

Relação entre estudantes de medicina e pacientes

Maria Elizabeth S. H. Corrêa¹, Renata Venturim², Maria Cecilia Cordeiro Delatorre³, Elisabete Takeda⁴ e
Sílvia Franco da Rocha Tonhom⁵

¹ Doutora. Docente da Universidade de Marília – Unimar, São Paulo, Brasil. meshco@gmail.com;

² Aspirante a Oficial QOCON Médica do esquadrão de saúde do Departamento de Ciência e Tecnologia Aeroespacial de São José dos Campos/SP. Graduada na Faculdade de Medicina de Marília – Famema, São Paulo, Brasil.
renataventurim35@gmail.com;

³ Mestre. Docente do Curso de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Medicina de Marília – Famema, São Paulo, Brasil. mcissacd@terra.com.br

⁴ Doutora. Docente do curso de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Medicina de Marília – Famema, São Paulo, Brasil. takeda.elisabete@gmail.com

⁵ Doutora. Docente do Curso de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Medicina de Marília – Famema, São Paulo, Brasil. siltonhom@gmail.com

RESUMO: Introdução: Ao lidar com o paciente na graduação, o estudante de medicina aprende as bases da relação médico-paciente, essencial para o cuidado integral. Objetivos: Analisar o olhar do estudante de medicina no cuidado integral ao paciente com enfoque na relação paciente-estudante. Método: Estudo exploratório transversal, qualitativo, com estudantes de medicina do 1º ao 6º ano em 2017. Utilizou-se grupos focais, organizados por semelhança didático-pedagógica, 1º e 2º, 3º e 4º, 5º e 6º anos. Os disparadores da discussão foram: trechos de contos sobre o cuidado ao paciente e estudante de medicina; e questões norteadoras. As gravações foram analisadas por meio da Técnica da Análise de Conteúdo Modalidade Temática. Resultados: O conceito síntese identificado foi o de empatia e os temas definidos foram: a relação médico-paciente e o ensino médico. Conclusões: A formação dos estudantes continua sendo hospitalocêntrica e hierarquizada produzindo cuidado fragmentado. No entanto, as humanidades despertam reflexões para mudança.

Palavras-chaves: Relações médico-paciente; Estudantes de medicina e pacientes; Assistência integral à saúde; Ética médica; Bioética.

The relationship between medical students and patients

ABSTRACT: Introduction: When dealing with a patient in undergraduate studies, the medical student learns the bases of the doctor-patient relationship, which is essential for integral care. Objectives: to analyze the perception of the student of medicine in comprehensive care for patients with focus on patient - student relationship. Method: A qualitative cross-sectional exploratory study with medical students from the 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º year in 2017. Focal groups were used, organized by didactic-pedagogical similarity. The triggers of the discussion were: excerpts from short stories about patient care and medical student; and guiding questions. The recordings were analyzed through the Content Analysis Technique Thematic Modality. Results: The concept synthesis identified was empathy and the defined themes were: the doctor-patient relationship and the medical teaching. Conclusions: Students training continues to be hospital-centered and hierarchical, producing fragmented care. However, the medical humanities stir up reflections on change.

Keywords: doctor-patient relationship; medical student and patients; integral care assistance; medical ethics; bioethics.

1 Introdução

Ávila-Morales (2017) coloca que o “ato médico é o que o médico faz e o que o constitui”; de fato o trabalho médico se sustenta na relação que o profissional estabelece com o paciente e é nesse vínculo que os princípios da bioética se colocam: autonomia, beneficência, não maleficência e

responsabilidade. Os conceitos da relação médico – paciente vem se alterando ao longo do tempo, mas segundo Celedon (2016) os últimos 25 anos trouxeram mais mudanças do que os 25 séculos anteriores: se inicia pela Era do Paternalismo (500AC até 1960), cunhado por Siegler (1997), passa pela Era da Autonomia (década de 60 a 70), e chega hoje à Era da Burocracia, onde o médico: “... *tiene un doble rol, a saber, uno individual cual es sanar al paciente y otro colectivo o social cual es optimizar los recursos sanitarios para lograr una mejor justicia distributiva*” (Celedon, 2016). O autor observou que esse fato leva a um sentimento de desvalorização, por parte dos médicos, uma vez que a tecnologia importa mais do que a relação médico- paciente; além disso, os usuários estão exercendo cada vez mais a sua autonomia, são mais críticos, exigem mais atendimentos e de melhor qualidade; soma-se a esse contexto a formação do profissional que muitas vezes não desenvolvem, junto aos estudantes, as habilidades de comunicação com os pacientes. O estudante de medicina ao iniciar o curso se depara com muitas exigências acadêmicas, que faz com que ele mude “*sus patrones conductuales y en su estilo de vida, que se exacerba aún más al empezar la práctica clínica, en la que debe cumplir compromisos asistenciales y de estudio y profundización de los temas*” (Ávila-Morales, 2017). O autor aponta que um dos elementos que contribuem para a desumanização do médico em formação é a Síndrome do Desgaste Profissional (SDP – Burnout) que faz com que ele se sinta esgotado, perdendo o interesse tanto pelas atividades acadêmicas quanto pelo trabalho realizado na prática profissional. Além disso, o estudo de Celedon (2016) verifica que nesse processo pode se verificar o aparecimento de uma atitude de cinismo que se traduz na prática como postura distante e sarcástica. Houaiss (2009) define o cínico como alguém de “fala ou age” com descaso, imprudência. Em um estudo realizado na Universidade de Ohio, nos Estados Unidos, verificou-se que os comentários sarcásticos identificados como cínicos não estavam relacionados com as exigências da vida acadêmica, mas sim sobre pacientes ditos “problemas”. Chama atenção que grande parte desses comentários foram feitos inicialmente por residentes e ou docentes.

Porto (2004) coloca que:

“Sem qualidades humanas - integridade, respeito e compaixão - é impossível cuidar dos doentes. [...] As qualidades humanas formam o principal alicerce da medicina dos doentes e estão estreitamente relacionadas com princípios bioéticos.” (Porto, 2004, p. 10-17).

Por meio dessa citação nasceu a motivação para realização deste trabalho. Como ocorrem as relações entre estudantes e pacientes dentro da prática e, qual o papel do professor, da escola médica e do Sistema de Saúde no estabelecimento desse vínculo tão caro à prática médica. Dentro das qualidades humanas, as humanidades médicas e a bioética buscam levar o estudante a compreensão de que o paciente não consiste apenas na doença, o estudante deve adquirir as competências para estabelecer vínculo, baseando-se na ética, na boa comunicação e habilidades técnicas (Ribeiro, 2008). É dentro do dualismo, entre o extremo tecnicismo e uma medicina voltada para o paciente como um todo, que estão inseridas as escolas médicas do Brasil e a formação do estudante. Sendo assim, a Diretriz Curricular Nacional (DCN) do curso de graduação em Medicina de 2014 traz em seu Capítulo 3 os seguintes conteúdos curriculares:

[...] II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individuais e coletivos, do processo saúde-doença;

[...] IV - compreensão e domínio da propedêutica médica: capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas, capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-pessoa sob cuidado.” (BRASIL, 2014, p. 10).

As disciplinas de humanidades médicas estão inseridas nos currículos das faculdades de medicina desde 2001, e apesar de importante para a formação dos médicos, os professores e estudantes criam mecanismos de resistência (Rios, 2010). Com a incorporação da prática cada vez mais cedo e sua

valorização dentro do currículo, torna-se de fundamental importância avaliar como os estudantes estão estabelecendo a relação médico-paciente para proporcionar o cuidado integral. E a partir dessa avaliação propor estratégias para superar as fragilidades e edificar as fortalezas encontradas no processo de formação do estudante de medicina. Dentro desse contexto tem-se como objetivo analisar o olhar do estudante de medicina no cuidado integral ao paciente com enfoque na relação paciente-estudante.

2 Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório transversal, de cunho qualitativo, realizado com estudantes que cursavam medicina do primeiro ao sexto ano em 2017 na Faculdade de Medicina de Marília.

O projeto teve aprovação da Diretoria de Graduação e do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina sob o parecer nº 2.447.715 e segundo o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 64643317.4.0000.5413. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi utilizada a Técnica de Grupo Focal de uma amostra aleatória do discurso de representantes de estudantes de cada série do curso de medicina. O desenvolvimento dos grupos foi organizado com a configuração de duas séries cada um, levando em conta a semelhança didático-pedagógica dos mesmos, sendo iniciado pelos dois últimos anos, depois terceiro e quarto e por último os dois primeiros anos. Foram cinco estudantes do quinto e segundo ano e quatro dos demais anos. Os grupos tiveram duração, em média, de oitenta minutos, sendo utilizado os quinze minutos iniciais de cada grupo para explanação sobre o trabalho e seus objetivos, o preenchimento do TCLE e a leitura dos Instrumentos. Foram gravados em equipamento multimídia e transcritas pela pesquisadora e visando o sigilo, cada estudante foi identificado pela letra “E” (estudante) seguida da série mais um número aleatório, de um até no máximo cinco. Os textos produzidos a partir da transcrição das gravações foram analisados por meio da Técnica da Análise de Conteúdo Modalidade Temática (Minayo, 2016). É uma técnica por meio da qual o conteúdo manifesto do diálogo entre as pessoas, tem por finalidade a interpretação dessas mesmas comunicações. A análise de conteúdo ocorre em três fases: a ordenação dos dados; a classificação dos dados e, por fim, a análise final. Segundo Minayo (2012; 2016) a fase de ordenação dos dados tem a finalidade de organizar o material e reconhecimento das ideias iniciais do texto, realizar a leitura de cada grupo focal, com o objetivo de reconhecer o texto e aproximar-se das impressões e orientação para iniciar a análise dos dados propriamente dita. Na classificação dos dados é o momento de realizar um estudo aprofundado, orientado pelos objetivos e referenciais teóricos, desmembrando-se as unidades de registro e uma codificação que corresponde à transformação dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte do texto, classificação e agregação, possibilita atingir uma representação do conteúdo para categorização. E na fase de análise final é o momento de estabelecer a articulação entre os dados obtidos e os referenciais teóricos, respondendo às questões e objetivos da pesquisa, procurando relações entre o concreto e abstrato, o geral e o particular e entre a teoria e a prática. A coleta de dados aconteceu por meio da técnica de grupo focal que permite interações grupais ao se discutir um tema sugerido pelo pesquisador, além de, possibilitar a compreensão das percepções, das atitudes e das representações sociais de grupos humanos (Gondim, 2003; Kitzinger, 1994). Para a coleta de dados foi utilizado como disparador para a discussão uma coletânea de trechos de contos; “Aniuta” do autor Anton Tchekhov, “A Cara Engraçada do Medo” do autor Murilo Carvalho e “A Prima Cláudia” do autor Fernando Namora e um instrumento de coleta de dados elaborado composto pelas seguintes questões norteadoras: 1- Considerando o contexto dos contos anteriores, conte o que o paciente significa para o estudante de Medicina durante a sua graduação; 2- você acha que essa concepção a respeito

do paciente se mantêm durante a graduação ou tem alteração, considerando suas vivências nos diferentes cenários de atenção; 3- o que você acha que o estudante de Medicina representa para o paciente; 4- fale o que você pensa a respeito da relação médico-paciente; 5- o que o docente/professor representa na relação médico-paciente; 6- como seria um cuidado a um paciente de modo integral, levando em consideração a relação médico-paciente.

3 Resultados e discussão

Do total de 30 acadêmicos selecionados para a pesquisa, participaram 26 sendo que três faltaram e um desistiu antes do início do grupo focal. As idades dos participantes variaram entre 18 e 28 anos (média de idade de 22 anos), sendo 14 do sexo feminino e 12 do masculino. As categorias analíticas foram identificadas por meio da análise dos discursos dos acadêmicos sendo encontradas duas categorias analíticas: relação médico-paciente e ensino médico.

3.1 A relação médico-paciente

Nesta pesquisa, os estudantes ao abordarem a relação médico-paciente relacionaram a sua construção com a habilidade de comunicação e criação de vínculo, que Grossemann, & Stoll (2008) definem como competência relacional. Zangão (2015) discute que o desenvolvimento da competência relacional depende da relação profissional – paciente, que envolve ética e “conhecimentos relacionais” e por conta disso ela não é adquirida com tanta rapidez quanto as demais dimensões da competência. Os estudantes colocam que nos primeiros anos do curso quando iam na casa do paciente tentavam “criar vínculo e ajudar... estabelecer uma maior empatia” (E6.3) Apontavam que a empatia era importante para criar vínculo de confiança para “produzir cuidado”. O termo empatia foi uma expressão que esteve presente nos discursos dos três grupos focais para se referir a uma relação médico-paciente de qualidade. Os discursos mostram que é necessário olhar o paciente de forma humanizada tomando a empatia como base para o vínculo da relação entre o médico e o paciente alicerçando o cuidado. A Empatia é considerada “um conceito de amplo espectro”; originou-se do grego *empathia* que “significa apreciação aos sentimentos de outra pessoa” (Moreto, 2013). Somente após 1918 Southard (In: Hojat, 2007), trouxe o conceito da empatia para a relação médico – paciente, considerando “... um facilitador do diagnóstico e da terapêutica” (Hojat, 2007). Os estudantes dessa instituição estão em contato com o usuário desde o primeiro ano do curso, sendo essencial para a formação. O desenvolvimento do vínculo entre médico e paciente acompanha a formação do estudante (Fraga et al., 2011). As narrativas dos estudantes mostram como esse processo se inicia:

Na UPP1, eu ia pra conversar e eu lembro que eu tentava fazer alguma coisa de exame físico e era muito difícil, você não tem o local adequado. E6.3

Durante os primeiros anos do curso o estudante vai construindo as possibilidades e utiliza-se do que lhe é inato, conforme o passar das séries irá adquirindo respaldo teórico (Assunção, Melo & Maciel, 2008). Nos primeiros anos a relação se dá, principalmente, no domínio afetivo conforme se evidencia nas falas e mostra que o estudante se sente responsável pelo paciente. A responsabilidade, no trabalho de Rios, & Sirino (2015) é identificado como um dos elementos da humanização, assim como respeito e empatia. Outro aspecto importante a ser considerado é quando se colocam incapazes de oferecer informações como: dúvidas, perguntas ou recomendações ficamos tipo: ‘Ai meu Deus’. Tem que voltar para a Unidade de Saúde para perguntar para poder responder [...]” (E 1.1) sabe-se que o repertório de conhecimentos prévios dos estudantes, em medicina, ainda não é

suficiente, mas ele pode contribuir com a comunidade não somente as questões de saúde. Pois, neste momento, estão aprendendo a conversar e a se relacionar com os usuários. No início ocorrem as primeiras visitas domiciliares com vista à elaboração de anamnese e exame físico, subsidiadas pelas disciplinas de Ética e Bioética fundamentais para o estabelecimento de vínculo e do relacionamento médico-paciente. O fragmento que se segue é de um estudante do quinto ano (E 5.4), demonstrando que a preocupação com a parte afetiva da relação médico-paciente é uma constante durante o curso, principalmente para estabelecer limites entre o vínculo e a manutenção da relação profissional.

Então uma coisa que eu me sentia muito desconfortável era isso, saber o limite pessoal do próprio paciente com a nossa vontade de aprender com ele. (E 5.4)

Durante a graduação podem ocorrer mudanças na construção da relação médico-paciente. Alguns autores colocam que há intensa carga teórico-prática ao longo do curso, podendo levar a perda do enfoque humano (Assunção, Melo, & Maciel, 2008). Além disso, o próprio estudante entra na faculdade com uma carga de valores, princípios, cultura, religião que moldam seu caráter e personalidade, que pode influenciar o desenvolvimento da dimensão afetiva relacionada às humanidades (Camarico, Zaher, & Rosito, 2007). Em um estudo de Camargo, Almeida, & Morita (2014), realizado com estudantes do sexto ano do curso de Medicina, quando perguntado sobre a fonte de influência de bioética e ética, a formação familiar foi lembrada por 82,8% dos estudantes, os exemplos práticos profissionais corresponderam a 61,4%, a formação acadêmica 47,1% e a religião 37,2%, mostrando forte influência da formação familiar, maior que a acadêmica, nos aspectos humanísticos. Essas questões podem ser exemplificadas pela fala que se segue:

(...) e eu acho que a vivência e a questão de se comunicar com a pessoa no momento que ela precisa da sua ajuda e está levando um problema, eu acho que é o diferencial. Agora, a maneira com que você vai lidar com essa situação depende muito dos valores que você tem anteriormente e do valor que você está exposto (...) (E 4.4)

O discurso anterior e a que se segue corrobora com o encontrado por Camargo, Almeida; Morita (2014), destacando as singularidades do estudante e a desconstrução de conceitos afetivos, conseqüente à intensa teorização/prática e as responsabilidades após a graduação.

(...) A gente não consegue ser empático, e ninguém ensina a gente a ser empático, ninguém ensina os limites, porque isso é algo próprio de cada um. Então a gente ou se afasta totalmente ou acaba não conseguindo lidar com aquilo. (E 3.3)

Nesse processo de profissional de saúde em formação o estudante está em constante movimento de construção e de desconstrução e necessita de “supervisão” comprometida de seus professores com a finalidade de auxiliar naquilo que for necessário e essencial.

De acordo com a pesquisa de Camarico, Zaher, & Rosito (2007) à medida que o estudante evolui no curso começa a se desconstruir, ou seja, seria um processo de se “auto coisificar”, de normalizar problemas éticos que no primeiro ano de faculdade ele achava inaceitável. O fragmento que segue exemplifica a questão discutida.

(...) Muitas vezes a gente tem esse movimento de coisificar o paciente no fim das contas. ...Acaba que a postura dos outros profissionais, por exemplo, médicos formados e residentes, eles não fazem e acabam influenciando a gente a parar de pensar dessa forma. [...] a gente perde isso e depois você fazer ou não se torna um diferencial. Vira um diferencial completo da profissão. (E4.4)

As experiências vividas no curso, principalmente as negativas, os maus exemplos, são identificados por “comportamentos pouco éticos de docentes, como falas que ridicularizam os pacientes”, de fato os estudantes percebem uma grande contradição entre os valores éticos que são ensinados e o que

veem ocorrer na prática (Loayssa, 2009). Além disso, se deparam com a carência do Sistema de Saúde, sofrimento e morte dos pacientes. A perda do lado afetivo da relação estaria associada a dificuldade de enfrentar situações negativas (Fraga et al, 2011).

Sucupira, (2007, p. 624) traz “O que vai diferenciar um médico de outro não se reduz, portanto, ao conhecimento terapêutico, mas diz respeito ao modo como ele combina esse saber com a relação que estabelece com o paciente.” E os estudantes ressaltam a relação paradoxal que isso acarreta. Hoje, o diferencial de um bom profissional é aquele que constrói essa relação pensando na pessoa que está sendo cuidada, ou seja, sendo empático. Surge como um desafio para os estudantes dos últimos anos a reconstrução da relação médico-paciente que irão exercer quando profissionais formados.

Durante esse processo de construção da relação, o paciente assume vários significados para o estudante, ocorrendo sua desconstrução concomitante a perda da relação com ele (Grossemann, & Stoll (2008).

E a gente é induzido, às vezes, a exercer uma coerção sobre o paciente que ele precisa ser examinado, que ele precisa ajudar a gente, que ele está num hospital escola, [...] em alguns estágios que são mais estressantes o paciente é visto como um objeto às vezes, o paciente está com dor e ele não fala nada, às vezes você nem conversa com ele, nem pede a autorização e todo mundo está lá e o professor está observando isso. (E 5.5)

(...) quando estamos no internato, na cirúrgica vemos o paciente de uma forma mais fria. Ele é um objeto que está lá e eu vou estudar anatomia a céu aberto. (E 6.2)

Analisando as falas dos estudantes observa-se que o paciente é visto como objeto de estudo; conforme passam as séries esse “objeto de estudo” vai adquirindo um papel de “objetivo de cuidado”, evidenciando uma relação de troca: proporciona ao estudante a possibilidade de aprendizado e ao paciente um cuidado adequado. O estudo de Trindade, & Vieira (2013) relata que os cenários de atuação e os professores responsáveis por esses cenários seriam influenciadores de como os pacientes são inseridos no ensino e aprendizado do estudante. Assim, verifica-se um processo mais humanizado construído nos anos iniciais que é desconstruído no decorrer da formação onde as atividades práticas no âmbito hospitalar são intensificadas. Esse fato pode evidenciar que as práticas humanizadas não estão dadas de forma hegemônica, principalmente, nesse cenário.

Porém é interessante verificar que os pacientes aparentemente preferem ser atendidos por estudantes, mesmo que a capacidade teórica não seja semelhante ao do profissional formado, podendo mostrar que de alguma forma o estudante, pode ter internalizado processos mais humanizados.

3.2 O ensino médico

Durante a graduação de medicina vários fatores influenciam a construção do cuidado integral. Um aspecto positivo neste estudo foi que os estudantes observam suas deficiências quanto a não adequação dos princípios bioéticos o que repercute em um mau atendimento, há consciência de que isso ocorre durante a graduação e que eles são afetados pelo processo educativo, seja ele adequado ou não (Rios, & Sirino, 2015). É por meio do reconhecimento das fraquezas do ensino que as melhorias podem ser planejadas e executadas e o estudante desenvolver reflexão disto é de extrema importância para sempre estar se aprimorando. Isso é bem demonstrado pelo discurso que se segue.

Ensinam a gente de um jeito e ninguém faz assim’. E são coisas que você chega no 5º e 6º ano, que pode até ser que você achava um absurdo no 2º ano, mas o próprio sistema vai te fazer banalizar aquilo de

uma forma que, às vezes, você vai olhar a pessoa dando ponto, pegando uma luva contaminada e você vai passar batido, você não vai falar nada, você não vai nem se atentar (...) (E 5.2).

Apesar das Diretrizes Curriculares e das próprias Instituições de Ensino Superior (IES) prezar pela formação de um estudante generalista, que trata o paciente de modo integral, incluindo os aspectos das humanidades médicas, pelas falas dos acadêmicos desse estudo, essa proposta, ainda, é um grande desafio. Ocorre uma inversão de valores, entre o tecnológico e biológico, e o humano (Camarico et al, 2007). Os estudantes colocam que a empatia e os desempenhos relacionais são passíveis de aprendizagem, citando inclusive o papel do paciente simulado nesse processo.

(...) uma parte que eu gosto muito é o paciente simulado porque ele não está com dor, ele entende aquela situação, ele sabe que aquilo é necessário, ele é pago e tem muitas pessoas observando a nossa atitude naquele momento. (E 5.3)

Na instituição em que foi realizada a pesquisa o Laboratório de Prática Profissional (LPP) está inserido como suporte da Unidade de Prática Profissional e se inicia desde as primeiras séries. Os estudantes realizam o exercício de avaliação por meio da prática simulada, fazem a sua auto avaliação, são avaliados pelo paciente simulado, pelos pares e por dois professores, sendo um deles da área da comunicação (psicólogo ou psiquiatra), esse graduando tem a oportunidade de refletir sobre a sua prática e com isso agregar conhecimento, como a narrativa anterior aponta. Dessa forma os estudantes identificam que o paciente simulado é uma estratégia que oportuniza essa construção de forma prática. Há estudos que demonstram que as habilidades de comunicação podem ser ensinadas e assim aplicáveis no curso de Medicina e na área da Saúde (Brody, Ryan, & Kuzma, 2004; Grossemann, & Stoll, 2008; Yedidia et al., 2003). Em uma pesquisa realizada na Faculdade de São José do Rio Preto com estudantes de medicina, verificou-se que o ensino da Bioética propiciou alguma mudança para 54,2%; 18,4% disseram que houve pouca mudança e 18,4% que não houve nenhuma mudança no comportamento em relação às questões éticas (Oliveira, Guaimi, & Cipullo, 2008). Esse estudo é semelhante aos resultados de outra pesquisa realizada por Fernandes, & Priel (2013), que demonstrou que o ensino de Bioética propiciou pouco ou nenhuma alteração nas tomadas de decisões dos estudantes. Esses achados mostram a dificuldade de ensinar humanidades para estudantes. Nesse quesito seria de substancial importância proporcionar reflexões sobre essas vivências de modo que pudessem ser ressignificadas e reconstruídas de forma humanizada. Apesar das matérias de humanidades estarem inseridas no currículo, há pouca integração das disciplinas de humanidades na graduação, além de sofrerem resistência dos alunos e preceptores para essa integração. O discurso que segue exemplifica o mesmo achado da pesquisa de Costa (2007) .

(...) era o que a gente estava falando da empatia. Mas, a gente renega ou finge que estuda, por exemplo, na tutoria, quando alguém abre uma questão com esse tipo de abordagem, a gente já ignora a pessoa, ignora o que ela falou inclusive a ignora e fala para ela não vir na próxima tutoria. A gente quer o que não gere ansiedade, a gente vê que é muito complexo e que não dá para ter um 8 ou 80, sempre insulina 3x ao dia. E aí a gente acaba renegando isso para o segundo plano e não se esforça, não quer aprender. (E 4.4)

Dentro do ensino, o principal modelo de aprendizado é o professor. Segundo Serodio, & Almeida (2009), o relacionamento professor-paciente-estudante envolveria a peculiaridade de moralmente o estudante e o professor estarem vivendo o mesmo processo, no entanto, conforme a fala dos estudantes espera-se do professor o estabelecimento de uma relação mais acolhedora, um modelo a ser seguido. Esse profissional é tomado como exemplo, referência, modelo, influenciador; considerado o pilar da formação do estudante (Azevedo et al., 2015; Rios, 2016).

Tem um professor da pediatria que eu levo muito para mim. Durante o atendimento ele queria usar um antibiótico que não tem na rede só que seria o melhor para o filho. Então, ele pergunta: 'Mãe, está

sobrando um pouquinho? Esse aqui seria um pouco melhor. Vai ser melhor para sua filha, o que você acha?'. Então, essa questão de se preocupar com a realidade e com o que vai ser melhor para o paciente e não virar e falar 'é esse, toma é o que tem' (E. 5.3).

(...) mas eu acho que assim, a gente tem que saber levar da gente. Infelizmente, aprender a ver o que é bom e ruim no internato para melhorar, porque não da pra só ficar com exemplo ruim não. Deu a impressão de que todo muito fico muito chateado, não, a gente precisa levar as coisas boas também (E 6.3).

Há exemplos de profissionais que ensinam e estabelecem uma relação médico-paciente com base na bioética e empatia, apontadas nas falas anteriores. Os estudantes destacam que o bom exemplo é o que ele quer se espelhar, o que ele pretende levar para a sua formação.

Bom, eu conto na minha mão, bons, ótimos exemplos (...). Na faculdade inteira eu levo para minha vida menos que dez exemplos de profissionais de como se portar (...) (E 6.1).

Eu aprendi muito mais com os exemplos ruins que eu peguei na faculdade. ...você passa no Pronto Socorro você fala assim: meu eu nunca quero ser igual a esse cara (E 6.3).

É, eu acho que os exemplos que eu tive até agora são muito mais de profissionais que eu não quero ser do que o número de professores e médicos que a gente vê e gostaria de ser. E se hoje existem poucos, isso dá medo, porque às vezes a gente também pode se tornar um médico ruim (E 2.2).

Apesar de todo o lado positivo que existe dentro do ensino, os estudantes estão sendo formados por professores que dão “maus” exemplos. Mostram com inúmeros exemplos a preocupação de se tornarem profissionais que serão ruins, em suas concepções, ou seja, um profissional biólogo e despreocupado com o paciente e com os aspectos bioéticos da relação médico-paciente (Fraga et al, 2011). Um estudo de Vieira, & Neves (2009) revelaram despreparo por parte dos professores e seu desinteresse quanto às relações éticas. Outro aspecto abordado na pesquisa de Grosseman, & Stoll (2008) é que os exemplos considerados adequados responderiam a 80% dos casos, e “os que não fazer” seriam apenas 20%, contrariando os achados dessa amostra. Fica evidente a necessidade de se repensar como os professores vivenciam a relação com o estudante e com os exemplos que eles demonstram na prática. Associado a esses aspectos, ainda há o “currículo oculto”, que seriam normas e valores hierárquicos que a faculdade transmite em todos os momentos Grosseman, & Stoll (2008), aspectos abordados, também pelos estudantes:

A gente tem um currículo que é o currículo oculto que distancia a gente dos pacientes (...), Será que é o mesmo? (E21).

(...) então cada vez mais existe um distanciamento entre o profissional de saúde e a população [...] e os professores falam da população de uma forma completamente equivocada (E 2.1).

A Universidade de Harvard realizou um estudo com estudantes de medicina do terceiro ano sobre currículo oculto e identificaram que o que mais se aprende com as mensagens do currículo oculto são: os problemas relacionados a desrespeito e desumanização (30%). Desde o momento em que o estudante entra no vestibular, em um dos cursos mais concorridos do país, é uma grande responsabilidade, são expectativas próprias, familiares e da sociedade que a partir de então ele deve cumprir. Deixando clara a necessidade do cuidado com o profissional formado e o em formação (Azevedo et al., 2015).

Então, assim, todo mundo que está aqui está no internato e sabe que é “tocação” de serviço. A preocupação com o paciente vai até certo ponto, assim a necessidade de tocar serviço é um absurdo entendeu? Você abre mão do sono, você abre mão do psicossocial, do determinismo social, qualquer que seja. Você vai ficar com o que te faz passar na faculdade, com o que te faz não tomar bronca do chefe, são as pressões, as agressões psicológicas que o estudante sofre todo dia, todo dia mesmo. (E 6.1).

Observa-se também, pela narrativa anterior, como se dá a estrutura do curso e o entendimento do processo ensino – aprendizagem no internato. Ficou explícito nesse estudo que na teoria, as DCNs e o currículo estão adequados, contudo, são necessários importantes investimentos na formação docente para que possa fomentar transformações no processo ensino e aprendizagem.

4 Conclusões

Ao analisar o olhar dos estudantes quanto ao cuidado aos pacientes, o presente estudo extrapolou os objetivos traçados no projeto de pesquisa. Os temas foram complexos e proporcionam uma reflexão sobre a formação do estudante de Medicina. A relação médico paciente foi o foco principal. Sua significação para os estudantes neste estudo pode ser resumida com o termo empatia. Sendo habilidade comunicacional os estudantes demonstraram sua complexidade ao abordarem os aspectos individuais do estudante como preditor desta relação. No contexto do ensino, o estudante apresenta-se crítico. Ele tem crítica para observar as fragilidades e desafios e como isto afeta sua formação. Como os estudantes irão lidar com estas fragilidades é um meio para alcançar a melhoria do ensino. Encorajar as atividades em que haja a crítica construtiva, como o paciente simulado, é um meio para a construção de uma educação em que a relação médico-paciente seja embasada na bioética. O papel do professor foi amplamente questionado e ficou demonstrado a grande quantidade de exemplos profissionais não adequados em relação aos aspectos bioéticos. A lógica hospitalocêntrica é o centro da formação destes profissionais, assim como eles são responsáveis por ajudar na formação estudantil é necessário rever conceitos. A Educação Permanente e Educação Continuada são meios para que as humanidades médicas alcancem todos os profissionais. É importante ressaltar a relevante contribuição tanto da utilização dos contos como da estratégia do grupo focal para a obtenção dos dados. Embora, o estudo se restrinja à somente um curso de graduação, possibilitou identificar que a imersão no universo literário oportunizou ao estudante articular com suas vivências cotidianas do processo de ensino-aprendizagem e o compartilhamento junto aos colegas, no momento, da atividade em grupo, além de possibilitar importantes e densas reflexões, permitiu também, ao pesquisador, obter conteúdos singulares e de qualidade impar.

Referências

- Assunção, L. F., Melo, G. C. M. P., & Maciel, D. (2008). Relação médico-paciente permeando o currículo na ótica do estudante. *Rev. Bras. de Educ. Med.*, 32(3), 383- 389.
- Azevedo, L. F. M. et al. (2015). Cuidando das relações no ensino médico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 48(2), 195-203.
- Ávila-Morales, JC. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*. 30(2), 216-229.
- Camargo, A., Almeida, M. A. S., & Morita, I. (2014). Ética e bioética: o que os alunos do sexto ano médico têm a dizer. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(2), 182-189.
- Caramico, H. J., Zaher, V. L., & Rosito, M. M. B. (2007). Ensino da bioética nas faculdades de medicina do Brasil. *Bioethikos*, 1(1), 76-90.
- Carvalho, M. (1977). A cara engraçada do medo (pp. 67-72). São Paulo: Hucitec.
- Celedón, L. (2016). Relación médico paciente. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuell.* 76, 51-54.
- Celedón, C. (2002). Humanismo y Ciencia. *Rev Otorrinolaringol. Cir. Cabeza y Cuell.*, editorial Costa, N. M. S. C. (2007) Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? *Rev. Bras. Educ. Med.*, 31(1), 21-30.
- Brody, D. S., Ryan, K. & Kuzma, M. A. (2004). Promoting the development of competencies in clinical settings. *Fam Med*, 36, 102-109.
- Fraga, F. et al. (2011). O significado da relação médico- paciente para alunos de Medicina. *Rev. Bioética*, 19(3), 753-763.
- Fernandes, E. F., & Priel, M. R. (2013). O ensino da bioética e a tomada de decisões: impacto em estudantes de medicina.

- Mundo Saúde, 37, 15.
- Gaufberg, E. H., Batalden, M., Sands, R., & Bell, S. K. (2010). The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections? *Acad Med.* 85(11), 1709-16.
- Gondim, S. M. G., Guedes, & B. Flavio, A. (2004). Grupos focais na investigação qualitativa da identidade organizacional: exemplo de aplicação, maio. <http://repositorio.ufba.br/ri/handle>
- Grosseman, S., & Stoll, C. (2008). O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 301-308.
- Hojat, M., Zuckerman, M., Magee, M., Mangione, S., & Nasca, T. et al. (2005). Empathy in medical students as related to specialty interest, personality, and perceptions of mother and father. *Personality and Individual Differences*, 39(7), 1205–1215.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups *BMJ*. 311:299.
- Loayssa L. R.J, Moralb, R. R., & Campayoc, G.J. (2009). Por qué algunos medicos se vuelven poco ético (?malvados?) con sus pacientes. *Aten Prim.* 41(11), 646-9.
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciencia & Saúde colet.* 17(3), 621-626.
- Minayo, M. C. S.; Diniz, D.; & Gomes, R. (2016) O artigo qualitativo em foco. *Ciênc & saúde colet.* 21 (8).
- Moreto, G. (2015). Avaliação da empatia de estudantes de medicina em uma universidade na cidade de São Paulo utilizando dois instrumentos. Tese de doutorado, repositórios de teses USP.
- Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, & Câmara de Educação Superior. (2014). Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União.
- Namora, F. (2016). Retalhos da vida de um médico (pp. 21-26). *Alfragide: Editorial Caminho.*
- Oliveira, G. B., Guaiumi, T. J., & Cipullo, J. P. (2008). Avaliação do ensino de bioética nas faculdades de medicina do estado de São Paulo. *Arq. Ciênc. Saúde*, 15(3), 125-131.
- Ribeiro, M. M. F., & Amaral, C. F. S. (2016). Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 32(1), 90-97.
- Rios, I. C. (2010). Subjetividade contemporânea na educação médica: a formação humanística em medicina (doutor). Universidade de São Paulo.
- Rios, I. C. (2016). Humanidades médicas como campo de conhecimento em medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(1), 21-29.
- Rios, I. C., & Sirino, C. B. (2015). A Humanização no ensino de graduação em medicina: o olhar dos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(3), 401-409.
- Serodio, A. M. B., & Almeida, J. A. M. (2009). Situações de conflitos éticos relevantes para a discussão com estudantes de Medicina: uma visão docente. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 33(1), 55-62.
- Sucupira, A. C. (2007). A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface comunicação, Saúde Educação*, 11(23), 624-627.
- Tchekhov, A. (1994). O malfeitor e outros contos da velha Rússia (pp. 72-74). Rio de Janeiro: Ediouro.
- Trindade, L. M. D. F., & Vieira, M. J. (2013). O aluno de medicina e estratégias de enfrentamento no atendimento ao paciente. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 37(2), 167-177.
- Vieira, P. S. P. G., & Neves, N. M. B. C. (2009). Ética médica e bioética no curso médico sob o olhar dos docentes e discentes. *Mundo Saúde*, 33(1), 21-25.
- Zangão, M.O., & Mendes, F. R. P. (2015). Relational skills and preserving patient privacy in the caring process. *Rev Bras Enferm.* 68(2), 191-7.
- Yedidia, M. J. et al. (2003) Effect of communications training on medical student performance. *JAMA*, 290(9), 1157-65.