-apresentados à dispersão de disciplinas apontadas pelos estudantes dos diferentes cursos, parece haver falta de aprofundamento e sistematização do tema e, ainda, falta de ênfase na aplicação prática desse conteúdo.

Quando questionado sobre o interesse em participar de uma Oficina sobre a relação profissional de saúde-paciente, 77 estudantes responderam à questão (Figura 3). Assinalaram “sim” 58,4% dos estudantes e “não” 41,6%.

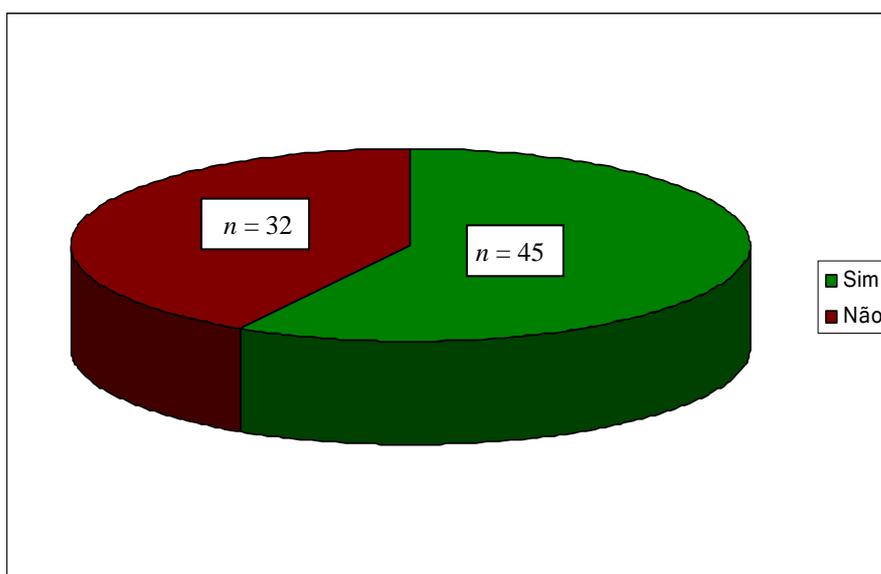


Figura 3. Interesse em participar de uma Oficina sobre a relação profissional de saúde-paciente ($n = 77$).

A Tabela 5 descreve os cursos dos 45 participantes interessados na Oficina:

Tabela 5
Cursos dos interessados em participar da Oficina (n = 45)

Curso	Número	Porcentagem
Enfermagem	12	26,7%
Psicologia	12	26,7%
Nutrição	10	22,2%
Ciências Farmacêuticas	4	8,9%
Odontologia	4	8,9%
Medicina	3	6,6%

Os cursos de Enfermagem e Psicologia tiveram o maior número de interessados (12) e Medicina o menor (3). Contudo, quando os dados são analisados quanto à proporção de interessados em participar da Oficina em relação ao número de respondentes por curso, observa-se na que o curso de Nutrição teve um maior número de interessados (83,3%) e que o curso de Odontologia o menor (11,8%), conforme destaca a Tabela 6.

Tabela 6
Porcentagem de interessados em relação ao número de respondentes de cada curso

Curso	Respondentes <i>n</i>	Interessados <i>n</i>	Interessados em relação aos respondentes do curso %
Nutrição	12	10	83,3%
Enfermagem	27	12	44,4%
Medicina	9	3	33,3%
Ciências Farmacêuticas	14	4	28,6%
Psicologia	46	12	26,1%
Odontologia	34	4	11,8%

De forma geral, as respostas dos estudantes convergiram com a análise dos fluxos dos cursos. O tema relação profissional de saúde-paciente apresenta-se incluído nos

currículos dos cursos de saúde do *campus* Darcy Ribeiro da UnB, em acordo com as diretrizes curriculares do Governo Federal (Brasil, 2001a). No entanto, as categorias sobre as formas sugeridas pelos estudantes de como o tema poderia ser mais abordado, ressalta a necessidade de ampliar as discussões, aprofundar e sistematizar o tema e, principalmente, abordá-lo de forma mais relacionada com a prática.

Alguns dados chamaram atenção e demandam maior investigação sobre os motivos provocadores desses resultados, que podem denunciar aspectos importantes na formação específica de cada curso. Entre eles, ressalta-se: o grande interesse dos estudantes do curso de Nutrição em participar da Oficina; uma pesquisa sobre um tema tradicionalmente presente no curso de Medicina, ter encontrado pouca participação em números brutos; e a instigante participação dos estudantes do curso de Odontologia, uma vez que o número de respondentes ao questionário foi o segundo maior e, proporcionalmente, teve o menor número de interessados em participar da Oficina.

6.2 Segundo momento da pesquisa: Oficina

A presente seção apresenta a caracterização da amostra e os dados obtidos na entrevista inicial, intervenção e entrevista final, bem como as respostas a todos os instrumentos: Formulário de Identificação Sociodemográfico, Instrumento de Autoavaliação e Formulário de *Feedback*.

6.2.1 Caracterização da amostra

Dos 45 estudantes que demonstraram interesse no segundo momento da pesquisa, 13 participaram da primeira etapa (entrevista inicial) e apenas cinco das próximas (Oficina e entrevista final). Todos eram do *campus* Darcy Ribeiro. Dos 13 entrevistados na primeira etapa: um era de Ciências Farmacêuticas, dois de Enfermagem, dois de Medicina, três de

Nutrição e cinco de Psicologia. Entre os oito estudantes que, devido à incompatibilidade de horários, não puderam comparecer estavam um de Ciências Farmacêuticas, um de Enfermagem, um de Medicina, dois de Nutrição e três de Psicologia.

Participaram da Oficina um estudante do segundo semestre de Enfermagem, um do quarto semestre de Medicina, um do oitavo semestre de Nutrição e dois do curso de Psicologia, sendo um do segundo semestre e outro do sétimo. O tamanho da amostra impediu a caracterização de cada um dos participantes, sob risco de identificação. Assim, optou-se pela apresentação mais global do perfil sociodemográfico do grupo.

A idade variou entre 18 e 20 anos, apontando um perfil jovem. Apenas um homem fez parte da Oficina, dado não surpreendente levando-se em conta a prevalência de mulheres nos cursos de saúde. Todos eram solteiros, sem filhos e não possuíam outra graduação. Apenas um participante estava trabalhando no momento da pesquisa, como estagiário. Em relação à religião, três se definiram cristãos, um protestante e um respondeu não praticar nenhuma religião.

6.2.2 Intervenção: Oficina Relação Profissional de Saúde-paciente

A descrição detalhada dos encontros do programa de intervenção gestaltpedagógico, com enfoque na Relação Dialógica, para o ensino do tema relação profissional de saúde-paciente aos estudantes dos cursos da saúde do *campus* Darcy Ribeiro, pode ser conferida no Anexo G. A seguir, serão apresentados alguns aspectos e alguns exercícios da Oficina, eleitos pela relevância na discussão dos dados.

Conforme descrito no capítulo referente à metodologia, em todos os encontros foi pedido que os estudantes escrevessem uma palavra que traduzisse como estavam antes do início das atividades e ao final das mesmas, visando estimular o contato dos participantes consigo mesmo promovendo conscientização (Polster & Polster, 2001). Essas palavras

serviram também como um *feedback* processual para que a condutora pudesse adequar a condução das atividades às necessidades dos participantes (Burow e Scherpp, 1985).

Pôde ser observado, a partir da tabulação das palavras de cada encontro (Anexo J), que as palavras iniciais mais frequentes entre os estudantes eram: cansado, ansioso, tranquilo e curioso, que podem estar associadas ao que haviam vivenciado antes do início da Oficina. Em relação às palavras finais, a maioria refletiu aspectos de motivação, tranquilidade, consciência e reflexão. Interessante perceber que esse exercício, ainda que não previsto como objetivo da Oficina, foi incorporado como um recurso cotidiano em situações adversas, como relatado por uma das participantes:

“(...) nós também fizemos avaliação da palavra. “Você senta, para, pensa numa palavra”. Isso eu achei muito bom, porque eu sou uma pessoa muito ansiosa, aí eu vou fazer uma prova, ou eu estou estudando, a minha cabeça está assim, a mil por hora, aí eu paro e falo: “Como foi que ela fez? Vou pensar numa palavra! Um minuto pra você respirar”! Isso eu aprendi também. Eu não sei nem se estava no cronograma, mas eu levei muito em consideração. (...) Meio que abriu os olhos, entendeu”? (P1 - pós²).

Foram explicados, para os participantes no primeiro encontro, a forma como se trabalharia na Oficina, a metodologia da Gestaltpedagogia, e o conteúdo que seria trabalhado, a Relação Dialógica. O oferecimento dessas informações objetivou uma comunicação direta e clara.

Desde o primeiro encontro da Oficina, a pesquisadora estimulou a fala dos participantes, enfatizando a importância da troca de informações e opiniões entre todos os participantes. A composição do grupo, com estudantes de diferentes cursos, possibilitou a discussão da relevância do trabalho em equipe multiprofissional para atingir as metas da assistência integral à saúde.

Foi uma preocupação constante da pesquisadora, criar um espaço de abertura e receptividade para as falas, incentivando a formação de grupos de discussão, atribuindo o

² Para evitar a repetição de palavras ao longo do texto, serão usadas as abreviações “pré” e “pós”, para designar relatos feitos antes e após a intervenção, respectivamente.

mesmo nível de importância em relação aos participantes, numa relação de diálogo conforme preconizado na literatura (Burow & Scherpp, 1985; Freire, 1968/2012; Pereira, 2007).

Em um exercício no primeiro encontro, os estudantes foram convidados a evocar palavras associadas à relação humana de qualidade. Essas palavras foram anotadas em um programa de edição de texto em um *notebook* e projetadas por um aparelho de *datashow* (Figura 4).

alteridade	confiança	reciprocidade
assertividade	dar espaço ao outro	respeito
atenção	disponibilidade	responsabilidade
autenticidade	educação (boa educação)	segurança
colocar-se no lugar do outro	elogio	sinceridade
compreensão	empatia	solidariedade
compromisso	paciência	tolerância
cortesia	respeitar o saber e o não saber do outro	

Figura 4. Palavras evocadas pelos participantes sobre relação humana de qualidade.

Pesquisadora e estudantes agruparam então essas palavras por significados semelhantes e depois sintetizaram a ideia principal de cada grupo de palavras transformando-o em uma só palavra. Ao serem listadas as palavras finais, os estudantes verificaram se elas realmente identificavam o que entendiam por relação humana de qualidade. As palavras finais foram: respeito, reciprocidade, paciência, empatia, cortesia, atenção, responsabilidade e segurança. A seguir, foi pedido que os estudantes avaliassem se a forma como vivenciaram a atividade teve ou não relação com as palavras identificadas. P1, P3 e P4 sinalizaram afirmativamente com a cabeça. P5 disse que sim, que “foi bem aberto para nos colocarmos, teve empatia na forma como entramos em um consenso com as palavras”. P2 disse que “acha que teve relação sim”.

A vinculação entre teoria e prática foi prioridade da mestranda na execução da intervenção, tendo em vista que esse também é um ponto de destaque na Gestaltpedagogia. A relação horizontal professor-aluno foi foco na postura assumida na condução da Oficina, coerente com os pressupostos da proposta gestaltpedagógica (Burow & Scherpp, 1985).

Do segundo ao nono encontros foram apresentados os conceitos de presença, comunicação genuína, confirmação e inclusão segundo Martin Buber (2007), sendo reservados dois encontros para cada conceito. A sequência das atividades era a mesma: em um encontro era feito um experimento e depois apresentado o conceito por meio de slides, com discussão dos aspectos teóricos e a prática vivenciada; no outro era proposta uma atividade que associava o conceito apresentado à relação com o paciente.

A promoção constante dessa integração contribuiu na tentativa de promoção de um aprendizado integral. O ensino integral, valorizando competências técnicas e relacionais (Esperidião, 2001; 2003; 2005), pode ser mais eficazmente transmitido por meio de metodologias ativas (Branch Jr. et al, 2001). Essas metodologias possuem como principais aspectos a aprendizagem significativa, a indissociabilidade entre teoria e prática, o respeito à autonomia do estudante, o trabalho em pequenos grupos, a educação permanente e a avaliação formativa (Siqueira-Batista & Siqueira-Batista, 2009). Todos esses aspectos foram planejados e implementados na Oficina.

Atenta ao fato de que a técnica pela qual o humanismo mais comumente é aprendido pelos estudantes é por meio da observação (Branch Jr. et al., 2001), a pesquisadora assumiu uma postura de valorização da relação entre seres humanos em todos os encontros da Oficina, tanto por meio do conteúdo que era ensinado quanto da sua relação com os estudantes, já que para Muniz e Chazan (2010) a conduta que o professor demonstra no encontro professor-aluno, tem muito mais alcance do que o que é dito. Esse

aspecto não foi despercebido pelos estudantes, como evidenciado na verbalização a seguir:

“gostei também que deu abertura, né?! Lá, uma coisa que eu fiquei, assim, fascinado, que às vezes não acontece em sala de aula, e que eu achei muito bom, é que cada um podia falar realmente o que estava pensando e era valorizado” (P1 – pós).

No último encontro foi entregue uma folha contendo a transcrição da expectativa que os estudantes tinham do trabalho no 1º Encontro da Oficina. Foi pedido então que completassem essa folha verificando se a expectativa foi alcançada ou não. Todos os participantes afirmaram que sua expectativa foi alcançada, evidenciando comprometimento com a tarefa. A Tabela 7 apresenta as expectativas de cada um dos participantes e os comentários anotados no último encontro do grupo.

Tabela 7

Expectativas em relação à Oficina e comentários sobre seu alcance

Participante	Transcrição da expectativa 1º Encontro	Comentário 10º Encontro
P1	<i>“Espero agregar mais conhecimento para o curso. O que vai ser importante. Acho que tudo que a gente puder somar para construir alguma coisa é bom”.</i>	Foi muito além de agregar conhecimento para o curso, pois conheci novos conceitos que são aplicáveis em qualquer relação humana do cotidiano. E agora, mais do que em qualquer outro momento da Oficina, defendo a participação dos tópicos abordados em cursos de Ciências da Saúde e Ciências Sociais, todos aqueles que prezam pela relação interpessoal de qualidade.
P2	<i>“Não tenho muita certeza, assim, do que eu espero aqui. Não sei muito bem como vai funcionar a dinâmica, se a gente vai ter temas pré-estabelecidos, se vai ser mais livre... Mas, acho que é um espaço para gente discutir um pouco mais”.</i>	Temas pré-estabelecidos, mas a discussão foi livre, baseada na percepção e vivência de cada um. Quando conversei com um amigo sobre a Oficina, ele perguntou: “você não acha que está perdendo tempo, não? Você está perdendo dois almoços por semana para discutir sobre o que todo mundo já sabe, sobre estar presente, todo mundo sabe que isso é importante”. Bom, eu discordo. Não perdi tempo, investi tempo para tentar entender melhor a base da nossa profissão: a comunicação interpessoal. Acho que, no fundo todo mundo sabe que estar presente é importante, mas é quando se coloca em palavras, quando se dá um tempo só para isso, que conseguimos perceber o quão importante é “desligar o celular”, e assim, tomar uma atitude.
P3	<i>“Me interessei porque durante o curso eu tive poucos momentos para debater exclusivamente sobre isso. Aí achei que esse espaço é legal para isso. E eu espero que acrescente também alguma coisa sobre isso na minha formação”.</i>	Achei que o curso foi importante porque, por outro lado, nós não debatemos “exclusivamente sobre isso”, mas sobre relação de uma maneira geral com muitos exemplos, tanto do cotidiano quanto na relação com o paciente. Abriu minha cabeça para relação de uma maneira geral, que vai implicar na minha carreira. Na minha formação foi um diferencial, com certeza. Vejo que muitos colegas têm dificuldade com isso.
P4	<i>“Espero sair mais preparado, porque eu me acho muito imaturo ainda em muitas coisas. Acho que vai ser, assim, uma experiência também”.</i>	A Oficina me preparou para enfrentar relações não só com meus pacientes no futuro, mas com todas as relações interpessoais vivenciadas no momento. Os conceitos abordados foram interessantes e fizeram com que eu prestasse atenção no jeito que eu me relacionava com as pessoas, e como fazer para melhorar e me mostrar mais humana para aqueles que interagem comigo, seja família ou amigos.
P5	<i>“Eu espero sair mais preparado mesmo, mais seguro. Assim, espero que seja mais no contexto, assim, para sair mais seguro na prática. Que agregue mais conhecimento”.</i>	A Oficina conseguiu conectar os conteúdos teóricos aos práticos, contextualizados, muitas vezes, nos ambientes de saúde, como atendimentos, dentre outros. Me sinto mais preparado como estudante para atender e promover uma troca significativa nas minhas relações com pacientes. O conteúdo da Oficina também serviu para a vida pessoal com certeza ☺. Seria ótimo se todos alunos da saúde tivessem oficinas como esta, com certeza teríamos uma prática da saúde mais humanizada.

Os resultados sugerem que a Oficina teve boa aceitação dos participantes, tanto em relação ao conteúdo quanto à metodologia, inclusive superando suas expectativas. O que pode indicar uma aproximação da integração entre teoria e prática preconizada por estudiosos da área (Branch Jr. et al., 2001; Eperidião, 2001, 2003, 2005).

6.2.3 Avaliação do programa de intervenção

Para avaliar as contribuições da Oficina Relação Profissional de Saúde-Paciente para o ensino desse tema a estudantes dos cursos de saúde da UnB, foram analisados os dados obtidos nas entrevistas, as respostas ao Instrumento de Autoavaliação, os comentários do último encontro da intervenção e as informações colhidas pelo Formulário de *Feedback*.

6.2.3.1 Entrevistas

Após seguir os quatro passos propostos no método fenomenológico (Giorgi, 1985), foram definidas cinco categorias nas entrevistas antes da intervenção e seis categorias nos relatos após a Oficina (Anexo K).

Essas categorias serão apresentadas e discutidas, utilizando verbalizações dos estudantes para exemplificá-las. Face aos objetivos da presente pesquisa, os resultados foram organizados em relação a três tipos de respostas, tanto antes quanto após a intervenção: 1) percepção sobre o tema “Relação profissional de saúde-paciente”, 2) aprendizado do tema, e 3) perspectiva dos participantes sobre a intervenção.

A Tabela 8 evidencia que antes da intervenção a percepção sobre a relação profissional de saúde-paciente estava relacionada à definição da relação profissional de saúde-paciente, aspectos importantes na relação com o paciente e dificuldades futuras na prática da relação com o paciente.

Tabela 8
Percepções sobre o tema “Relação profissional de saúde-paciente” antes da oficina psicoeducativa

Categoria	Descrição da categoria
Definição da relação profissional de saúde-paciente	Compreende a relação profissional de saúde-paciente como sendo uma interação com humanidade, uma relação entre duas pessoas com separação de papéis, relativa ao vínculo entre profissional e paciente para tratamento e cura. Pressupõe que o profissional interfere eticamente na vida do paciente, com acolhimento e atenção sua real necessidade. Implica em relacionamento com um olhar mais amplo e sofre influência da relação entre profissionais também.
Aspectos importantes na relação como o paciente	Inclui relatos de respeito, compreensão, saber ouvir, dar voz ao paciente, prestar atenção, acolher, estabelecer vínculo, empatia e confiança. Pressupõe uma relação de igualdade, na qual é importante se colocar no lugar do paciente e ter uma percepção integral sobre ele. Demanda boa preparação acadêmica e boa estrutura familiar do profissional.
Dificuldades futuras na prática da relação com o paciente	Abrange, principalmente, a dificuldade em dosar envolvimento e afastamento e o receio de fazer algo errado. Outros medos são não conseguir estimular a adesão do paciente ao tratamento, não ter uma comunicação clara e efetiva, e não ter estrutura emocional. Apreende ainda a dificuldade de trabalhar em equipe.

A Tabela 9 apresenta a percepção da relação profissional de saúde-paciente após a intervenção. Embora as categorias sejam as mesmas, em sua descrição há a incorporação de conceitos abordados na Oficina.

Tabela 9
Percepções sobre o tema “Relação profissional de saúde-paciente” após a oficina psicoeducativa

Categoria	Descrição da categoria
Definição da relação profissional de saúde-paciente	Compreende a relação profissional de saúde-paciente como o relacionamento existente entre o paciente e o profissional de saúde. Uma relação humana com objetivo específico, uma relação de ajuda que vai além do conhecimento técnico. Uma relação de qualidade que acontece de ambos os lados. Envolve vínculo, comunicação efetiva, respeito, estar presente, ouvir, aceitar e confirmar o paciente. Forma de acolhimento do paciente e entra no mundo dele.
Aspectos importantes na relação como o paciente	Inclui presença, comunicação genuína, confirmação, inclusão, atenção, motivação e disponibilidade para ouvir sem preconceitos.
Dificuldades futuras na prática da relação com o paciente	Abrange dificuldade em dosar envolvimento e afastamento, ter naturalidade com o paciente, dificuldade em ficar presente e em estabelecer uma comunicação clara com o paciente. Também receio na tomada de decisões.

A categoria *aspectos importantes na relação com o paciente* inclui os elementos do interhumano de Buber, o que demonstra que os conceitos foram assimilados pelos participantes e foram entendidos como efetivos na relação com o paciente.

Em relação à comparação das definições dos participantes sobre a relação profissional de saúde-paciente, antes e depois da Oficina (Tabela 10), observa-se que as respostas iniciais prioritariamente focalizavam aspectos do profissional, configurando-se como repetições automatizadas do conceito, sem muita reflexão crítica, com uso de jargões. Após a intervenção, verifica-se uma definição mais objetivada do tema, com a incorporação da participação do paciente em um processo de decisão compartilhada, além dos conceitos discutidos nos encontros.

Tabela 10

Definições da relação profissional de saúde-paciente antes e após a oficina psicoeducativa

Participante	Antes da oficina psicoeducativa	Após a oficina psicoeducativa
P1	<i>“Pra mim, é a capacidade que o profissional tem de interagir com o paciente, sem trazer os problemas do paciente pra sua vida, mas saber tratar com humanidade o paciente. Saber se relacionar emocionalmente, mas não a ponto de atrapalhar a sua vida. Acho que é isso”.</i>	<i>“É a relação que o profissional (...) tem com o paciente, no momento do atendimento, né, porque eles tão trocando de informações. A posição que o profissional de saúde tem é de ouvir o paciente, e o paciente de falar o que ele tem, né, a fim de resolver aquilo”.</i>
P2	<i>“O que é... É uma pergunta meio difícil, assim, né... Bom, acho que é a relação, meio ao pé da letra, a relação que você tem com o seu paciente. Agora, o que envolveria essa relação é que eu acho que teria mais a falar, assim. Porque tem a parte mais concreta, que é o que o paciente quer de você e o que você tem a oferecer para ele. Seria mais a questão de "ele está doente, você dá assistência e tudo mais". Aquela ideia de (...) tratar e curar, enfim. Tem essa parte de relação, mas é lógico que tem outra parte de relação porque é uma relação de duas pessoas de qualquer jeito, né?! Então, não sei...”.</i>	<i>“Acho que é uma relação como outra qualquer, assim, só que com um objetivo um pouquinho mais definido, né. O profissional de saúde está lá para ajudar o paciente, no que for possível aí, né. Acho que isso”.</i>
P3	<i>“Pra mim, é um vínculo que fica sendo criado entre o profissional de saúde e o paciente (...)”.</i>	<i>“Então... hoje eu entendo como um relacionamento que existe, né, do vínculo entre o paciente e o profissional de saúde. É... ele funciona dos dois lados, né, do paciente para o profissional e do profissional para o paciente. É esse relacionamento que existe mesmo”.</i>
P4	<i>“É a forma como o profissional, ele interfere na vida do paciente, ele consegue falar dos seus problemas. (...) como que o profissional lida com os problemas do paciente de uma forma ética, né. Acho que é isso, porque eu ainda não tenho muito conhecimento ainda. Acho que eu sou muito imaturo ainda”.</i>	<i>“Bom, é uma relação de qualidade, que a pesquisadora mostrou várias coisas que você precisa ter. Então, ela mostrou quatro conceitos, né, do Buber, e todos eles fazem com que você se relacione melhor com o seu paciente. Então, para você estar ali presente naquela relação, sabe, fazer com que melhore aquilo ali, né. Acho que uma relação de qualidade é você ter respeito pelo sentimento do outro, pela condição do outro, é você estar presente mesmo, ouvindo e confirmando aquela pessoa.</i>
P5	<i>“Acho que é você acolher a pessoa que está em busca do profissional de saúde. Acho que quando a pessoa vai buscar qualquer tipo de profissional, ela está com algum tipo de sofrimento, e esse profissional tem algum recurso que pode ajudá-la, e eu acho que, além do profissional ter esse recurso, ele estudou durante anos, ele entende sobre isso, e ele tem que saber como se relacionar com essa pessoa, como ouvir a pessoa. Tem que saber diferenciar algumas coisas, ser mais atento à real necessidade do paciente. Então, eu acho que é mais no caso pra você saber se relacionar, no sentido de ter um olhar mais amplo. Não é só o paciente chegar e falar os sintomas "Eu estou com isso, isso", "Então, é isso, isso", acho que isso não resolve, muitas vezes...”.</i>	<i>É, pra mim, depois do curso, isso é a maneira, acho que vai além da questão do conhecimento técnico mesmo, é como você acolhe a pessoa. É a maneira que você acolhe aquele paciente e como você inclui ele, né. Que é até uns dos conceitos. Como que você, assim, aceita e, vou explicar melhor. Como que você se aproxima daquele paciente, como você entra no mundo dele. Acho que é mais ou menos isso”.</i>

Vale ressaltar, a observação feita por P1 na entrevista realizada antes da intervenção sobre a influência da relação entre profissionais na relação com o paciente, uma vez que a humanização como capacidade de compreensão e cuidado do paciente, só pode ser atingida com a integração e a melhora na comunicação entre os profissionais (Backes et al., 2006).

“Acho que a relação do profissional com o paciente também é afetada com a relação do profissional com o profissional” (P1 – pré).

Outro destaque é feito pelo relato de P2, o qual exemplifica o que Mendonça (1995) fala de haver dois pólos de uma mesma humanidade.

“Acho que é uma relação como outra qualquer, assim, só que com um objetivo um pouquinho mais definido, né. O profissional de saúde está lá para ajudar o paciente, no que for possível aí, né?!” (P2 – pós).

Segundo Buber (1923/2004), uma relação de qualidade pode ser estabelecida se em uma relação Eu-Isso, na qual o contato visa algum objetivo, tem-se o Eu-Tu como latência, em uma atitude de disponibilidade para o outro. As percepções pós-intervenção exibem claramente aspectos dessa condição.

Quanto aos aspectos considerados como importantes na relação do profissional de saúde com o paciente, verifica-se a assimilação dos conceitos apresentados na Oficina, os quais incluem a maioria dos aspectos elencados pelos estudantes na entrevista inicial. Ter uma Relação Dialógica envolve interesse pelo outro enquanto pessoa, em uma atitude de respeito e valorização da sua alteridade, e um olhar voltado para o ser na sua totalidade, com a manifestação de elementos do interhumano: presença, comunicação genuína, confirmação e inclusão (Buber, 1923/2004).

Nota-se, também, que os aspectos enumerados antes da intervenção são elementos desejáveis e esperados em qualquer relação humana, conforme salientam Gomes (2003),

Porto (2003) e Soar Filho (1998), confirmando o pressuposto de que falar de relação profissional de saúde-paciente é, antes de tudo, falar de relação humana (Canto et al., 2011; Gomes, 2003). Uma última observação quanto a esses aspectos pode ser feita no que diz respeito à disponibilidade de ouvir sem preconceitos, citada pelos estudantes e que ilustra o conceito de *epoché* formulado pela Fenomenologia e necessário na atitude dialógica (Dartigues, 2005),

A principal dificuldade identificada pelos estudantes, tanto antes quanto depois da Oficina, foi dosar o envolvimento e o afastamento na relação com o paciente. Nota-se, entretanto, que após a intervenção foram identificadas menos dificuldades.

Na lista de dificuldades da entrevista antes da intervenção, um destaque é feito pela citação da dificuldade em trabalhar em equipe, já que para atingir as metas da assistência integral à saúde, Queiroz e Araujo (2009) ressaltam a importância do trabalho em equipe multiprofissional. A palavra equipe foi citada, antes da Oficina, apenas pela participante do curso de Enfermagem que está no segundo semestre do seu curso. Esse dado parece sugerir que pouca ênfase têm sido dada ao cuidado ampliado e que os cursos focalizam as contribuições da própria categoria para a assistência.

Em relação ao aprendizado do tema “Relação profissional de saúde-paciente” a categoria pré-intervenção (Tabela 11) identifica conteúdos relacionados ao aprendizado do tema na universidade.

Tabela 11
Aprendizado do tema “Relação profissional de saúde-paciente” antes da oficina psicoeducativa

Categoria	Descrição da categoria
Aprendizado do tema na universidade	Caracteriza recursos metodológicos como aula expositiva, seminários, discussão, pesquisa e leitura de textos, casos clínicos, participação em pesquisas, além do aprendizado em projetos de extensão e em estudo autônomo e informal. Diz-se de falas superficiais, falta de experimentação, defasagem do tema em sala de aula e priorização do conhecimento teórico. Disciplinas são citadas: Psicologia Médica e Psicologia: Curso e Profissão. Denuncia lacunas do curso.

Após a intervenção, os estudantes identificaram contribuições da Oficina para a aprendizagem do tema e conceitos buberianos da Relação Dialógica são citados (Tabela 12).

Tabela 12

Aprendizado do tema “Relação profissional de saúde-paciente” após a oficina psicoeducativa

Categoria e subcategorias	Descrição da categoria
Contribuições da Oficina para aprendizagem do tema	Sobretudo, existência de relação entre teoria e prática. Inclui também: conscientização, esquematização de conceitos, ampliação da percepção como um todo, modificação do olhar com o paciente, mais clareza de como colocar em prática a humanização. Ajudou no cuidado com o paciente e a sentir-se mais humano. Despertou desejo de mudança e sentimento de poder fazer a diferença em uma relação, profissional ou não. Promoveu aprendizado para a vida e segurança.
Presença	Foco na relação, estando presente não só fisicamente. Ato de se voltar para o outro com disposição e abertura para ouvir.
Conceitos buberianos de Relação Dialógica	Comunicação genuína
	Caracterizada por comunicação direta, eficiente, com clareza e sinceridade. Expressão fidedigna de se e do que deseja comunicar. Demanda compreensão entre os interlocutores com uso de linguagem adequada.
	Confirmação
	Envolve valorização do outro, confirmando sua existência, mesmo que não concorde com sua opinião. Saber ouvir, responder e aceitar. Validação da experiência do outro.
	Inclusão
	Compreende colocar-se no lugar do paciente, sem perder a consciência de si e do seu mundo. Exige olhar o mundo a partir da perspectiva do outro e auxilia no desenvolvimento da atitude profissional.

A descrição da categoria contribuições da Oficina para aprendizagem do tema confirma o propósito da Gestaltpedagogia de incentivar a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas proporcionando um aprendizado significativo à vida (Burow & Scherpp, 1985).

Esses resultados também afirmam a contribuição dos fundamentos da Relação Dialógica para o aprimoramento da qualidade das relações humanas, tanto no contexto da relação dos profissionais de saúde com seus pacientes quanto na relação estabelecida pelos formadores dos recursos humanos em saúde com seus aprendizes (Lilienthal, 2004).

Os estudantes foram unânimes em comentar a defasagem do ensino sobre o tema da pesquisa na universidade, relatando o enfoque prioritariamente teórico quando é discutido em seus cursos.

“Ah... através da palavra do professor mesmo, explicando, (...) falando, mas é sempre uma coisa bem superficial, teórica” (P1 - pré).

“Do curso especificamente, (...) assim, quase nada. A parte que a gente aprende é a parte mais biológica, assim, das coisas, né?! Por exemplo, a gente trabalha muito (...) com caso clínico, eles falam que estão tentando aproximar a gente da realidade. Só que essa aproximação da realidade é assim: "mulher de 45 anos, 1,70, dor no abdômen". Eu não acho que isso seja realmente se aproximar da realidade, né?!” (P2 – pré).

“Eu julgo que eu ouvi muito pouco. (...) eu fiz uma pesquisa, (...) que eu tive contato, que eu pude ler algumas coisas também sobre alguns... (...) O que eu aprendi é mais autônomo mesmo, (...) eu quis estudar mais isso, mas ninguém nunca me falou mais sobre isso, entendeu? (...) Mas, assim, foram pouquíssimas vezes mesmo, mais em pesquisas, ou sei lá, uma palestra, uma coisa sem ser uma aula assim. Acho que foi mais os lugares que eu ouvi” (P5 – pré).

Esse dado corrobora com a literatura sobre a formação brasileira em saúde de que, apesar de tentativas em algumas universidades de promover um ensino mais humanizado (Branco, 2003; Costa et al., 2010; Mello Filho & Burd, 2010), estudos apontam uma priorização da educação teórica e técnica (Caprara, 2004; Rocco, 2010; Sucupira, 2007; Traverso-Yépez & Morais, 2004).

Ao se comparar esses dados com os resultados que constituíram a categoria contribuições da Oficina para aprendizagem do tema, nota-se exatamente a contraposição ao ensino teórico na universidade. Os participantes relataram sobre a relação entre teoria e prática presente na intervenção:

“O que a gente ia aprendendo a gente colocava em prática, né. Você estava num ambiente que a pesquisadora falava uma coisa, e logo depois a gente já estava botando em prática, né?!” (P1 – pós).

“Melhorou também a questão de que eu vejo mais claro de como colocar em prática a humanização, assim, sabe?” (P3 - pós).

“Acho que as técnicas utilizadas, como eram muito práticas, a gente via a teoria e via a prática, isso proporcionou a gente a aprender a aplicar aquilo na realidade. (...) A gente fez umas simulações também de atendimento. Aí, a gente conseguiu ver todos os conceitos ali, aí eu acho que isso ajudou bastante mesmo” (P5 – pós).

Como recursos metodológicos de ensino da temática da relação com o paciente na universidade, foram citados: aula expositiva, seminários, discussões de casos clínicos e pesquisa e leitura de textos. Sobre a Oficina, alguns dos recursos utilizados mencionados pelos estudantes na entrevista foram: simulações, filmes, esquematização dos conceitos, discussão, abertura para participação e valorização da fala dos participantes.

Ainda sobre o aprendizado do tema, os participantes conseguiram definir assertivamente os conceitos buberianos aprendidos, o que pode ser evidenciado na comparação com a definição desses elementos do interhumano (Tabela 13). Ressalta-se que o questionamento sobre esses conceitos foi realizado uma semana após o término da Oficina e dois meses após o início da intervenção.

Tabela 13

Comparação entre os conceitos buberianos descritos pelos participantes e as definições de Martin Buber (2007)

Conceito	Descrição da subcategoria	Definições de Martin Buber
Presença	Foco na relação, estando presente não só fisicamente. Ato de se voltar para o outro com disposição e abertura para ouvir.	Estar presente é uma atitude que vai muito além da presença física, é ser autêntico e genuíno, deixando-se tocar e mobilizar pelo que acontece na relação. É estar disponível cognitiva e emocionalmente para o outro tanto quanto se possa naquele momento. Presença é definida como um voltar-se para o outro. Essa atitude possibilita o encontro, a abertura ao diálogo e o contato pessoa a pessoa.
Comunicação genuína	Caracterizada por comunicação direta, eficiente, com clareza e sinceridade. Expressão fidedigna de se e do que deseja comunicar. Demanda compreensão entre os interlocutores com uso de linguagem adequada.	Disposição para se envolver honestamente no diálogo e criar condições para isso acontecer. Sem reservas, vale ressaltar, não significa sem discernimento. Palavras ditas impulsivamente, não relevantes à tarefa, podem atrapalhar o diálogo genuíno. O que deve ser sem reservas é a disponibilidade para um diálogo verdadeiro. Envolve troca de palavras, percepções, e mesmo de silêncio, livre de julgamentos, sempre no intuito de proporcionar o desenvolvimento da relação.
Confirmação	Envolve valorização do outro, confirmando sua existência, mesmo que não concorde com sua opinião. Saber ouvir, responder e aceitar. Validação da experiência do outro.	O ser humano tem a necessidade de ser confirmado para se sentir visto e valorizado como pessoa. Confirmação não significa, de forma alguma, uma aprovação, mas a aceitação do outro como parceiro de uma conversa genuína. Significa reconhecer e afirmar a existência dessa pessoa, mesmo que talvez seu comportamento seja inaceitável.
Inclusão	Compreende colocar-se no lugar do paciente, sem perder a consciência de si e do seu mundo. Exige olhar o mundo a partir da perspectiva do outro e auxilia no desenvolvimento da atitude profissional.	É uma forma de sentir o que o outro está vivenciando, em um determinado momento, sem perder sua própria identidade; é tentar experimentar o que o outro está experienciando e simultaneamente se manter centrado em si mesmo; é estar em sintonia com o outro, porém sem deixar de ser quem é. É o movimento de ir e vir, de estar centrado na própria existência e ainda assim ser capaz de passar para o outro lado. Significa ver o mundo pelos olhos do outro, sentir o ponto de vista do outro, imaginar concretamente a realidade do outro em si mesmo de maneira tão completa quanto possível.

As Tabelas 14 e 15 apresentam o terceiro e último tipo de respostas das categorias, a perspectiva dos participantes sobre a intervenção, a partir das quais puderam ser

evidenciadas as motivações que os estudantes tinham para participar da Oficina e também as vantagens e limitações da intervenção relatadas por eles.

Tabela 14

Perspectiva dos participantes sobre a intervenção antes da oficina psicoeducativa

Categoria	Descrição da categoria
Motivação para participar da Oficina	Existência de interesse pelo tema, considerado importante na formação, e necessidade de agregar conhecimento sobre o assunto. Pesquisa interessante que pode contribuir para cessar o cansaço de ter teoria sem prática, a falta de desenvolvimento consistente do tema na universidade e ser um espaço para discussão. Desejo de conduzir bem a relação com o paciente. Por fim, relação de troca na universidade com contribuição para melhora do curso.

Tabela 15

Perspectiva dos participantes sobre a intervenção após a oficina psicoeducativa

Categoria e subcategorias	Descrição da categoria
Vantagens e limitações da Oficina	
Vantagens	Aprender a ver as sutilezas das relações humanas, a esquecer as questões pessoais no momento da relação e a usar o conhecimento teórico e técnico para ajudar o paciente, sem desconsiderar seu ponto de vista. Multiprofissional, didático, com uso de filmes e da dinâmica da palavra, e abertura para participação dos componentes. Semestre, horário e local propícios, além de não ter sido muito longo. Assunto interessante, proporcionando uma Oficina muito boa que será um diferencial na formação dos participantes.
Limitações	Grupo pequeno, poderia ser expandido para mais estudantes na universidade. O horário dificultou. Poderia ter tido uma duração mais longa.

Com relação às motivações, todos os participantes disseram que o assunto da pesquisa era interessante. Percebe-se uma insatisfação com a forma pela qual estão aprendendo sobre o tema na universidade e, ao mesmo tempo, uma sensibilização para a importância deste, convergindo com o que tem se observado no contexto educacional da área da saúde na atualidade, que apesar de algumas tentativas, parece que ainda prevalece a educação teórica e técnica (Caprara, 2004; Rocco, 2010; Sucupira, 2007; Traverso-Yépez & Morais, 2004).

Também foi evidenciada a possibilidade de uma experiência com a temática da relação com o paciente de forma mais sistematizada:

“Como eu vi muito pouco, e eu acho esse tema muito importante pra minha formação (...) achei essa pesquisa, nossa, é muito bacana, mas eu nunca tive contato com isso, eu nunca vi alguém desenvolvendo isso. Eu já vi as pessoas falando, eu li alguma coisa ou outra, mas nunca vi algo realmente consistente, algo que abordasse essa questão. “Hoje a gente está aqui pra ensinar como se relacionar com paciente”. Eu nunca vi isso na universidade. A gente vê falando sobre a importância “É importante por causa disso, por causa disso”, mas ninguém nunca ensinou para parar como fazer. Então, assim, eu quero saber como fazer. Estou cansada de saber teoria, teoria, e não saber como fazer. Aí, por isso, que eu me interessei” (P5 - pré).

Por fim, ressalta-se a consciência acadêmica de participar da pesquisa com intuito de contribuir para melhora do curso de graduação:

“Eu acho que se a gente pode contribuir com uma coisa boa pra universidade, né?! Vai que lá na frente alguém ajuda também, assim vai melhorando o curso continuamente, vai todo mundo crescendo” (P1 - pré).

Diferente das entrevistas iniciais, nas quais o tema equipe multiprofissional, foi citado apenas pela participante de Enfermagem, após a intervenção a maioria dos estudantes citou como vantagem o fato de ter sido com participantes dos diferentes cursos de saúde. Esse dado também pôde ser evidenciado nos comentários expostos no último encontro da Oficina:

“A gente tem pouco espaço para debater isso com outras pessoas, só às vezes em sala de aula mesmo, então achei bem legal porque foi com alunos de diferentes cursos, achei isso bem interessante” (P3).

Este dado corrobora com a literatura da área de que a utilização de grupos na formação de recursos humanos em saúde pode também ser profícua na formação da concepção de trabalho em equipe em saúde, visto que mesmo se diferenciando de outros grupos pela sua composição, funções e tarefas, a equipe possui característica grupais (Queiroz & Araujo, 2009).

Os participantes elogiaram a Oficina e um participante fez questão de enfatizar que este será um diferencial na formação dos futuros profissionais de saúde colaboradores dessa pesquisa. Chama a atenção, o desejo dos participantes que se expandisse a intervenção para mais estudantes:

“Muita gente, antes de ir para o hospital, acho que precisava passar por um momento desse. Acho que é o que muita gente na faculdade está precisando (...) Acho que devia ser obrigatório, até! (risos)” (P3).

Diante desse desejo expresso pelos estudantes, da disponibilidade da pesquisadora em continuar promovendo a Oficina e da preocupação na devolução social do aprendizado adquirido na pós-graduação, há previsão de composição de um novo grupo após o término do mestrado, sendo que os estudantes que já manifestaram interesse na atividade, tanto do *campus* Darcy Ribeiro quanto de Ceilândia, serão primeiramente contatados.

A duração da intervenção foi eleita como uma vantagem por um participante, o fato de não ter sido um semestre inteiro, e como limitação por duas estudantes, as quais acharam que poderia ter tido mais do que 10 encontros. Esse dado, assim como o aspecto do horário que foi pontuado tanto como vantagem quanto limitação, parece sugerir preferências individuais em relação à estruturação da Oficina.

A quantidade de pessoas no grupo foi referida como uma limitação por mais de um estudante. Esta opinião converge com a intenção inicial do projeto de pesquisa em fazer grupos com 15 componentes. Contudo, a dificuldade em compor a amostra evidencia a árdua tarefa de se fazer pesquisa com intervenção nos 24 meses do mestrado.

6.2.3.2 Instrumento de Autoavaliação

Para responder à primeira questão deste instrumento, foi pedido que o participante tivesse em mente as coisas que atualmente pensa ou sente em relação ao tema “Relação

profissional de saúde-paciente”, e marcasse sua resposta de acordo com uma escala que variava de 1 (*discordo totalmente*) a 5 (*concordo totalmente*). No Anexo L pode-se conferir as respostas, antes e após a intervenção, a todos os itens dos cinco estudantes.

As respostas sugerem que alguns aspectos do tema “Relação profissional de saúde-paciente” parecem já estar incorporados, uma vez que os itens 01, 05, 09, 11, 13 e 18 (vide Tabela 16) tiveram convergência nas respostas tanto antes quanto após a intervenção. Nas respostas após a intervenção dos itens 05, 11 e 18, os participantes foram unânimes na concordância com as assertivas.

Tabela 16

Itens do Instrumento de Autoavaliação que parecem já terem sido incorporados pelos estudantes

item	afirmativa
01	No tratamento de doenças não é relevante discutir as vantagens e os riscos das terapias não convencionais com um paciente, uma vez que tal conduta não será instituída pelo profissional de saúde.
05	O trabalho em equipe pressupõe o repasse de informações ao paciente, aos familiares e aos profissionais envolvidos.
09	Faz parte da rotina de trabalho dos profissionais de saúde se relacionar com os pacientes, condição determinante no desenvolvimento de habilidades interpessoais.
11	Valorizar a queixa de um paciente, mesmo que não seja relevante para o caso, pode influenciar positivamente sua adesão ao tratamento.
13	É importante estimular o paciente a expressar seus sentimentos.
18	A doença e os cuidados de saúde devem ser analisados a partir da consideração do contexto econômico, político, ecológico, social e cultural.

As respostas aos itens 02, 07, 10, 14, 16 e 17 tiveram uma mudança da aplicação anterior à Oficina para a posterior, sendo significativa a convergência das respostas dos participantes após a intervenção conforme dados da Tabela 17.

Tabela 17

Itens do Instrumento de Autoavaliação que tiveram mudança nas respostas da aplicação anterior para posterior à oficina psicoeducativa, com convergência das respostas após a oficina

item	afirmativa	P1	P2	P3	P4	P5
02	Para realizar um procedimento em uma criança, o acompanhante não deverá estar presente para que uma relação de confiança seja estabelecida com o profissional de saúde.	1	1	1	2	3
07	A participação ativa do paciente no planejamento e execução de um programa de tratamento deve ser incentivada o máximo possível.	5	4	5	5	5
10	Com um paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, é melhor desconversar se ele perguntar sobre sua doença/prognóstico, evitando assim mais sofrimento.	1	1	3	1	1
14	O relacionamento entre paciente e profissional de saúde é a base de todo tratamento e tem impacto direto sobre a saúde dos dois.	3	5	5	4	5
16	As profissões da saúde baseiam-se não apenas na área biológica, mas também nas áreas humanas e sociais. Nesse sentido, observa-se a valorização de aspectos humanísticos na formação e capacitação dos profissionais com abordagens mais sistêmicas e integradoras.	5	5	5	4	5
17	Quando o profissional de saúde se coloca no lugar do paciente, as estratégias planejadas para favorecer adesão ao tratamento podem não ser adequadas uma vez que o profissional pode atuar a partir de informações que não são relevantes.	1	1	1	1	1

As respostas aos itens 03, 04, 06, 08, 12 e 15 apontam divergências nas opiniões dos participantes, o que pode sugerir falta de compreensão da afirmativa ou aspectos polêmicos da assistência em saúde. Sugere-se que estes itens sejam revistos. As justificativas dos estudantes às questões 04, 08 e 15 (Tabelas 18) parecem indicar problemas com a elaboração das assertivas.

Tabela 18

Justificativa de participantes a itens do Instrumento de Autoavaliação

Item	Afirmativa	Participante	Justificativa
04	Discutir preferências religiosas de um paciente e as limitações relativas a seu tratamento em função dessas preferências pode ajudar na adesão ao tratamento.	P1 – pré	<i>“O profissional não deve descartar uma crença do paciente, porque em qualquer processo de recuperação que fé é indispensável. O papel do curador é assegurar o tratamento científico adequado”</i>
08	A relação profissional de saúde-paciente difere tanto quantitativa quanto qualitativamente, de acordo com a faixa etária.	P3 – pós	<i>“A relação profissional de saúde e paciente pode manter um mesmo nível de qualidade, diferindo apenas em algumas características de tratamento ao longo do ciclo de vida”</i>
15	O uso da linguagem técnica favorece a compreensão do paciente sobre seu diagnóstico e tratamento, além de facilitar o acesso a outros profissionais e fontes de informações.	P1 – pré	<i>“A linguagem técnica dificulta o entender do paciente e melhora a comunicação entre os profissionais de diferentes dialetos”</i>
		P1 – pós	<i>“O uso da linguagem técnica favorece o conhecimento científico, pois tira a possibilidade de confusão de dialetos de um estudo que foi feito no norte e tem os dados mandados para o sul do Brasil. A linguagem técnica vem como unificadora. Com os pacientes, quanto mais simples for o modo de falar melhor será a comunicação”</i>
		P2 – pré	<i>“A linguagem técnica muitas vezes <u>afasta</u> os pacientes. Usar um termo como “neoplasia” e não explicar o que significa e em qual contexto está, pode ser catastrófico. A segunda parte eu concordo. O “dialeto” técnico surgiu, justamente, para padronizar e facilitar a comunicação (entre os que o entendem)”</i>
		P2 – pós	<i>“Favorece o profissional, o paciente não”</i>

A questão número 3 do Instrumento de Autoavaliação tinha o propósito de proporcionar um espaço aberto para que, caso desejasse, o participante pudesse acrescentar algo sobre o tema “Relação profissional de saúde-paciente”. A seguir estão transcritas as respostas à essa questão:

“Depois de ter participado das oficinas, pude perceber a importância desse assunto para uma relação de qualidade. A graduação, para mim, deveria incluir essas noções para não chegarmos ao mercado de trabalho tão imaturos e despreparados” (P4 – pós).

“Estive em um congresso há um tempo e vi um estudo interessante sobre como “todo mundo” sabe o que fazer, mas não pratica de verdade. As pessoas que se formam, hoje, sabem minimamente um pouco de psicologia, mas não praticam nada. Se você perguntar sobre o tema a eles verá um discurso lindíssimo, mas que se perde pelo ar” (P2 - pré).

“É importante a discussão desse tema com estudantes de graduação. Porém, considero também importante essa discussão entre os profissionais mais antigos, isto é, que estão há mais tempo trabalhando e acabam deixando, com o passar do tempo, de priorizar uma relação positiva” (P3 - pós).

“Eu acho que tal tema é de fundamental importância e deveria ser amplamente discutido desde o início da vida acadêmica” (P2 – pós).

A última questão continha um espaço para que o participante pudesse descrever observações, críticas ou sugestões sobre o próprio instrumento. A seguir, estão os comentários de alguns participantes:

“Gostei. Objetivo e abrangente” (P2 - pré).

“A escala poderia ser melhor descrita nas instruções” (P5 - pré).

“Minha crítica é favorável, porque, ao contrário, da gravação, temos tempo para refletir antes de responder. Mesmo que a resposta não seja perfeitamente formulada, a sensação de segurança é maior” (P1 - pré).

“Antes foi muito mais complicado responder os itens, porque eu não tinha nenhuma experiência com o tema. Hoje, as oficinas me ajudaram a entender melhor a relação profissional de saúde e paciente” (P4 - pós).

Apesar de merecer a revisão de alguns aspectos da sua construção e a aplicação em um número maior de estudantes, destaca-se a originalidade desse instrumento, diante dos critérios usados na integração de abordagens, e acredita-se que sua aplicação contribuiu

para o desenvolvimento da pesquisa e espera-se que possa, também, auxiliar em estudos futuros.

Embora seja reconhecida a importância do tema de avaliação no contexto de saúde e diferentes métodos e técnicas estarem sendo utilizados para avaliar as intervenções realizadas (Bosi & Uchimura, 2007; Formigli et al., 2000; Kunzler, 2011; Pedrosa, 2004; Tanaka & Melo, 2004), percebe-se carência de instrumentos validados que permitam comparação entre resultados. Estabelecimento de referenciais amplos poderia favorecer essa prática e contribuir para a concretização de propostas mais efetivas de mudanças o processo ensino-aprendizagem.

6.2.3.3 Avaliação e *feedback* realizado 10º encontro da Oficina

A segunda parte do 10º encontro foi reservada para conhecer a avaliação e o *feedback* dos estudantes sobre o trabalho realizado e encerrar da Oficina. Os participantes foram estimulados a comentar a respeito do trabalho realizado e mesmo sendo anunciado a não obrigatoriedade da participação, todos fizeram comentários.

É sabido que algumas propostas de mudança levam tempo para produzir efeitos, todavia a constante reflexão sobre a prática, impulsiona sua implementação. Práticas de saúde humanizadas e comprometidas socialmente são mais prováveis de surgirem em ambientes de ensino que incentivem o desenvolvimento da sensibilidade por parte de seus estudantes para uma ação mais participativa (Amâncio Filho, 2004; Traverso-Yépez & Morais, 2004). P2 e P3 comentam:

“Comecei a pensar na minha turma. Com todo mundo que você conversa ninguém é contra a humanização do atendimento, ninguém é contra conversar com o paciente, tratar ele bem. Aí comecei a pensar assim: então, por que às vezes não acontece, se todo sabe que deve ser feito? Estava conversando com um amigo sobre a Oficina (...) e ele disse: “o que você está falando é óbvio”. (...) Não sei se é óbvio, acho que é simples, né, um poquinho diferente. Porque se fosse óbvio todo mundo faria, se todo mundo tivesse

certeza daquilo, todo mundo faria. Acho que é simples, é fácil. E acho que quando a gente para para esquematizar, isso é isso, isso não é aquilo, aí você começa a pensar de verdade no que você está fazendo, como você está fazendo, né?!” (P2).

“Esses conceitos se aplicam muito na prática. Todo mundo já viu e consegue lembrar de algum fato, mas ninguém parou para pensar a respeito. Esses conceitos ajudam a gente a colocar muita coisa em prática, coisas que às vezes são muito teóricas: tem que ser humanizado, tem que respeitar o paciente, tem que fazer isso. Mas, não falam como fazer” (P3).

O relato de P3 remete também à crença de que quando Buber (2007) enfatiza os elementos do interhumano ele está dizendo do cuidado com a competência interpessoal. Sua reflexão filosófica era orientada para o concreto, ele acreditava no poder da ideia como guia de ação e como instrumento para a compreensão e transformação da realidade.

6.2.3.4 Formulário de *Feedback*

Este formulário foi preenchido de forma anônima, com o objetivo de garantir um espaço para que os participantes pudessem acrescentar alguma informação inibida durante a entrevista. Portanto, os dados serão apresentados sem nenhuma identificação.

Todos os participantes disseram que sua percepção sobre a relação com o paciente foi modificada com a Oficina e comentaram suas respostas:

“Aprendi que é importante haver um engajamento emocional do profissional ao invés de um distanciamento para que o tratamento seja mais eficaz”.

“Acho que a Oficina me fez perceber que conseguir se relacionar com as pessoas é um pressuposto fundamental para me relacionar com os pacientes (que, olha só, nada mais são do que pessoas!)”.

“A Oficina me preparou melhor a lidar com essa relação, os conceitos foram muito importantes, pois me forneceram fundamentação teórica”.

“Antes eu acreditava que o profissional precisa fazer até o que não pode para ajudar alguém. Agora, eu sei que devemos responder pelo que somos e aprendemos, mas que todo profissional também tem limites. Eu sentia empatia pelo paciente e não inclusão”.

“Antes eu achava que era algo muito mais difícil de se estabelecer, muito mais complicado. Mas, na verdade, como se trata de relacionamento, muitos recursos que eu aplico na minha relação com amigos, colegas de trabalho, etc. eu posso utilizar em outro contexto, na relação com o paciente, para desenvolver uma relação boa e adequada”.

A segunda questão deste formulário solicitou que os estudantes avaliassem em que grau sua percepção havia mudado em relação aos seguintes itens: importância da relação com o paciente, influência da relação com o paciente na promoção de saúde e prevenção de doenças, aspectos que envolvem a comunicação em saúde e suas habilidades interpessoais. A resposta seguia uma escala que variava de 1 (*não mudou nada*) a 5 (*mudou totalmente*) (Figura 5).

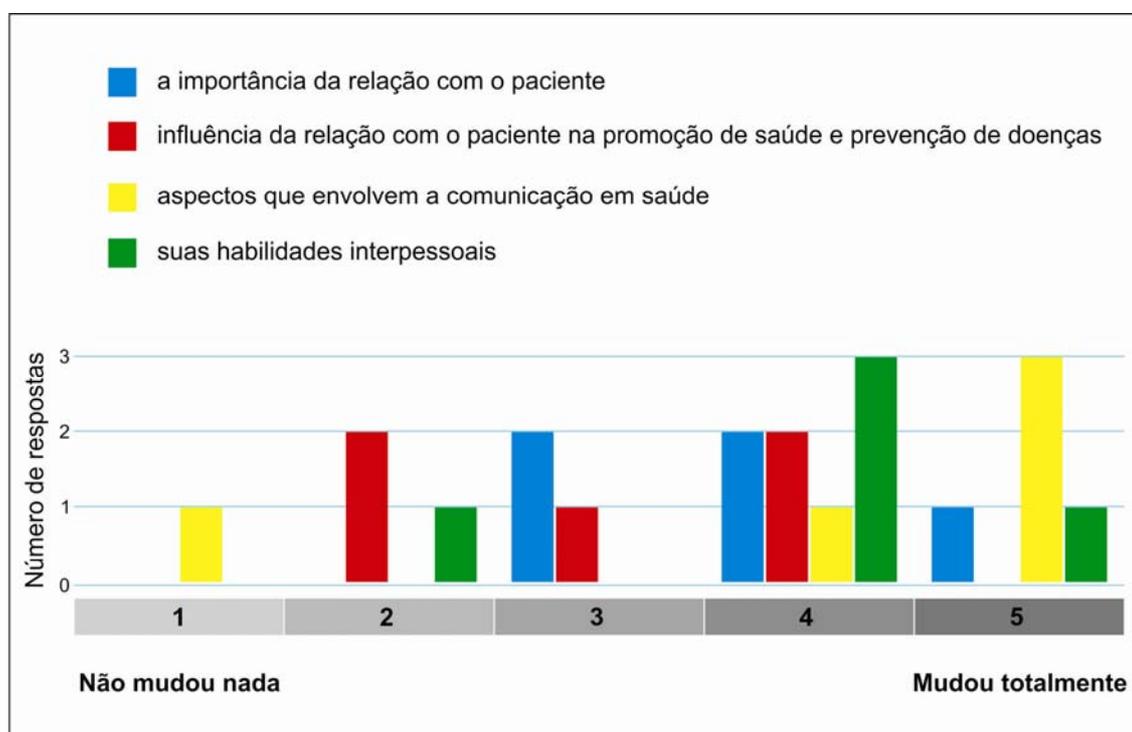


Figura 5. Mudança de percepção dos participantes sobre o tema relação profissional de saúde-paciente.

As mudanças mais assinaladas foram em relação às habilidades interpessoais e aspectos que envolvem a comunicação em saúde, portanto, refletem o atingimento dos objetivos estabelecidos quando do planejamento da pesquisa.

Os cinco participantes incluíram no formulário observações positivas sobre a Oficina:

“O curso foi excelente e acredito que todos que participaram serão profissionais diferenciados no mercado de trabalho, pois serão mais humanizados”.

“Gostei muito das oficinas, é uma pena ter acabado tão rápido. Acho que a pesquisadora abordou de forma didática os conceitos, fornecendo exemplos na prática de como essas relações funcionam. Me senti à vontade para falar e expor minha opinião, achei isso muito legal. Os conceitos foram relevantes e muito interessantes também. Pude conversar com outras pessoas sobre os conceitos e vi que muitas delas não tinham conhecimento sobre eles, já que a graduação não nos prepara a lidar com as relações que teremos com nossos pacientes no futuro”.

“Muito boa a Oficina! Continue fazendo para os outros alunos, por favor”!

“Gostei da Oficina. Gostaria que fosse um projeto de “ação continuada” para mais pessoas poderem participar”!

“O curso foi excelente. Teve muita teoria que foi vinculada com a prática. A cada teoria criava uma expectativa para a aula prática. Isso tornou o aprender dinâmico e mais fácil, pois para lembrar dos conceitos, basta lembrar das experiências. Essa matéria é importante não só para cursos da saúde, mas para todo aquele curso que envolva relações interpessoais. Alternamos, a todo momento, entre paciente e curadores um dos outros”.

Essa última verbalização exemplifica o diferencial da Gestaltpedagogia de estimular os estudantes não só intelectualmente, mas também emocionalmente, visando acessá-lo na sua totalidade e, por meio de vivência dos conteúdos, deixar marcas de aprendizagem. O processo de ensino dessa metodologia parte das possibilidades, necessidades e experiências dos estudantes, pelo método da vivência. Começa das necessidades dos indivíduos para desencadear um processo de crescimento que tem como

meta a modificação do indivíduo e do meio (Burow e Scherpp, 1985; Lilienthal, 1997, 2004).

A assiduidade dos participantes aos encontros também sugere receptividade e aprovação da Oficina Relação Profissional de Saúde-paciente. Enfatiza-se que o grupo terminou com a mesma quantidade de componentes que começou. Apesar de terem sido confirmados seis estudantes para compor este grupo, um participante não chegou a iniciar o programa. Em relação às faltas, P1 participou de todos os encontros, P2 teve duas faltas, P3 e P5 faltaram apenas uma vez e P3 faltou três encontros. Duas faltas de P3 foram justificadas pela emergência de uma cirurgia, o que foi avaliado como não descumprimento do critério de inclusão de ter disponibilidade para participação de pelo menos oito encontros, sendo obrigatória a presença no primeiro e segundo encontros, já que esse participante havia demonstrado disponibilidade inicial para frequentar todos os encontros e esteve presente nos dois primeiros. Após recuperação, o estudante retomou sua efetiva participação nos encontros que se seguiram.

Assim, ao realizar uma análise geral da avaliação do programa de intervenção pelos participantes, bem como dos resultados obtidos ao final do estudo, é possível afirmar que, apesar das limitações da pesquisa, o estudo evidenciou contribuições para o ensino do tema “Relação profissional de saúde-paciente” em estudantes de graduação da área da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa objetivou avaliar as contribuições de um programa de intervenção gestaltpedagógico, com enfoque na Relação Dialógica, para o ensino do tema “Relação profissional de saúde-paciente” em estudantes dos cursos de saúde. Partiu-se da necessidade, verificada na literatura, de estudos com enfoque empírico para a formação integral dos futuros profissionais de saúde brasileiros uma vez que pensar na mudança dos modelos de assistência implica em contemplar as pessoas que formam esse sistema.

Em relação aos objetivos delineados, verificou-se que a Oficina Relação Profissional de Saúde-paciente” mostrou-se efetiva para o ensino desse tema a estudantes de Enfermagem, Medicina, Nutrição e Psicologia do *campus* Darcy Ribeiro da UnB. As contribuições verificadas por meio da análise dos resultados foram, principalmente, em relação à integração entre teoria e prática; ao incremento na formação humanizada, com o aprendizado de conceitos do interhumano, considerados pelos estudantes interessantes e de fácil entendimento e aplicação; e à abertura para exposição de opiniões e discussão multiprofissional.

O mapeamento de como o tema da relação profissional de saúde-paciente tem sido abordado apontou para sua presença nos currículos, em acordo com as diretrizes do Governo Federal. Entretanto, os resultados também sugerem a necessidade de ampliar as discussões, aprofundar e sistematizar o tema e, principalmente, abordá-lo de forma mais relacionada com a prática.

A temática do cuidado humanizado em saúde, sobretudo com relação à interação do profissional de saúde com o paciente e à formação desse profissional, também estão sendo incorporadas aos currículos, mas não necessariamente à formação acadêmica dos futuros profissionais de saúde, uma vez que ainda existe defasagem na forma como as

competências técnicas e relacionais necessárias à assistência integral do paciente estão sendo contempladas no cotidiano da graduação.

A comparação das percepções dos participantes sobre a relação profissional de saúde-paciente, antes e depois da intervenção, evidenciou a incorporação dos conceitos apresentados na Oficina, com ampliação do papel do paciente. Os aspectos que os estudantes avaliaram como importantes corroboraram dados da literatura de que as atitudes terapêuticas e os atributos dos profissionais de saúde desejáveis para que ocorra uma produtiva aliança de trabalho na relação com o paciente, são baseados principalmente em qualidades humanas, esperadas em qualquer relação, e princípios bioéticos, primordialmente presentes nas ações em saúde. Os participantes foram unânimes na descrição de como percebem o ensino desses aspectos na graduação.

Quanto à avaliação da intervenção, a partir da perspectiva dos estudantes, foram citadas muitas vantagens em contraposição a poucas limitações da Oficina. A esquematização didática dos conceitos, com aplicação prática da teoria apresentada, a abertura para participação dos componentes, o interessante assunto-tema da intervenção, proporcionando um diferencial na formação dos participantes, foram os principais benefícios enunciados. O tamanho da amostra foi percebido como uma desvantagem. Há que se considerar que o interesse na pesquisa caracteriza um viés importante à receptividade para a Oficina o que traz a necessidade de cautela na consideração desses dados.

Quanto às questões norteadoras deste trabalho, os resultados apontam que existe uma sensibilização e demanda do estudante em busca de habilidades interpessoais que possam favorecer sua atuação profissional, que a Relação Dialógica proposta por Martin Buber pode auxiliar a promover o incremento na formação de aspectos interpessoais, e que

o uso de uma metodologia diferenciada, como a Gestaltpedagogia, pode contribuir na educação integral do estudante.

Ressalta-se, no entanto, que o desenvolvimento de habilidades interpessoais é uma competência processual, portanto, passível de modificação ao longo do tempo o que demanda uma avaliação em longo prazo. Assim, outros estudos devem ser realizados com um número maior de participantes, que contemplem os demais cursos da área da saúde e com possibilidades de *follow up*, para verificar se o conteúdo aprendido é incorporado ou não nas atitudes dos estudantes.

Em concordância com a literatura, no que diz respeito às contribuições do trabalho em grupos, o formato multiprofissional da Oficina estimulou a percepção de múltiplos olhares sobre uma mesma temática, além de proporcionar um espaço de acolhimento e reconhecimento da identidade pessoal e profissional, almejando uma facilitação do trabalho em equipe na prática futura dos estudantes.

As diferenças de semestres, com participantes do início e do final dos cursos, evidenciaram três aspectos: a importância da aplicação da intervenção no início do curso por haver uma carência do tema nesse período e para proporcionar um treinamento antes de entrarem em contato com o paciente; a possibilidade de aplicação direta do conteúdo aprendido pelos estudantes dos últimos semestres, por já estarem em contato com o paciente, e por promover um pouco mais de segurança para a prática profissional; e, por último, a valiosa oportunidade de colaboração entre os estudantes exatamente por estarem em semestres diferentes. Dessa maneira, orienta-se que em projetos futuros não haja restrição relacionada ao período do curso.

A participação no primeiro e segundo encontros deve ser condição para a permanência na Oficina. O critério de duas faltas consecutivas ou três alternadas deve ser mantido. Contudo, o número de encontros deve ser de no mínimo 14 em função da

possibilidade de intercorrências. Isso aumentaria o tempo destinado a explorar cada conceito, garantindo que as ausências não representassem prejuízo para o estudante ou para o grupo. Cabe ressaltar que tal medida seria um aprimoramento da técnica, uma vez que no presente estudo não representou um problema.

O uso do questionário na ferramenta *SurveyMonkey* foi positivo. Sugere-se a evitação de questões abertas de forma a usufruir da possibilidade de análise dos dados oferecida por esse recurso.

Alguns ajustes caberiam aos instrumentos elaborados de forma a facilitar a compreensão, a análise dos dados e a caracterização da mudança questionada. As cinco opções do Instrumento de Autoavaliação poderiam ser agrupadas em apenas duas: concordo e discordo. No Formulário de *Feedback* os números deveriam ser substituídos pela descrição das opções correspondentes.

Por fim vale ressaltar que adaptações ao projeto decorrentes de condições externas comprometeram o cronograma definido para seu desenvolvimento: greve dos professores, mudança da plataforma de cadastro para submissão ao Comitê de Ética, demora de algumas coordenações em responder à solicitação de divulgação da pesquisa e a utilização de mídias sociais em detrimento ao correio eletrônico, são alguns exemplos. Tais fatos representaram obstáculos significativos para a realização dessa pesquisa e sinalizam possíveis dificuldades a serem consideradas quando do planejamento de intervenção no período previsto para o mestrado.

Para concluir, assume-se que todas as atividades desenvolvidas no curso resultaram na integração de um conhecimento adquirido inicialmente no campo clínico da Psicologia com a formação em saúde. As convergências percebidas pela mestranda puderam ser confirmadas no que se refere às contribuições da aplicabilidade da Gestaltpedagogia e da Relação Dialógica para o aprimoramento da qualidade das relações na área da saúde. A

Oficina delineada é um modelo que pode ser reaplicado para o desenvolvimento de habilidades interpessoais, identificadas como carências da formação de recursos humanos em saúde, e imprescindíveis para as mudanças que garantirão a assistência integral ao paciente.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, A. C., & Ribeiro, E. C. O. (2010). Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: Percepções atuais dos especialistas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(3), 371-378.
- Aguiar, P., Salgueira, A., Frada, T., & Costa, M. J. (2009). Empatia médica: Tradução, validação e aplicação de um instrumento de medição. Em B. D. Silva, L. Almeida, A. B. Lozano, & M. P. Uzquiano (Eds.), *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia* (pp. 3705-3716). Braga: CIED.
- Amâncio Filho, A. (2004). Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8(15), 375-380.
- Amatuzzi, M. M. (1990). O que é ouvir. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 86-97.
- Amatuzzi, M. M. (2003). Pesquisa fenomenológica em psicologia. Em M. A. T. Bruns & A. H. Holanda (Eds.), *Psicologia e pesquisa fenomenológica: Reflexões e perspectivas* (pp. 17-25). Campinas: Alínea.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6^a ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Andrade, C. C. (2007). *A vivência do cliente no processo psicoterapêutico: Um estudo fenomenológico na Gestalt-terapia*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Aragaki, S. S., & Spink, M. J. P. (2009). Os lugares da psicologia na educação médica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 85-98.

- Araújo, M. M. T. (2011). *Comunicação em cuidados paliativos: Proposta educacional para profissionais de saúde*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Araujo, T. C. C. F. (2009). Comunicação em saúde: Contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-13.
- Araujo, T. C. C. F., & Negromonte, M. R. O. (2010). Equipe de saúde: Vinculação grupal e vinculação terapêutica. Em M. H. P. Franco (Org.), *Formação e rompimento de vínculos: O dilema das perdas na atualidade* (pp. 73-100). São Paulo: Summus.
- Arce, M. A. R. (2008). *Relación médico-paciente*. Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Arrais, P. S. D., Barreto, M. L., & Coelho, H. L. L. (2007). Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: Estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4), 927-937.
- Assis, M. A. A., & Nahas, M. V. (1999). Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Revista de Nutrição*, 12(1), 33-41.
- Assunção, G. S., & Borges, L. S. (2007, Setembro). Educação Dialógica: A filosofia do diálogo de Buber vai à escola. Mini-curso apresentado no XI Encontro e VIII Congresso Nacional de Gestalt-terapia, Rio de Janeiro, RJ. Resumo recuperado de <http://www.igt.psc.br/ojs2/index.php/cengtb/article/view/12>
- Assunção, G. S., & Mendonça, M. M. (2006). Semelhanças entre a prática clínica da Gestalt-terapia e a vivência corporal da dança: Descrição comparativa. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 12(1), 249-257.

- Backes, D. S., Lunardi Filho, W. D., & Lunardi, V. L. (2006). O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Revista da Escola da Enfermagem da USP*, 40(1), 221-227.
- Balint, M. (1956/1988). *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Barbier, R. (2011, outubro 07). Escuta sensível na formação de profissionais de saúde. Recuperado de <http://www.barbier-rd.nom.fr/ESCUTASENSIVEL.PDF>
- Barros, C. G., & Cypriano, A. S. (2008). Humanização como um indicador de qualidade. Em E. Knobel, P. B. A. Andreoli & M. R. Erlichman (Eds.), *Psicologia e humanização: Assistência aos pacientes graves* (pp. 199-212). São Paulo: Atheneu.
- Bastos, L. A., & Proença, M. A. (2000). A prática anatômica e a formação médica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7(6), 395-402.
- Batista, N. A. (2004). Planejamento na prática docente em saúde. Em N. A. Batista & S. H. Batista (Eds.), *Docência em saúde: Temas e experiências* (pp. 35-56). São Paulo: Editora Senac.
- Batista, N. A., & Batista, S. H. (2004). *Docência em saúde: Temas e experiências*. São Paulo: Editora Senac.
- Batista, S. H. (2004). Aprendizagem, ensino e formação em saúde: Das experiências às teorias em construção. Em N. A. Batista & S. H. Batista (Eds.), *Docência em saúde: Temas e experiências* (pp. 57-74). São Paulo: Editora Senac.
- Benedetto, M. A. C. (2010). Entre dois continentes: Literatura e narrativas humanizando médicos e pacientes. *O Mundo da Saúde*, 34(3), 311-319.
- Birck, M. D., Assunção, G. S., & Flesch, L. D. (2012, Maio). Correlações entre o modelo biopsicossocial em Psicologia da Saúde e a Abordagem Gestáltica. Mini-curso apresentado no XVIII Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica e VII Encontro de

Fenomenologia do Centro Oeste, Goiânia, GO. Resumo recuperado em <http://www.itgt.com.br/encontro-2012/>

- Boemer, M. R., & Sampaio, M. A. (1997). O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 33-38.
- Bonmann, R. D. (2001). *O uso da Gestaltpedagogia no desenvolvimento das inteligências múltiplas aplicada no processo de ensino-aprendizagem*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Bosi, M. L. M., & Uchimura, K. Y. (2007). Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 150-153.
- Boutin-Foster, C., & Charlson, M. E. (2001). Problematic resident-patient relationships: The patient's perspective. *Journal of General Internal Medicine*, 16(11), 750-754.
- Branch Jr., W. T., Kern, D., Haidet, P., Weissmann, P., Gracely, C. F., ..., & Inui, T. (2001). Teaching the human dimensions of care in clinical settings. *JAMA - The Journal of American Medical Association*, 286(9), 1067-1074.
- Branco, R. F. G. R. (2001). *O ensino na perspectiva dos grupos Balint: Um espaço de reflexão sobre o encontro do estudante de medicina com o seu paciente*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.
- Branco, R. F. G. R. (2003). *A relação com o paciente: Teoria, ensino e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Brasil. (2001a). *Diretrizes curriculares para os cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição*. Brasília: Ministério da Educação.
- Brasil. (2001b). *Programa nacional de humanização da assistência hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2003). *Núcleo técnico da política nacional de humanização. Diretrizes para a implementação do HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2004). *AprenderSUS: O SUS e os cursos de graduação da área da saúde*.
Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). *Plano Nacional de Pós-graduação 2011-2020*. Brasília: Ministério da
Educação.
- Buber, M. (1923/2004). *Eu e tu* (9ª ed.). São Paulo: Centauro.
- Buber, M. (2007). *Do diálogo e do dialógico*. São Paulo: Perspectiva.
- Burow, O-A., & Scherpp, K. (1985). *Gestaltpedagogia: Um caminho para a escola e a
educação*. São Paulo: Summus.
- Burow, O-A, Quitmann, H., & Rubeau, M. P. (1987). *Gestaltpädagogik in der praxis*.
Salzburg: Otto Müller Verlag.
- Caldwell, T. (2002). *Médico de homens e de almas: A história de São Lucas* (31ª ed.). Rio
de Janeiro: Record.
- Campos, B. G., Toledo, T. B., & Faria, N. J. (2011). Clínica gestáltica infantil e
integralidade em uma unidade básica de saúde. *Revista da Abordagem Gestáltica*,
17(1), 23-29.
- Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Júnior, M. D., & Carvalho, Y. M.
(2009). *Tratado de saúde coletiva* (2ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Canella, P. (2010). Relação médico-cliente. Em J. M. Filho & M. Burd (Eds.),
Psicossomática hoje (2ª ed., pp. 522-544). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Canesqui, A. M. (2007). *Ciências sociais e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Canto, A., Machado, C. L., & Manfroi, W. C. (2011). Paralelo entre a relação professor-
aluno e a relação médico-paciente. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*,
31(4), 521-522.

- Caprara, A., & Franco, A. L. S. (1999). A relação paciente-médico: Para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3), 647-654. doi: 10.1590/S0102-311X1999000300023
- Caprara, A., & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1),139-146. doi: 10.1590/S1413-81232004000100014
- Cardoso, C. L. (2002). A escuta fenomenológica. *Revista do VII Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica*, 7(1), 57-69.
- Carvalho, L. C. (2008). *A intervenção precoce nos ajustamentos do tipo psicótico e a clínica gestáltica: Ensaio preliminares*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Carvalho, L. C., & Costa, I. I. (2010). A clínica gestáltica e os ajustamentos do tipo psicótico. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 16(1), 12-18.
- Carvalho, Y. M., & Ceccim, R. B. (2009). Formação e educação em saúde: Aprendizados com a saúde coletiva. Em G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (2ª ed., pp. 137-170). São Paulo: Hucitec.
- Ceccim, R. B., & Merhy, E. E. (2009). Um agir micropolítico e pedagógico intenso: A humanização entre laços e perspectivas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1),531-542. doi: 10.1590/S1414-32832009000500006.
- Coelho Filho, J. M. (2007). Relação médico-paciente: A essência perdida. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 619-635.
- Cooley, E. (1994). Training an interdisciplinary team in communication and decision-making skills. *Small Group Research*, 25(1), 5-25.

- Costa, F. D., & Azevedo, R. C. S. (2010). Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: Um olhar qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(2), 261-269.
- Costa, S. M., Canela, J. R., Drumond, J. G. F., Dias, O. V., & Santa, T. T. A. (2010). Implicações bioéticas na relação dos profissionais de saúde e usuários: Estudo junto aos acadêmicos dos cursos de saúde na Unimontes. *Odontologia Clínica-Científica*, 9(3), 263-267.
- Costa, V. E. S. M. (2002). *A relação professor-aluno a partir da Gestalpedagogia: A intersubjetividade como elemento significativo para a aprendizagem*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Dartigues, A. (2005). *O que é a fenomenologia?* São Paulo: Centauro.
- DeMarco, M. A. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: Um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(1), 1-13.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 7-13. doi: 10.1590/S1413-81232004000100002
- Dias, C. V. (2011). *Percepções de estudantes sobre comunicação em saúde: Implicações para a atuação profissional*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Duarte, A. N. (2012). *Avaliação de grupo de educação nutricional para mulheres com excesso de peso*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Elias, M. A., & Navarro, V. L. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: Negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(4), 517-525.

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 126-136.
- Esperidião, E. (2001). *Holismo só na teoria: A trama dos sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Esperidião, E. (2003). A relação professor-aluno e a construção da relação com o paciente. Em R. F. G. R. Branco (Ed.), *A relação com o paciente: Teoria, ensino e prática* (pp. 97-104). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Esperidião, E. (2005). *Repensando a formação do enfermeiro: O processo de conscientização crítica e práticas docentes à luz do referencial ético-humanista*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Esperidião, E., & Munari, D. B. (2005). A formação integral dos profissionais de saúde: Possibilidades para a humanização da assistência. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 4(2), 163-170.
- Esperidião, E., Munari, D. B., & Stacciarini, J. M. R. (2002). Desenvolvendo pessoas: Estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(4), 516-522.
- Falcone, E. (1999). A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1(1), 23-32.
- Ferreira, V. A., & Magalhães, R. (2007). Nutrição e promoção da saúde: Perspectivas atuais. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(7), 1674-1681.
- Flores, A. M. N., & Costa Junior, A. L. (2008). Modelo biopsicossocial e formulação comportamental: Compreendendo a cefaléia do tipo tensional. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 143-151.

- Formigli, V. L. A., Costa, M. C. O., & Porto, L. A. (2000). Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3), 831-841.
- Freire, P. (1968/2012). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Freitas, J. L., Stroiek, N. N., & Botin, D. (2010). Gestalt-terapia e o diálogo psicológico no hospital: Uma reflexão. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 16(2), 141-147.
- Friedman, M. (1985). *The healing dialogue in psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Fukumitsu, K. O., Cavalvante, F., & Borges, M. (2009). O cuidado na saúde e na doença: Uma perspectiva gestáltica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9(1), 172-182.
- Galli, L. M. P. (2009). Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença: A cura do ponto de vista da Gestalt-terapia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9(1), 58-70.
- Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). *Método de pesquisa*. Porto Alegre: UFGRS.
- Ginger, S., & Ginger, A. (1995). *Gestalt: Uma terapia do contato* (4ª Ed.). São Paulo: Summus.
- Giorgi, A. (1985). Shetch of psychological phenomenological Method. Em C. Aanstoos, W. F. Fisher, A. Giorgi & F. J. Wertz (Eds.), *Phenomenology and psychological research* (pp. 8-22). Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa: Fim de Século.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, V. (2008). *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (4ª ed.). San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Gobatto, C. A. (2012). *Religiosidade e espiritualidade em oncologia: Um estudo sobre as concepções de profissionais de saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

- Gomes, A. M. A., Paiva, E. S., Valdés, M. T. M., Frota, M. A., & Albuquerque, C. M. (2008). Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: Uma proposta de articulação. *Saúde e Sociedade, 17*(1), 143-52.
- Gomes, J. C. M. (2003). As bases éticas da relação médico-paciente. Em R. F. G. R. Branco (Ed.). *A relação com o paciente: Teoria, ensino e prática* (pp. 01-09). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gonçalves, E. R., & Verdi, M. I. M. (2007). Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino. *Ciência & Saúde Coletiva, 12*(3), 755-764.
- Habermas, J. (1987). *Conhecimento e interesse*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Haskard, K. B., Williams, S. L., DiMatteo, M. R., Rosenthal, R., White, M. K., & Goldstein, M. G. (2008). Physician and patient communication training in primary care: Effects on participation and satisfaction. *Health Psychology, 27*(5), 513-522. doi: 10.1037/0278-6133.27.5.513
- Holanda, A. F. (1993). *Martin Buber e Carl Rogers: Abordagem centrada na pessoa e filosofia dialógica em questão*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Holanda, A. F. (1998). Saúde e doença em Gestalt-terapia: Aspectos filosóficos. *Estudos de Psicologia, 15*(2), 29-44.
- Holanda, A. F. (2009). Gestalt-terapia e Abordagem Gestáltica no Brasil: Análise de mestrados e doutorados (1982-2008). *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 9*(1), 96-121.
- Hotimsky, S. N., & Schraiber, L. B. (2005). Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciência & Saúde Coletiva, 10*(3) 639-649.

- Hudelson, P., Junod Perron, N., & Perneger, T. (2011). Self-assessment of intercultural communication skills: A survey of physicians and medical students in Geneva, Switzerland. (1472-6920). <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/63>
- Hycner, R. (1995). *De pessoa a pessoa*. São Paulo: Summus.
- Hycner, R., & Jacobs, L. (1997). *Relação e cura em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.
- Ivancko, S. M. (2006). *Uma compreensão psicossomática do órgão de choque através do trabalho com polaridades*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Kern, D. E., Branch Jr., W. T., Jackson, J. L., Brady, D. W., Feldman, M. D., . . . , & Lipkin Jr., M. (2005). Teaching the psychosocial aspects of care in the clinical setting: Practical recommendations. *Academic Medicine*, 80(1), 8-20.
- Kestenberg, C. C. F., Reis, M. M. S. A., Motta, W. C., Caldas, M. F., & Rodrigues, D. M. C. (2006). Cuidando do estudante e ensinando relações de cuidado de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(Esp), 193-200.
- Kickbush, I. (2003). Twenty-first century health promotion: the public health revolution meets the wellness revolution?. *Health Promotion International*, 18(4), 275-278.
- Kirschbaum, K. (2012). Physician communication in the operating room: Expanding application of face-negotiation theory to the health communication context. *Health Communication*, 27(3), 292-301. doi: 10.1080/10410236.2011.585449
- Kuhn, T. S. (2003). *A estrutura das revoluções científicas* (7ª ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Kunzler, L. S. (2011). *Pense saudável: Contribuições da terapia cognitiva para promoção da saúde e incremento da qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

- Latner, J. (1986). *The Gestalt Therapy book*. Highland, NY: Center for Gestalt Development.
- Lemos, R. C. A., Jorge, L. L. R., Almeida, L. S., & Castro, A. C. (2010). Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(2), 354-9. doi: 10.5216/ree.v12i2.5544
- Lewin, K. (1973). *Dinâmica de grupo* (3ª ed.). São Paulo: Cultrix.
- Lilienthal, L. A. (1993, Julho). *Gestaltpedagogia – uma alternativa*. Comunicação apresentada no IV Encontro Nacional de Gestalt-terapia. Recife, PE.
- Lilienthal, L. A. (1997). *A Gestaltpedagogia sai às ruas para trabalhar com crianças e educadores de rua*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Lilienthal, L. A. (1998). Gestalt, expandindo fronteiras - ou - em busca das respostas perdidas. *Revista de Gestalt*, 7(s/n), 33-42.
- Lilienthal, L. A. (2004). *Educa-são: Uma possibilidade de atenção em ação*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Lyons, A. C., & Chamberlain, K. (2006). *Health psychology: A critical introduction*. New York: Cambridge University Press.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health psychology: Theory, research and practice*. London: Sage.
- Martins, M. C. F. (2001). *Humanização das relações assistenciais de saúde: A formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mello Filho, J., & Burd, M. (2010). *Psicossomática hoje* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mello, A. A. M., & Silva, L. C. (2012). A estranheza do médico frente à morte: Lidando com a angústia da condição humana. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 18(1), 52-60.

- Melo, R. C. C. P., Silva, M. J. P., Parreira, P. M. D., & Ferreira, M. M. C. (2011). Competências relacionais de ajuda nos enfermeiros: Validação de um instrumento de medida. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1387-1395. doi:10.1590/S0080-62342011000600016
- Mendonça, M. M. (1995). Psicoterapia dialógica. *Revista do I Encontro Goiano de Gestalt-terapia*, 1(1), 38-42.
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*, 27(65), 316-323.
- Mezzacappa, G. G., e Zanin, M. (2011) Tecnologia social e consumo ético, solidário e responsável: Uma interlocução necessária e em construção. Recuperado em 02/12/12 <http://www.esocite.org.br/eventos/tecsoc2011/cd-anais/arquivos/pdfs/artigos/gt013-tecnologiasocial.pdf>
- Mitre, S. M., Batista, R. S., Mendonça, J. M. G., Pinto, N. M. M., Meirelles, C. A. B., . . . , & Hoffmann, L. M. A. (2008). Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: Debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup. 2), 2133-2144.
- Moimaz, S. A. S., Saliba, N. A., Zina, L. G., Saliba, O., & Garbin, C. A. S. (2010). Práticas de ensino-aprendizagem com base em cenários reais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(32), 69-79.
- Moreira, D. A. (2002). *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira.
- Moreira, J. A. M, Ferreira, L. P., & Costa, V. E. S. M. (2007). Descrição de uma vivência de ensino orientada pela Gestaltpedagogia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 13(2), 187-194.
- Moretti-Pires, R. O. (2009) Complexidade em saúde da família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 13(30), 153-166.

- Morin, E. (2001). *A religação dos saberes: O desafio do século XXI*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Muniz, J. R., & Chazan, L. F. (2010). Ensino de psicologia médica. Em J. Mello Filho & M. Burd (Eds.) *Psicossomática hoje* (2ª ed.) (pp. 49-57). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nakano, A. R. (2013). Humanização, gênero, poder: Contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1) 202-206. doi: 10.1590/S0102-311X2013000100024
- Oliveira, I. B. S. (2007). *Tecendo saberes: Fenomenologia do tratamento da dependência química*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Pará, Belém.
- Oliveira, B. R. G., Collet, N., & Viera, C. S. (2006). A humanização na assistência à saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(2), 277-284.
- Oliveira, M. C., & Macedo, P. C. M. (2008). Evolução histórica do conceito de humanização em assistência hospitalar. Em E. Knobel, P. B. A. Andreoli & M. R. Erlichman (Eds.), *Psicologia e humanização: Assistência aos pacientes graves* (pp. 173-182). São Paulo: Atheneu.
- Oliveira, V. Z., & Gomes, W. B. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Revista Estudos Psicologia (Natal)*, 9(3), 459-469. doi: 10.1590/S1413-294X2004000300008
- Pagliosa, F. L., & Da Ros, M. A. (2008). O relatório Flexner: Para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(4), 492-499.
- Parreira, G. G. (2010). *O sentido da educação em Martin Buber*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

- Paulin, T., & Luzio, C. A. (2009). A psicologia na Saúde Pública: Desafios para a atuação e formação profissional. *Revista de Psicologia da UNESP*, 8(2), 98-109.
- Pedrosa, J. I. S. (2004). Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: Uma abordagem institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 617-626.
- Pedroso, C. G. T., Sousa, A. A., & Salles, R. K. (2011). Cuidado nutricional hospitalar: Percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 1155-1162.
- Pepe, V. L. E., & Castro, C. G. S. O. (2000). A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: Informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3), 815-822.
- Pereira, S. E. (2007). Contribuições para um planejamento educacional em ciências da saúde com estratégias inovadoras de ensino-aprendizagem. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 18(1), 33-44.
- Pinheiro, M. (2010). Editorial. *IGT na Rede*, 7(12), 01. Recuperado de <http://www.igt.psc.br/ojs/>
- Pinho, D. L. M., Abrahão, J. I., & Ferreira, M. C. (2003). As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11(2), 168-176.
- Pinho, D. L. M., Rodrigues, C. M., & Gomes, G. P. (2007). Perfil dos acidentes de trabalho no Hospital Universitário de Brasília. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 291-294.
- Pinto, L. M. O. (2010). *Comunicação pediatra, paciente e acompanhante: Uma análise comparativa entre níveis assistenciais*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Polster, E., & Polster, M. (2001). *Gestalt-terapia integrada*. São Paulo: Summus.

- Pontes, A. C., Leitão, I. M. T. A., & Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: Instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 312-318. doi: 10.1590/S0034-71672008000300006
- Porto, C. C. (2003). Medicina dos doentes e medicina das doenças. Em R. F. G. R. Branco (Ed.). *A relação com o paciente: teoria, ensino e prática* (pp. 10-17). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Porto, C. C. (2006). *O encontro clínico: uma abordagem multiprofissional*. Manuscrito não publicado.
- Porto, C. C., & Dantas, F. (2003). $AC = E[MBE + (MBV)^2]$: Uma equação matemática para a arte clínica. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 1(2), 33-34.
- Prado, Freitas, & Ribeiro-Rotta (2003). A relação cirurgião-dentista-paciente associando o “ser” ao fazer. Em R. F. G. R. Branco (Ed.), *A relação com o paciente: Teoria, ensino e prática* (pp. 270-279). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Queiroz, E. (2003). *Trabalho em equipe no contexto hospitalar: Uma investigação sobre os aspectos comunicacionais envolvidos na tomada de decisão clínica em instituição de reabilitação*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. (2009). Trabalho em equipe em reabilitação: Um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paidéia*, 43(19), 177-187.
- Rangel, R. F., Backes, D. S., Siqueira, D. F., Moreschi, C., Piexak, D. R., Freitas, P. H., & Morisso, T. S. (2011). Interação profissional-usuário: apreensão do ser humano como um ser singular e multidimensional. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 1(1), 22-30.
- Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. S., Vieira, M. A., & Arruda, A. L. G. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Suppl. 2), 2299-2306.

- Remen, R. N. (1993). *O paciente como ser humano*. São Paulo: Summus.
- Ribeiro, J. P. (1994). *Gestalt-terapia e o processo grupal: Uma abordagem fenomenológica da teoria do campo e holística*. São Paulo: Summus.
- Ribeiro, J. P. (2006). *Vade Mecum de Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.
- Robles, A. C. C., Grosseman, S., & Bosco, V. L. (2008). Satisfação com o atendimento odontológico: Estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(1), 43-49. doi: 10.1590/S1413-81232008000100009
- Rocco, R. P. (2010). Relação estudante de medicina-paciente. Em J. Mello Filho & M. Burd (Eds.) *Psicossomática hoje* (2ª ed.) (pp. 58-71). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rodrigues, A. L., & Campos, E. M. P. (2010). Síndrome do burnout. Em J. Mello Filho & M. Burd (Eds.) *Psicossomática hoje* (2ª ed.) (pp. 135-152). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rodrigues, E. M., Soares, F. P. de T. P., & Boog, M. C. F. (2005). Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Revista de Nutrição, Campinas*, 18(1), 119-128.
- Rodrigues, M. P. C. (2011). *Reabilitação de pessoas com lesão medular: Relevância, aplicações e desafios relacionados ao uso da internet*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Rogers, C. (1973). *Liberdade para aprender* (2ª ed.). Belo Horizonte: Interlivros.
- Rogers, C. (1992). *Terapia centrada no cliente*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rossi, P. S. (2004). *O ensino da comunicação na graduação em medicina: Uma abordagem*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

- Ruiz-Moreno, L. (2004). Trabalho em grupo: Experiências inovadoras na área da educação em saúde. Em N. A. Batista & S. H. Batista (Eds.), *Docência em saúde: Temas e experiências* (pp. 85-100). São Paulo: Editora Senac.
- Santiago, M. B. N. (2008). *Diálogo e educação: O pensamento pedagógico em Martin Buber*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- Santos, R. (2005). Três relações fundamentais no ensino superior. *Revista Iberoamericana de Educación*, 36(9), 1-9. Recuperado em 11/11/12 <http://www.rieoei.org/1074Santos.htm>
- Schiavo, R. (2007). *Health communication: From theory to practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sebastiani, R.W. (2003). Psicologia da Saúde no Brasil: 50 anos de história. Recuperado em 21/07/2011, <http://www.nemeton.com.br/>
- Silva, L. M. V., & Formigli, V. L. A. (1994). Avaliação em saúde: Limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), 80-91.
- Silva, M. J. P. (1993). *Construção e validação de um programa de comunicação não verbal para enfermeiros*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem da USP, São Paulo.
- Silva, M. J. P. (2010). *Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde* (7ª ed.). São Paulo: Edições Loyola.
- Silva, M. K. P. M., & Freitas, S. M. P. (2012). Estresse para trabalhadores de uma cooperativa de saúde: Uma análise fenomenológico-existencial. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 18(1), 61-68.
- Silva, N. L., Ribeiro, E., Navarro, J. L., & Zanini, A. C. (2011). Compliance with treatment: related-issues and insights for pharmacist intervention. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 47(1), 1-12.

- Silva, R. B. (2011). *Mulheres mastectomizadas e a vivência da dança do ventre*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Silva, R. B., & Boaventura, C. B. F. (2011). Psico-oncologia e Gestalt-terapia: Uma comunicação possível e necessária. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 17(1), 37-46.
- Simões, E. N. M. E. (2008). *Contribuições da arteterapia no cuidado com mulheres em tratamento do câncer de mama*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Pará, Belém.
- Siqueira-Batista, R., & Siqueira-Batista, R. (2009). Os anéis da serpente: A aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1183-1192.
- Soar Filho, E. J. (1998). A interação médico-cliente. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44(1), 35-42.
- Soares, J. C. R. S., & Camargo Jr., K. R. (2007). A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(21), 65-78.
- Soares, N. T., & Aguiar, A. C. (2010). Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: Avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. *Revista de Nutrição, Campinas*, 23(5), 895-905.
- Sonzogno, M. C. (2004). Metodologias no ensino superior: Algumas reflexões. Em N. A. Batista & S. H. Batista (Eds.). *Docência em saúde: temas e experiências* (pp. 75-84). São Paulo: Editora Senac.
- Spink, M. J. P. (2003). Psicologia da Saúde: A estruturação de um novo campo de saber. Em M. J. P. Spink. (Ed.). *Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos* (pp. 29-39). Petrópolis: Vozes

- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sucupira, A. C. (2007). A importância do ensino da relação da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 619-635.
- Tanaka, O. Y., & Melo, C. (2004). Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. Em M. L. M. Bosi & F. S. Mercado (Eds.), *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde* (pp. 121-136). Petrópolis: Vozes.
- Taylor, S. E. (2000). *Health psychology*. New York: Random House.
- Teixeira, M. C. B. (2006). A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), 45-51.
- Torres, H. S., & Sandoval, J. M. H. (2003). Saber escutar o paciente: Um remédio a serviço da promoção da saúde. Recuperado em 06/10/12, http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/1/1e/Saber_escutar_o_paciente-Haroldo_e_Maximiliano.pdf
- Tourinho, E. Z., e Bastos, A. V. B. (2010) Desafios da Pós-Graduação em Psicologia no Brasil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(Supl. 1), 35-46.
- Traverso-Yépez, M., & Moraes, N. A. (2004). Idéias e concepções permeando a formação profissional entre estudantes das ciências da saúde da UFRN: Um olhar da Psicologia Social. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(2), 325-333.
- Trindade, E. M. V., Almeida, H. O., Novaes, M. R. C. G., & Versiane, E. R. (2005). Resgatando a dimensão subjetiva e biopsicossocial da prática médica com estudantes de medicina: Relato de caso. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 29(1), 48-50
- Universidade de Brasília. (2011). *Manual de orientação dos estágios realizados no CAEP*. Brasília: UnB/IP/CAEP.

- Universidade de Brasília. (2012). Coordenação de Cursos de Graduação de Saúde Coletiva. Recuperado em 09/11/2012, <http://fce.unb.br/index.php/gc.html>
- Vaitsman, J., Moreira, M. R., & Costa, N. R. (2009). Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: “Um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 899-901.
- Vignochi, C. M., Benetti, C. S., Machado, C. L. B., & Manfroi, W. C. (2009). Considerações sobre aprendizagem baseada em problemas na educação em saúde. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 29(1), 45-50.
- Wright, K. B., Sparks, L., & O’Hair, D. (2008). *Health communication in the 21st century*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: Teoria e prática* (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zuben, N. A. (2003). *Martin Buber: Cumplicidade e diálogo*. Bauru: EDUSC.

ANEXOS

Anexo A

Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, de uma pesquisa cujo título é *Relação profissional de saúde-paciente: avaliação de uma intervenção com estudantes da área de saúde*. Avaliar as contribuições de um programa de intervenção gestaltpedagógico, com enfoque na Relação Dialógica, para o ensino do tema relação profissional de saúde-paciente em estudantes dos cursos de graduação em Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia do *campus* Darcy Ribeiro da Universidade de Brasília.

O trabalho será realizado em 10 encontros de uma hora e meia de duração uma vez por semana, com 45 estudantes que serão distribuídos em três grupos, cada um com 15 componentes. Se você decidir participar do estudo, terá que ter disponibilidade para participação em pelo menos oito encontros, sendo obrigatória a presença no primeiro e segundo encontros. Duas faltas consecutivas ou três faltas alternadas aos encontros implicarão em sua saída do estudo. Serão realizadas duas entrevistas com cada participante, uma antes do início dos encontros e outra depois de todos os encontros realizados. No dia dessas entrevistas será pedido que você preencha formulários de identificação, autoavaliação e *feedback*. Os encontros e as entrevistas serão gravados em áudio. Além disso, uma auxiliar de pesquisa fará o registro observacional dos encontros. Você poderá abandonar este estudo a qualquer tempo sem nenhum prejuízo.

Sua participação nos auxiliará no entendimento sobre o ensino do tema da relação profissional de saúde-paciente nos cursos da área da saúde da UnB e com isto poderá contribuir para a discussão de aspectos relevantes da formação destes profissionais e possíveis transformações na qualidade da assistência integral à saúde dos pacientes. Se você tiver disponibilidade, temos interesse em retomar contato quando você iniciar seu estágio supervisionado e/ou já estiver atuando como profissional.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Somente a equipe de pesquisa terá acesso a essas informações.

Não há previsão de possíveis riscos envolvendo sua participação. Caso você sinta a necessidade de receber assistência psicológica ou caso seja identificada essa necessidade,

você terá acesso a um profissional da área para seu acompanhamento no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos - CAEP.

O resultado desta pesquisa será apresentado como uma dissertação de mestrado e poderá ser divulgada em revistas e congressos científicos, mantendo o sigilo da sua identidade.

Sua assinatura a seguir indica que você leu este Termo de Consentimento, esclareceu suas dúvidas e livremente concordou em participar desta pesquisa nos termos acima indicados.

Esse documento será assinado em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Esta pesquisa está registrada junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, em caso de dúvida você poder procurar este Comitê (61 3107-1947) ou a pesquisadora (62 8131-6801/61 3107-6830).

Desde já agradecemos muito a sua colaboração.

Atenciosamente,

Graciana Sulino Assunção
 CRP-DF 16612

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo *Relação profissional de saúde-paciente: avaliação de uma intervenção com estudantes da área de saúde*. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora *Graciana Sulino Assunção* sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

Brasília, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do(a) participante: _____

Anexo B**Questionário de Sondagem de Opinião****Relação profissional de saúde-paciente**

Sondagem de opinião sobre “Relação dos profissionais de sa&#...

Caro estudante,

Você está sendo convidado a responder um questionário que subsidiará a realização de uma dissertação de mestrado do Instituto de Psicologia.

Favor responder às perguntas abaixo apenas se você for estudante dos cursos de graduação em Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional da UnB.

Em caso de dúvidas, favor entrar em contato por e-mail graciana@unb.br

1. Em qual curso você está matriculado?

- Ciências Farmacêuticas
- Enfermagem
- Fisioterapia
- Medicina
- Nutrição
- Odontologia
- Psicologia
- Terapia Ocupacional

2. Qual seu semestre?**3. O tema “Relação dos profissionais de saúde com o paciente” foi abordado em sala de aula em algum momento durante sua formação?**

- Sim
- Não

4. Se sim, em quais disciplinas?

Relação profissional de saúde-paciente

5. Você acha que o tema foi/está sendo suficientemente abordado em seu curso?

Sim

Não

6. Se não, como você acha que ele poderia ser mais abordado?

1. Por meio de...
2. Na disciplina...
3. Por meio de...
de modo...

7. Você tem interesse em participar de uma oficina sobre a relação profissional de saúde-paciente com duração de 1 hora e meia uma vez por semana durante 10 encontros?

Sim

Não

8. Se sim, por favor anote aqui seu e-mail e telefone para que entremos em contato com você para mais informações e planejamento de sua participação:

Obrigada por sua colaboração!

Mestranda: Graciana Sulino Assunção

Orientadora: Elizabeth Queiroz

Anexo C

Roteiros das entrevistas

Roteiro de Entrevista – INICIAL

1. Para você o que é “Relação profissional de saúde-paciente”?
2. Na sua percepção, quais aspectos são importantes na relação do profissional de saúde com o paciente?
3. Por meio de quais recursos metodológicos você aprendeu sobre a relação do profissional de saúde com o paciente durante seu curso de graduação até o presente momento?
4. Quando você pensa em sua prática profissional futura, quais as maiores dificuldades que identifica na relação com o paciente?
5. Qual o motivo que te trouxe para participar desta oficina?
6. Você gostaria de fazer algum comentário, perguntar ou acrescentar alguma informação sobre esse tema?

Roteiro de Entrevista – FINAL

1. Para você o que é “Relação profissional de saúde-paciente”?
2. Na sua percepção, quais aspectos são importantes na relação do profissional de saúde com o paciente?
3. Quando você pensa em sua prática profissional futura, quais as maiores dificuldades que você identifica na relação com o paciente?
4. A oficina colaborou para sua aprendizagem sobre a relação do profissional de saúde com o paciente? Se sim, em quais aspectos?
5. Quais vantagens e limitações da oficina que você participou?
6. Durante os encontros foram trabalhados quatro conceitos importantes para a relação do profissional de saúde com o paciente: presença, comunicação genuína, confirmação e inclusão. Você pode me descrever cada um deles?
7. Você gostaria de fazer algum comentário, perguntar ou acrescentar alguma informação?

Anexo D
Formulário de Identificação Sociodemográfica

Nome: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: () F () M
Estado Civil: _____ Filhos: () Sim () Não Se sim, quantos? _____
Curso de graduação: _____ Período: _____
Possui algum outro curso de graduação: () Sim () Não Se sim, qual? _____
Está trabalhando no momento: () Sim () Não Se sim, especifique _____
Pratica alguma religião: () Sim () Não Se sim, qual? _____

Anexo E

Instrumento de Autoavaliação

1) Para responder a este instrumento, tenha em mente as coisas que atualmente você pensa ou sente em relação ao tema “Relação profissional de saúde-paciente”. Em uma escala em que **5 significa concordo totalmente** e **1 discordo totalmente**, responda os itens a seguir:

01	No tratamento de doenças não é relevante discutir as vantagens e os riscos das terapias não convencionais com um paciente, uma vez que tal conduta não será instituída pelo profissional de saúde.	1	2	3	4	5
02	Para realizar um procedimento em uma criança, o acompanhante não deverá estar presente para que uma relação de confiança seja estabelecida com o profissional de saúde.	1	2	3	4	5
03	A assistência em saúde é focada em conhecimentos técnicos uma vez que muitas situações podem representar perigo de morte para o paciente.	1	2	3	4	5
04	Discutir preferências religiosas de um paciente e as limitações relativas a seu tratamento em função dessas preferências pode ajudar na adesão ao tratamento.	1	2	3	4	5
05	O trabalho em equipe pressupõe o repasse de informações ao paciente, aos familiares e aos profissionais envolvidos.	1	2	3	4	5
06	Reações emocionais como choro, raiva e ansiedade evidenciam dificuldades do paciente em lidar com sua doença e/ou tratamento.	1	2	3	4	5
07	A participação ativa do paciente no planejamento e execução de um programa de tratamento deve ser incentivada o máximo possível.	1	2	3	4	5
08	A relação profissional de saúde-paciente difere tanto quantitativa quanto qualitativamente, de acordo com a faixa etária.	1	2	3	4	5
09	Faz parte da rotina de trabalho dos profissionais de saúde se relacionar com os pacientes, condição determinante no desenvolvimento de habilidades interpessoais.	1	2	3	4	5
10	Com um paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, é melhor desconversar se ele perguntar sobre sua doença/prognóstico, evitando assim mais sofrimento.	1	2	3	4	5
11	Valorizar a queixa de um paciente, mesmo que não seja relevante para o caso, pode influenciar positivamente sua adesão ao tratamento.	1	2	3	4	5
12	Em uma discussão de caso em equipe, é importante priorizar os dados clínicos porque é a partir deles que haverá a definição da conduta terapêutica.	1	2	3	4	5
13	É importante estimular o paciente a expressar seus sentimentos.	1	2	3	4	5
14	O relacionamento entre paciente e profissional de saúde é a base de todo tratamento e tem impacto direto sobre a saúde dos dois.	1	2	3	4	5
15	O uso da linguagem técnica favorece a compreensão do paciente sobre seu diagnóstico e tratamento, além de facilitar o acesso a outros profissionais e fontes de informações.	1	2	3	4	5
16	As profissões da saúde baseiam-se não apenas na área biológica, mas também nas áreas humanas e sociais. Nesse sentido, observa-se a valorização de aspectos humanísticos na formação e capacitação dos profissionais com abordagens mais sistêmicas e integradoras.	1	2	3	4	5
17	Quando o profissional de saúde se coloca no lugar do paciente, as estratégias planejadas para favorecer adesão ao tratamento podem não ser adequadas uma vez que o profissional pode atuar a partir de informações que não são relevantes.	1	2	3	4	5
18	A doença e os cuidados de saúde devem ser analisados a partir da consideração do contexto econômico, político, ecológico, social e cultural.	1	2	3	4	5

2) Você gostaria de justificar alguma resposta? Caso necessite, você também pode usar o verso da folha.

3) Sobre o tema “relação profissional de saúde-paciente” há algo que você gostaria de acrescentar?

4) Descreva a seguir observações, críticas ou sugestões sobre este instrumento.

Obrigada por sua colaboração!

Anexo F
Formulário de *Feedback*

1) Você acha que sua percepção sobre a relação com o paciente foi modificada com a oficina? () Sim () Não Comente.

2) Em uma escala em que 1 não mudou nada e 5 significa mudou totalmente, em que grau você considera que sua percepção mudou em relação aos seguintes itens:

- a) importância da relação com o paciente ()
- b) influência da relação com o paciente na promoção de saúde e prevenção de doenças ()
- c) aspectos que envolvem a comunicação em saúde ()
- d) suas habilidades interpessoais ()

3) Este espaço é aberto para alguma observação que você queira fazer:

Obrigada por sua colaboração!

Anexos G

Oficina Relação Profissional de Saúde-paciente”

1º ENCONTRO - Tema: Apresentação e Relação humana de qualidade			
	Objetivo	Conteúdo Programático	Procedimento/Estratégias
1ª parte 30 min	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver um clima de confiança entre os participantes; - Estabelecer princípios para o funcionamento do grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos presentes; - Apresentação da proposta de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada estudante se apresentou dizendo o nome, curso de origem, o período que estava cursando, o motivo pelo qual estava ali e a expectativa que tinha do trabalho; - Depois a condutora do grupo apresentou a si e a proposta da Oficina; - Foi feito também um contrato verbal de trabalho envolvendo itens como sigilo, assiduidade e pontualidade.
2ª parte 1 hora	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o contato dos estudantes com a relação entre teoria e prática tendo como tema: arelação humana de qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Definição do conceito de relação humana de qualidade; - Análise da relação entre teoria e prática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os estudantes foram convidados a dizer palavras que vinham à cabeça quando se falava de relação humana de qualidade. A condutora do grupo anotou essas palavras em um programa de edição de texto em um <i>notebook</i> e as projetou por um aparelho de <i>datashow</i>. Depois elas foram agrupadas por significados semelhantes com ajuda dos próprios estudantes. Os estudantes com o auxílio da pesquisadora, sintetizaram a idéia principal de cada grupo de palavras transformando-o em uma só palavra; - Ao serem listadas as palavras finais, os estudantes verificaram se eram aquelas palavras que realmente identificavam o que entendiam por relação humana de qualidade e, na seqüência, verificaram se a forma como vivenciaram esta atividade teve ou não relação com as palavras identificadas. Ao final, comentaram sobre essa relação entre a teoria e a prática.

2º ENCONTRO - Tema: Presença – conceito

	Objetivo	Conteúdo Programático	Procedimento/Estratégias
1ª parte 45 min	- Transmitir uma história.	- História de um filme.	- Os estudantes foram divididos em duplas. Um dos estudantes relatou a história de um filme ao outro componente da dupla, cujo filme este não tinha assistido. Ao final da atividade, cada estudante respondeu duas perguntas: Estudante que ouviu a história: 1) Você conseguiria contar a história que acabou de ouvir para outra pessoa? 2) Você pensou em outra coisa, que não estava relacionada à história que estava ouvindo, durante a fala de seu colega de dupla? Estudante que contou a história: 1) Você acha que em algum momento a pessoa que estava ouvindo sua história desviou a atenção? 2) Quais os indícios que te levaram a achar isto?
2ª parte 45 min	- Apresentar Buber e sua Filosofia Dialógica. - Apresentar o conceito de “Presença” segundo Martin Buber. - Promover discussão sobre a teoria e a prática.	- Breve biografia de Buber - Conceito de “Presença” segundo Martin Buber. - Análise da relação entre teoria e prática.	- Após o experimento, foi apresentada sucintamente a biografia Buber e pontos chaves da sua Filosofia Dialógica. - Em seguida, foi apresentado o conceito de presença segundo Martin Buber. - Concomitantemente, os estudantes foram incentivados a relacionar o experimento vivenciado com o conceito apresentado.
Tarefa de casa: Foi pedido que observassem como é sua presença nos seus relacionamentos cotidianos segundo o conceito de Buber.			

3º ENCONTRO - Tema: Presença – relação com paciente			
	Objetivo	Conteúdo Programático	Procedimento/Estratégias
1ª parte 15 min	- Verificar como foi a realização da tarefa de casa.	- Tarefa de casa do encontro anterior.	- Os estudantes foram estimulados a dar notícias sobre a tarefa de casa pedida no encontro anterior.
2ª parte 1 hora e 15 min	- Favorecer, por meio de contato com uma vivência pessoal, um maior entendimento do conceito de presença, proporcionando relação deste conceito com a formação profissional do estudante.	- Relação do conceito de presença com a formação dos profissionais de saúde.	- Foi solicitado aos estudantes que lembrassem de alguma situação como usuários ou acompanhantes de algum serviço de saúde no qual pudessem identificar se o profissional de saúde envolvido esteve ou não presente. - As situações lembradas foram discutidas e relacionadas com o conceito buberiano de presença e a formação profissional na área da saúde.

4º ENCONTRO - Tema: Comunicação genuína – conceito

	Objetivo	Conteúdo Programático	Procedimento/Estratégias
1º parte 30 min	- Identificar diferentes formas de comunicação.	- Análise de diferentes formas de comunicação.	- Foram apresentados vários trechos do seriado “House” em que aparecem diferentes formas de comunicação (tanto com o paciente e acompanhante/familiar quanto entre os profissionais de saúde). Foi pedido que os estudantes identificassem diálogos que apontavam como adequados e outros que apontavam como inadequados. - Depois, foi estimulada uma discussão das observações feitas.
2º parte 1 hora	- Apresentar o conceito de “Comunicação genuína” segundo Martin Buber. - Promover discussão sobre a teoria e a prática.	- Conceito de “Comunicação genuína” segundo Martin Buber. - Análise da relação entre teoria e prática.	- Após o experimento, foi apresentado o conceito de comunicação genuína segundo Martin Buber. - Ao longo da apresentação, os estudantes foram incentivados a relacionar o experimento vivenciado com o conceito apresentado.
Tarefa de casa: Foi pedido que observassem como é sua comunicação nos seus relacionamentos cotidianos segundo o conceito de Buber.			

5º ENCONTRO - Tema: Comunicação genuína – relação com paciente

	Objetivo	Conteúdo Programático	Procedimento/Estratégias
1ª parte 15 min	- Verificar como foi a realização da tarefa de casa.	- Tarefa de casa do encontro anterior.	- Os estudantes foram estimulados a dar notícias sobre a tarefa de casa pedida no encontro anterior.
2ª parte 1 hora e 15 min	- Favorecer, por meio do contato com uma transcrição de atendimento, um maior entendimento do conceito de comunicação genuína, proporcionando relação deste conceito com a formação profissional do estudante.	- Relação do conceito de presença com a formação dos profissionais de saúde.	- Foi apresentada a transcrição de um trecho de atendimento de profissionais de saúde (Nutricionista e Psicólogo) e essa transcrição foi analisada junto com os estudantes observando como foi estabelecida a comunicação entre os componentes do diálogo, levantando os prós e contras desse diálogo, verificando se essa comunicação podia ser considerada genuína ou não de acordo com a proposta de Buber. Também foi perguntado se eles sugeririam alguma comunicação diferente do que foi exposto.

6º ENCONTRO - Tema: Confirmação – conceito

	Objetivo	Conteúdo Programático	Procedimento/Estratégias
1ª parte 30 min	- Estimular os estudantes a lidarem com vivências diferentes e/ou semelhantes às suas.	- Imagens que ilustram o conceito de “Figura-Fundo” da teoria da Psicologia da Gestalt.	- Os estudantes foram divididos em duplas e foi entregue uma imagem para cada dupla que ilustrava o conceito de “Figura-Fundo” da teoria da Psicologia da Gestalt (essas imagens possibilitam sempre a visão de duas figuras na mesma imagem). O exercício foi feito uma dupla por vez. Foi pedido que cada componente da dupla dissesse o que estava vendo para o outro e que discutissem sobre o que viam, enquanto os outros estudantes e a condutora apenas observavam. Depois que todas as duplas apresentaram suas figuras e o que cada um havia visto, foi aberta uma discussão entre todos investigando como haviam experimentado essa atividade.
2ª parte 1 hora	- Apresentar o conceito de “Confirmação” segundo Martin Buber. - Promover discussão sobre a teoria e a prática.	- Conceito de “Confirmação” segundo Martin Buber. - Análise da relação entre teoria e prática.	- Após o experimento, foi apresentado o conceito de confirmação segundo Martin Buber. - Durante essa apresentação, os estudantes foram estimulados a relacionar o experimento vivenciado com o conceito apresentado.
Tarefa de casa: Foi pedido que observassem situações cotidianas nas quais se sentiam confirmado ou desconfirmado e também situações nas quais confirmava ou desconfirmava outra pessoa segundo o conceito de Buber.			

7º ENCONTRO - Tema: Confirmação – relação com paciente

	Objetivo	Conteúdo Programático	Procedimento/Estratégias
1ª parte 15 min	- Verificar como foi a realização da tarefa de casa.	- Tarefa de casa do encontro anterior.	- Os estudantes foram estimulados a dar notícias sobre a tarefa de casa pedida no encontro anterior.
2ª parte 1 hora e 15 min	- Favorecer, por meio do contato com um atendimento simulado, um maior entendimento do conceito de confirmação, proporcionando relação deste conceito com a formação profissional do estudante.	- Atendimento simulado. - Relação do conceito de presença com a formação dos profissionais de saúde.	- Um atendimento psicoterapeuta-paciente foi simulado entre a condutora do grupo e dois estudantes (foi esclarecido que não deviam falar de nenhum conteúdo pessoal, que quem se voluntariasse deveria trazer um assunto fictício). - Nesse atendimento a psicoterapeuta fez uma simulação demonstrando uma postura confirmadora em alguns momentos e desconfirmadora em outros. - Foi pedido que os estudantes observassem o atendimento e tentassem identificar quando havia sido adotada uma postura de confirmação e quando havia sido de desconfirmação, segundo o conceito de Buber. - Após cada atendimento simulado, houve uma discussão a partir das observações feitas e as impressões de quem havia participado do experimento.

8º ENCONTRO - Tema: Inclusão – conceito

	Objetivo	Conteúdo Programático	Procedimento/Estratégias
1ª parte 30 min	- Identificar a opinião dos estudantes diante de uma situação polêmica.	- Análise de filme.	- Foi apresentada a cena de um filme chamado “O Anjo Malvado”, na qual uma mãe tem que salvar um dos dois meninos que ela está segurando em um penhasco, sendo que um deles é seu filho e o outro um sobrinho. Depois, foi levantada uma discussão acerca da opinião dos estudantes em relação à atitude dessa mãe. - Posteriormente, a condutora contou a história do filme aos estudantes e foi apresentada novamente esta cena ampliada com uma cena anterior que mostra o filho tentando empurrar a mãe deste penhasco. Depois, foi levantada novamente uma discussão sobre a opinião dos estudantes em relação à atitude dessa mãe.
2ª parte 1 hora	- Apresentar o conceito de “Inclusão” segundo Martin Buber. - Promover discussão sobre a teoria e a prática.	- Conceito de “Inclusão” segundo Martin Buber. - Análise da relação entre teoria e prática.	- Após o experimento, foi apresentado o conceito de inclusão segundo Martin Buber. - Os estudantes foram incentivados a relacionar o experimento vivenciado com o conceito apresentado durante toda a apresentação.
Tarefa de casa: Foi pedido que observassem se durante a semana praticavam a inclusão em algum de seus relacionamentos cotidianos segundo o conceito de Buber.			

9º ENCONTRO - Tema: Inclusão – relação com paciente

	Objetivo	Conteúdo Programático	Procedimento/Estratégias
1ª parte 15 min	- Verificar como foi a realização da tarefa de casa.	- Tarefa de casa do encontro anterior.	- Os estudantes foram estimulados a dar notícias sobre a tarefa de casa pedida no encontro anterior.
2ª parte 30 min	- Favorecer um maior entendimento do conceito de inclusão; - Proporcionar relação deste conceito com a formação profissional do estudante.	- Análise de filme. - Relação do conceito de presença com a formação dos profissionais de saúde.	- Foram apresentados vários trechos do filme “Patch Adams”, os quais ilustravam momentos de interação entre médico e paciente. - Depois, esses trechos foram discutidos à luz do conceito de inclusão apresentado no encontro anterior. - Também foi pedido que lembrassem de exemplos vivenciados em que profissionais de saúde e/ou professores da sua formação haviam tido essa postura e foi realizado uma discussão baseada nas suas lembranças.

10º ENCONTRO - Tema:Relação profissional de qualidade e Fechamento

	Objetivo	Conteúdo Programático	Procedimento/Estratégias
1ª parte 1 hora	- Estimular a reflexão sobre o conteúdo aprendido e sua relação com a futura profissão.	- Sumarização e verificação do conteúdo.	- Foi solicitado aos estudantes que refletissem sobre como poderiam usar os conceitos aprendidos nos encontros anteriores na sua prática profissional e que comentassem sobre suas reflexões. - Depois, foi solicitado que algum estudante fizesse uma simulação de um atendimento dentro da sua área usando os conceitos aprendidos. - Após a simulação, foi aberta uma discussão sobre suas impressões do atendimento e as impressões de quem havia participado do experimento.
2ª parte 45 min	- Conhecer a avaliação e o <i>feedback</i> dos estudantes sobre o trabalho realizado. - Promover o encerramento da Oficina.	- Autoavaliação. - Avaliação da Oficina. - <i>Feedback</i> . - Fechamento.	- Foi entregue uma folha contendo a transcrição da expectativa que tinham do trabalho citada por cada um no 1º Encontro e foi pedido que completassem essa folha verificando se a expectativa havia sido alcançada ou não, e que escrevessem comentários sobre sua resposta. Depois, foi estimulada uma discussão sobre isso. - Posteriormente, foi entregue uma folha contendo todas as palavras iniciais e finais de cada participante em cada encontro, pedindo que refletissem sobre o que vieram. Foi aberto um espaço para quem quisesse comentar sobre isso. - Por fim, os participantes foram estimulados a comentar a respeito do trabalho realizado e a condutora agradeceu a participação de todos. - Antes de irem embora, a condutora lembrou os participantes da próxima etapa da pesquisa e fez o agendamento da entrevista final.

Anexo H
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **038/12**

Título do Projeto: “Relação Profissional de saúde- paciente avaliação de uma intervenção com estudantes da área de saúde”.

Pesquisadora Responsável: Graciana Sulino Assunção

Data de Entrada: 20/04/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **038/12** com o título: “Relação Profissional de saúde- paciente avaliação de uma intervenção com estudantes da área de saúde”, analisado na 4ª Reunião Ordinária, realizada no dia 08 de maio de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 12 de junho de 2012.

Prof. Natan Monsores
Coordenador do CEP-FS/UnB

Anexo I

Cartaz de divulgação da pesquisa

PARTICIPE DE UMA OFICINA SOBRE O TEMA

RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE-PACIENTE

Se você é estudante dos cursos de graduação em
Ciências Farmacêuticas, **Enfermagem**, **Medicina**, **Nutrição**, **Odontologia** e **Psicologia**
do Campus Darcy Ribeiro da UnB responda a um questionário e inscreva-se:

www.surveymonkey.com/s/3DX5WPV

Encontros semanais

Grupos de 15 estudantes

Duração: 10 encontros

Início: outubro/2012

**VAGAS
LIMITADAS!**

Responsáveis: Graciana Sulino Assunção (mestranda) e Elizabeth Queiroz (orientadora) – PGDS/IP/UnB

Contato: (61) 8111-6370 (62) 8131-6801 graciana@unb.br

RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE-PACIENTE www.surveymonkey.com/s/3DX5WPV										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anexo J

Tabela das palavras iniciais e finais

Palavras iniciais e finais de cada participante do 1º ao 5º encontro da Oficina.

Participante	1º encontro Apresentação e Relações Humanas de Qualidade		2º encontro Presença: conceito		3º encontro Presença: relação com o paciente		4º encontro Comunicação: conceito		5º encontro Comunicação: relação com o paciente	
	Palavra inicial	Palavra final	Palavra inicial	Palavra final	Palavra inicial	Palavra final	Palavra inicial	Palavra final	Palavra inicial	Palavra final
P1	ansioso	“encucado”	tranquilo	“sem-graça”	sono	animado	feliz	tranquilo	(chegou atrasado)	embarçado
P2	semi- exausto	tranquilo e cansado	(chegou atrasado)	“slow- motion”	correria	revigoração	tensão	semi-tenso	(faltou)	(faltou)
P3	atento	com clareza	tranquilo	presente!	tranquilo	muito motivado	cansado	calmo	feliz	satisfeito
P4	preocupado, aliviado, ansioso	seguro	cansado	consciente de algumas coisas	(faltou)	(faltou)	calmo	pensativo sobre como me comunico	ansioso	(saiu mais cedo)
P5	interessado	refletindo	cansado	presente na medida do possível	emotivo	aliviado	(faltou)	(faltou)	cansado fisicamente	ansioso

Palavras iniciais e finais de cada participante do 6º ao 10º encontro da Oficina.

Participante	6º encontro Confirmação: conceito		7º encontro Confirmação: relação com o paciente		8º encontro Inclusão: conceito		9º encontro Inclusão: relação com o paciente		10º encontro Relação Profissional de Qualidade e Fechamento	
	Palavra inicial	Palavra final	Palavra inicial	Palavra final	Palavra inicial	Palavra final	Palavra inicial	Palavra final	Palavra inicial	Palavra final
P1	tranquilo	refletindo sobre o tema	(chegou atrasado)	feliz c/ o novo conceito assimilado	curioso	interessado	interessado na aula, curioso	“sem-graça”	receio	saudade, dúvida
P2	inerte	esperançoso	(chegou atrasado)	inspirado	(faltou)	(faltou)	(chegou atrasado)	esperançoso	precisando parar p/ pensar re-pensativo	satisfeito
P3	curioso	consciente	tranquilo	preocupado	centrado	Tudo faz sentido	(faltou)	(faltou)	sentindo bem	motivado!
P4	(faltou fez cirurgia)	(faltou fez cirurgia)	(faltou fez cirurgia)	(faltou fez cirurgia)	apreensão	pensamento	nervosismo	mais tranquilo	cansaço	tranquilidade
P5	um pouco nervoso	empolgado	saciado	estimulado a estudar mais	motivado	refletindo	triste	(pensando sobre a importância da empatia)	cansado	satisfeito e mais seguro

Anexo K
Categorias e unidades de significado

Categorias PRÉ	
Categorias	Unidades de significado
Definição da relação profissional de saúde-paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Interação com humanidade - Separação de papéis - Relação de tratamento e cura - Relação entre duas pessoas - Vínculo entre profissional de saúde e paciente - Forma como o profissional interfere eticamente na vida do paciente - Acolhimento - Atenção a real necessidade do paciente - Se relacionar tendo um olhar mais amplo - Sofre influência da relação profissional-profissional
Aspectos importantes na relação com o paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Respeito - Compreensão - Saber ouvir - Boa preparação acadêmica do profissional - Boa estrutura familiar do profissional - Percepção integral do paciente - Se colocar no lugar do paciente - Relação de igualdade - Estabelecimento de vínculo - Confiança - Empatia - Dar voz ao paciente - Prestar atenção - Acolher
Aprendizado sobre o tema na universidade	<ul style="list-style-type: none"> - Aula expositiva - Fala superficial - Seminário - Discussão - Pesquisa e leitura de textos - Casos clínicos - Disciplina Psicologia Médica - Ensino defasado dentro de sala de aula - Aprendizado construído na prática em projetos de extensão - Priorização do conhecimento teórico - Falta de experimentação - Disciplina Psicologia: Curso e Profissão - Pouco contato com o tema durante o curso - Participação em pesquisas - Estudo autônomo e informal
Dificuldades futuras identificadas na relação com o paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Medo de não ter estrutura emocional - Dificuldade de trabalhar em equipe - Dificuldade em dosar envolvimento e afastamento - Medo de não ter uma comunicação clara e efetiva - Receio não conseguir estimular adesão do paciente ao tratamento - Medo de fazer algo errado
Motivação para participar da Oficina	<ul style="list-style-type: none"> - Interesse pelo tema - Relação de troca/ajuda na universidade - Contribuir para melhorado curso - Pesquisa interessante - Espaço para discussão do tema

	<ul style="list-style-type: none"> - Agregar conhecimento - Importância do tema na formação - Desejo de conduzir bem a relação com o paciente - Falta de desenvolvimento consistente do tema na universidade - Cansaço de ter teoria sem prática
Categorias PÓS	
Categorias	Unidades de significado
Definição da relação profissional de saúde-paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Relacionamento existente entre o paciente e o profissional de saúde - Relação humana com objetivo específico - Relação de ajuda - Acontece de ambos os lados - Relação de qualidade - Vínculo - Vai além da questão do conhecimento técnico - Comunicação efetiva - Respeito pelo outro - Estar presente - Ouvir o paciente - Confirmar o paciente - Forma de acolhimento do paciente - Aceitação - Entrar no mundo do paciente
Aspectos importantes na relação com o paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Presença - Comunicação genuína - Confirmação - Inclusão - Atenção - Motivação - Disponibilidade para ouvir, sem preconceitos (<i>epochè</i>)
Dificuldades futuras identificadas na relação com o paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Até que ponto se envolver - Naturalidade com o paciente - Tomada de decisão - Estabelecer uma comunicação clara com o paciente - Dificuldade em ficar presente - Dificuldade em dosar envolvimento e afastamento
Contribuições da Oficina para aprendizagem do tema	<ul style="list-style-type: none"> - Relação entre teoria e prática - Sentimento de poder fazer a diferença em uma relação, profissional ou não - Esquematização dos conceitos - Percepção da situação como um todo - Conscientização - Cuidado com o paciente - Modificação do olhar em relação ao paciente - Mais clareza de como colocar em prática a humanização - Ajudou a se sentir um pouco mais humano - Segurança - Aprendizado para vida - Desejo de mudança
Vantagens e limitações da Oficina	<p>Vantagens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprender a ver as sutilezas das relações humanas - Esquecer questões pessoais no momento da relação (<i>epochè</i>) - Usar conhecimento teórico e técnico para ajudar o paciente, sem desconsiderar seu ponto de vista - Multiprofissional - Didático - Diferencial na formação

	<ul style="list-style-type: none"> - Assunto interessante - Tempo de duração não muito longo - Abertura para participação dos componentes - Semestre, horário e local propícios - Filmes - Dinâmica da palavra - Oficina muito boa <p>Limitações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo pequeno - Deveria ser expandido para mais estudantes na universidade - Poderia ser mais longo - Horário - Não teve
<p>Conceitos buberianos de Relação Dialógica</p>	<p>Comunicação genuína:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expressão fidedigna de si e do que deseja comunicar - Compreensão entre interlocutores - Uso de linguagem adequada - Comunicação direta - Comunicação eficiente - Sinceridade - Clareza <p>Presença:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estar focado na relação - Estar presente, não só de corpo físico - Ato de se voltar para o outro em um determinado momento - Disposição para estar na relação - Abertura para ouvir <p>Confirmação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorizar o outro - Confirmar a existência do outro, mesmo não concordando com sua opinião - Saber ouvir - Saber responder - Aceitação - Validação da experiência do outro <p>Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocar-se no lugar do paciente, sem perder a consciência de si e do seu mundo - Olhar o mundo a partir da perspectiva do outro - Auxilia no desenvolvimento da atitude profissional

Anexo L
Respostas à primeira questão do Instrumento de Autoavaliação

- 1) Para responder a este instrumento, tenha em mente as coisas que atualmente você pensa ou sente em relação ao tema “Relação profissional de saúde-paciente”. Em uma escala em que **5 significa concordo totalmente e 1 discordo totalmente**, responda os itens a seguir:

		P1		P2		P3		P4		P5	
		Pré	Pós								
01	No tratamento de doenças não é relevante discutir as vantagens e os riscos das terapias não convencionais com um paciente, uma vez que tal conduta não será instituída pelo profissional de saúde.	1	1	2	1	1	1	2	3	1	1
02	Para realizar um procedimento em uma criança, o acompanhante não deverá estar presente para que uma relação de confiança seja estabelecida com o profissional de saúde.	4	1	1	1	2	1	3	2	3	3
03	A assistência em saúde é focada em conhecimentos técnicos uma vez que muitas situações podem representar perigo de morte para o paciente.	4	4	3	3	2	2	3	1	4	2
04	Discutir preferências religiosas de um paciente e as limitações relativas a seu tratamento em função dessas preferências pode ajudar na adesão ao tratamento.	1	1	3	3	4	5	1	1	5	5
05	O trabalho em equipe pressupõe o repasse de informações ao paciente, aos familiares e aos profissionais envolvidos.	5	5	5	5	5	5	1	5	4	5
06	Reações emocionais como choro, raiva e ansiedade evidenciam dificuldades do paciente em lidar com sua doença e/ou tratamento.	3	4	5	5	2	5	2	1	1	5
07	A participação ativa do paciente no planejamento e execução de um programa de tratamento deve ser incentivada o máximo possível.	-	5	4	4	2	5	4	5	4	5
08	A relação profissional de saúde-paciente difere tanto quantitativa quanto qualitativamente, de acordo com a faixa etária.	1	1	4	5	5	2	3	2	3	1
09	Faz parte da rotina de trabalho dos profissionais de saúde se relacionar com os pacientes, condição determinante no desenvolvimento de habilidades interpessoais.	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4
10	Com um paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, é melhor desconversar se ele perguntar sobre sua doença/prognóstico, evitando assim mais sofrimento.	2	1	2	1	2	3	1	1	2	1
11	Valorizar a queixa de um paciente, mesmo que não seja relevante para o caso, pode influenciar positivamente sua adesão ao tratamento.	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5
12	Em uma discussão de caso em equipe, é importante priorizar os dados clínicos porque é a partir deles que haverá a definição da conduta terapêutica.	3	1	4	4	1	3	3	3	4	2
13	É importante estimular o paciente a expressar seus sentimentos.	5	5	4	3	4	5	5	5	4	5
14	O relacionamento entre paciente e profissional de saúde é a base de todo tratamento e tem impacto direto sobre a saúde dos dois.	-	3	5	5	3	5	4	4	4	5
15	O uso da linguagem técnica favorece a compreensão do paciente sobre seu diagnóstico e tratamento, além de facilitar o acesso a outros profissionais e fontes de informações.	3	3	2	2	1	2	1	1	2	1
16	As profissões da saúde baseiam-se não apenas na área biológica, mas também nas áreas humanas e sociais. Nesse sentido, observa-se a valorização de aspectos humanísticos na formação e capacitação dos profissionais com abordagens mais sistêmicas e integradoras.	5	5	4	5	4	5	3	4	5	5