

Relação Médico-paciente Permeando o Currículo na Ótica do Estudante*

The Doctor-patient Relationship as Part of the Curriculum from the Student's Perspective

Luciana Farrapeira de Assunção¹
Gabriela Couto Maurício de Paula Melo¹
Dione Maciel¹

PALAVRAS-CHAVE

Medicina;
Pacientes;
Currículo.

KEY-WORDS:

Medicine;
Patients;
Curriculum.

RESUMO

A relação médico-paciente pressupõe um novo paradigma, em que o paciente procura o médico não apenas para curar uma doença definida, como também para aliviar todo e qualquer sofrimento. Este trabalho apresenta um referencial sobre o despertar do estudante para essa relação presente na literatura, contextualizando-a com os conteúdos programáticos desenvolvidos no curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UIPE). Foi realizada pesquisa bibliográfica sobre este tema e avaliados os módulos que integraram o antigo Ciclo Básico ao Clínico do referido curso, com vistas a atender a esta formação profissional, exemplificando-se com experiências e percepções desse novo paradigma nos módulos acadêmicos. Nos primeiros anos do curso médico da UIPE, os estudantes podem desenvolver sua futura relação médico-paciente com disciplinas estruturadas em módulos, nos quais a vivência nas comunidades e no hospital é, quase sempre, corroborada por subsídios teóricos. Conclui-se ser necessária maior integração entre os eixos teórico, humanístico e prático do curso médico, suprimindo suas deficiências e propiciando condições viáveis à formação de um médico consciente de seu papel social.

ABSTRACT

The new Doctor-Patient Relationship paradigm presumes that the patient seeks the doctor not only when needing to cure a defined disease but for relieving suffering in general terms. This paper aims to establish a reference for how to draw the attention of the student to this relationship in the literature, placing it into the context of the programmatic content developed in the School of Medicine of the Faculty of Medical Sciences, University of Pernambuco (FMS/UIPE). A bibliographical research on this subject was conducted and the disciplines that made part of the first four years of the medical course were analyzed in order to provide support to this aspect of the professional training. During the first years of the medical course of the UIPE, the students have the opportunity to elaborate their future doctor-patient relationship in disciplines structured in areas, in which practical community and hospital experiences are almost always supported by theory. It is concluded that a better integration of the theoretical, humanistic and practical areas of the medical course would be necessary for overcoming its deficiencies and for creating conditions favorable for the education of physicians aware of their social role.

* Trabalho vencedor do Prêmio ABEM/2007 de Educação Médica, no 45º Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado no período de 20 a 23 de outubro de 2007, em Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. (1º Lugar).

¹ Universidade de Pernambuco, Pernambuco, Brasil

INTRODUÇÃO

As escolas médicas têm a grande responsabilidade de capacitar seus alunos por meio de um currículo que abranja os conhecimentos técnicos necessários, bem como os saberes humanísticos, obedecendo às orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina. Estas estabelecem que a estrutura do curso deve incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo nos alunos atitudes e valores orientados para a cidadania¹.

Para atender à necessidade de formar médicos portadores de conhecimentos acerca da doença e do indivíduo como um todo, algumas faculdades vêm inserindo em seu currículo a temática da humanização. Alguns trabalhos, entre os quais se destaca o de Kleinman e Kleinman², têm influenciado em boa parte a realização do curso no que diz respeito à comunicação médico-paciente, a exemplo do que ocorre na Faculdade de Medicina da Universidade de Harvard, assim como em outros programas de formação³.

Na Escola de Medicina de Harvard, por exemplo, o curso prevê alguns elementos básicos, como a aprendizagem que se inicia no primeiro ano com um procedimento em que o aluno examina a própria experiência e as motivações que o levaram a se inscrever no curso. O programa de formação inclui a compreensão de como a percepção da doença por parte do paciente influencia o processo de cura e como a aprendizagem está dirigida à compreensão de aspectos éticos da medicina e das ciências humanas³. Na Universidade de Maastricht, os aspectos comunicacionais são abordados, aumentando-se gradualmente a complexidade das práticas e das situações, visto que esses aspectos são analisados primeiro em forma separada (no primeiro ano) e depois progressivamente integrados entre si. Com o transcorrer do tempo, cada estudante identifica as próprias capacidades e dificuldades, escolhendo o percurso formativo mais adequado às suas necessidades⁴.

Os exemplos de uma transformação que se espera de um profissional do século 21 não estão restritos a universidades estrangeiras, há exemplos de academias brasileiras também. A Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco é uma delas. Com a submissão do curso de Medicina à reforma curricular, essa instituição inseriu no conteúdo programático temas que trabalham a relação médico-paciente (RMP) nas salas de aula. Inseriu, também, o contato com o paciente logo nos primeiros períodos, para que o estudante não perca o relacionamento com a figura do paciente, tão estudada nos relatos das inúmeras patologias discutidas⁵. Além disso, direcionou seus conteúdos teóricos para a formação de um médico mais generalista e menos especialista, aparentemente na tentativa de formar um profissional que entenda o paciente como um todo, não o resumindo às partes que o compõem.

Temas como a relação médico-paciente, morte e finitude, potencialidades e limites na prática médica (lidando com o poder e erro médicos), fontes de estresse e o cuidado com a qualidade de vida são uma pequena amostra da abrangência do novo eixo inserido. Contudo, não são reflexos puramente das melhorias almejadas, mas, também, da conscientização dos atuais médicos e docentes quanto às dificuldades a serem enfrentadas pelos futuros profissionais da área de saúde.

Visto que há uma intensa mobilização a fim de que não se esqueça a dimensão espiritual do paciente durante a incansável busca pela cura, seria paradoxal negligenciar essa mesma dimensão espiritual, submetida também a sentimentos, medos e anseios do médico. De acordo com Bellodi *et al.*⁶, os problemas acadêmicos fazem parte do curso médico em geral, especialmente os de ordem emocional que acompanham cada fase do curso (pressão psicológica, ansiedade e até mesmo abuso de substâncias). O cansaço, o estresse psicológico e a depressão são frutos das demasiadas exigências direcionadas à sua formação. O estudante precisa dominar cada vez mais assuntos, distribuindo seu tempo em duas teorias: uma que versa sobre o corpo são e patológico, e outra, sobre os assuntos classificados como humanistas⁷.

Em virtude de uma inserção no mercado de trabalho cada vez mais repleta de pré-requisitos e escassa de oportunidades para todos os que o procuram, o estudante, enquanto administra seu tempo a fim de conhecer toda a teoria, tem de lidar com as crescentes exigências dos que usufruem os serviços oferecidos por aquele mercado, os pacientes, sobre um profissional que seja isento de erros. Enquanto a humanização o conscientiza de suas limitações e falibilidade, a sociedade exige perfeição, como afirmam Cerqueira-Ramos e Lima⁷ em sua pesquisa sobre a formação da identidade médica.

O momento atual é pleno de discussões sobre novas possibilidades de mudança de currículo nas escolas médicas brasileiras. Um médico precisa ter não apenas habilidades técnicas, mas também formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, e ser, sobretudo, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integridade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano¹.

OBJETIVOS

Diante deste contexto, foi realizado este estudo, buscando um aprofundamento teórico-prático sobre a relação médico-paciente constante na literatura, contextualizando o tema em

conteúdos programáticos desenvolvidos no curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco. Pretende-se, também, entender os motivos que levaram à reforma de seu currículo, com o intuito de proporcionar aos estudantes a aquisição da verdadeira humanização na relação estabelecida entre o profissional da área médica e o usuário do sistema de saúde, relatando experiências vivenciadas pelos estudantes do ciclo básico.

Os objetivos deste trabalho foram, portanto, fornecer subsídios, por meio de um trabalho realizado sob a ótica estudantil, aos coordenadores ou encarregados da implantação e manutenção da reforma, a fim de que possam entender melhor as necessidades do estudante do curso médico; auxiliar os professores que tentam atender às necessidades de conteúdo teórico e prático de forma mais atraente ao corpo discente, facilitando o aprendizado; e, por último, conscientizar os demais estudantes sobre a importância do intenso aproveitamento das oportunidades oferecidas pelo currículo para uma construção gradativa e bem estruturada da relação médico-paciente.

METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o assunto em diversos trabalhos científicos, que forneceram subsídios para um melhor entendimento da relação médico-paciente.

Buscando tecer considerações sobre o desenvolvimento da relação médico-paciente, ainda enquanto estudantes do curso médico, foram analisados trabalhos que apresentaram a condução de projetos pedagógicos de cursos de Medicina de universidades nacionais e estrangeiras. Também foi realizada uma avaliação do projeto pedagógico do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE), com vistas a atender a esta formação profissional.

Para exemplificar o desenvolvimento do projeto pedagógico do curso de Medicina da FCM/UPE, foram relatadas as diversas experiências que os estudantes têm, de forma obrigatória, durante o primeiro ano do curso de Medicina nos diversos módulos acadêmicos, sendo feitas reflexões e críticas em torno do que foi experimentado pelas autoras.

RESULTADOS

Os graduandos de Medicina têm, hoje, a possibilidade de começar a desenvolver sua futura relação médico-paciente (RMP) desde o início do curso. Essa busca cada vez mais precoce em favor da construção dessa relação não é um acontecimento isolado, mas o resultado de uma conscientização conjunta, de mestres, médicos e estudantes, sobre a importância do

desenvolvimento individual de formas de agir e interagir com o paciente. A construção da relação médico-paciente é iniciada com um contato entre o estudante e o paciente, normalmente advindo de estágios extracurriculares ou incluso nos projetos pedagógicos de determinadas faculdades de Medicina.

Com a reforma curricular que aconteceu no curso médico da FCM/UPE, houve a implantação de três grandes eixos que se inter-relacionam e que possuem, juntos, relevância na edificação da RMP: o teórico-demonstrativo, o prático-construtivista e o desenvolvimento humanístico.

Eixo Teórico-Demonstrativo

No primeiro ano do curso, o eixo teórico é chamado morfofuncional. O corpo humano é estudado usando-se conhecimentos de Citologia, Bioquímica, Genética, Biofísica, Anatomia, Embriologia, Histologia e Fisiologia e suas implicações na prática semiológica no indivíduo saudável. A carga teórica é bastante elevada, mas alguns trabalhos e aulas práticas levam o aluno, desde o início do curso, a ter maior contato com os anseios e histórias de vida dos doentes.

No primeiro semestre do curso, a disciplina de Prope-dêutica do módulo "Morfo-Funcional I" (MORFO1) propõe a produção de um relatório em que se identifiquem os sinais e as funções vitais de um paciente a ser acompanhado pelo estudante por um número mínimo de visitas. Teoricamente, esse trabalho parece simples, mas, na prática, a inexperiência dos alunos sobre como lidar com o paciente confere certa complexidade a essa tarefa. A abordagem do paciente requer que o estudante esteja preparado para conduzir o contato sem que aquele se sinta um mero experimento do acadêmico. A fim de que os pacientes se mostrem mais receptivos, é preciso demonstrar mais autoconfiança do que a que se tem, já que o pouco tempo de curso ainda é insuficiente para construí-la satisfatoriamente.

Os estudantes que aproveitam essa oportunidade conseguem perceber a importância do investimento na relação médico-paciente, bem como o quanto um simples diálogo, desde que acompanhado pela atenção ao doente, pode ser valorizado pelos que estão internados. Ouvi-los relatar como se sentem mal ao terem sua privacidade invadida por grupos de estudantes, acompanhados de preceptores, com o intuito de estudar sua patologia ou quando os médicos não lhe dão a atenção esperada faz o estudante refletir sobre como se dará sua atuação futura. Essa reflexão acompanhará o acadêmico em sua graduação sob a forma de um respeito maior por aqueles que vai tratar anos à frente. A importância e a dificuldade desse primeiro contato do estudante com o paciente são levadas em consideração pelos docentes da disciplina de Prope-

dêutica, visto que o aluno é requisitado a realizar comentários de natureza subjetiva sobre como transcorreram os contatos, suas dificuldades e opiniões.

Um fato interessante é encontrado ao se comparar a formação atual, que, com a reforma curricular, valoriza a humanização da medicina, com os relatos dos médicos doutores Dival Cantarelli e Dione Maciel, citados no estudo monográfico de Melo e Assunção⁸. Percebe-se que, mesmo após a ampliação da abordagem da humanização no decorrer dos anos e, no contexto aqui abordado, após uma reforma curricular focada nessa humanização, algumas práticas desumanas continuam a ocorrer no interior dos hospitais universitários. No segundo semestre de 2006, ainda no segundo período do curso médico, uma turma de 75 alunos foi dividida para acompanhar sete pacientes em exame de ecografia. A atitude do professor causou considerável constrangimento e certa revolta entre alguns estudantes dos diversos grupos ao presenciá-lo tratar o paciente como objeto, desconsiderando a dor que ele sentia, no intuito de obter as melhores imagens para o aprendizado dos alunos.

Esse não é um relato isolado. Os doutores mencionados narraram situações semelhantes nos questionários que enviaram às autoras:

Fui testemunha de alguns exemplos que jamais repetiria como médico ou professor; era a antítese do que eu desejava ser! Uma lágrima que escorria na face de uma paciente, durante uma aula no quarto ano médico, fez com que eu ficasse junto ao leito, oferecendo o que eu tinha de mais construtivo e respeitoso, presença e silêncio como forma de reparar o ato inadequado propiciado pelo professor, de passar por uma enfermaria com portas e janelas abertas, com todas as pacientes em posição ginecológica, para que os alunos vissem as lesões! (Dr. Dival Cantarelli).

Ninguém nos havia preparado para lidar com uma pessoa que se sujeitava a ter dez estetoscópios em seu tórax para poder ter um tratamento médico. (Dr^a Dione Maciel).

Eixo Prático-Construtivista

O eixo prático dá sua contribuição, no primeiro ano do curso médico, ao desenvolvimento da futura relação médico-paciente com a introdução de dois módulos vivenciados em diversas comunidades da cidade do Recife: Atenção Primária à Saúde I e II (APS I e II). Os objetivos desse eixo no primeiro ano do curso médico da FCM/UEPE são introduzir o aluno, a

partir de uma situação concreta — a realidade de vida e saúde da população de uma unidade básica de saúde —, nas reflexões sobre as concepções do processo saúde-doença no âmbito individual e coletivo e sobre o processo de construção da identidade pessoal e profissional.

No primeiro semestre, no módulo Atenção Primária à Saúde I (APS I), os estudantes são distribuídos em diversas comunidades carentes e acompanham a rotina do Posto de Saúde da Família (PSF) local. Os empecilhos para uma atuação maior dos alunos nas comunidades durante as aulas de APS I não estão concentrados apenas na imaturidade de alguns discentes, mas nas dificuldades técnicas da execução das aulas, o que colabora para o desinteresse do aluno.

Como as comunidades são distintas, os alunos estão mais propícios a não receber o mesmo nível de informação, o que acarreta a formação de opiniões discrepantes sobre as aulas do módulo. Alguns graduandos tiveram de interromper suas atividades num PSF devido a problemas com a segurança do local e foram transferidos para outras localidades. Ainda que a falta de segurança seja um problema intrínseco do Brasil, esse é um dos principais desestímulos para os alunos.

A universidade não dá suporte ao acadêmico nas questões de transporte e prevenção de possíveis incidentes devido à insegurança das comunidades, mas o obriga a estar presente no PSF, já que as faltas às atividades externas reprovam. Outros discentes conheceram os problemas de conciliar as visitas domiciliares com uma agente comunitária de saúde (ACS) sobrecarregada. O número elevado de famílias a visitar a impossibilitava, muitas vezes, de esperar os alunos na unidade, e o grupo não realizava a prática planejada.

Além da heterogeneidade das comunidades, há outro fator agravante: a nítida sensação de que nem os preceptores (Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Saúde Ambiental) sabem quais os objetivos a trabalhar. Isso pode advir de uma falta de conexão entre a universidade e os profissionais dos postos de saúde durante a construção dos módulos no início da reforma.

Além disso, é preciso entender que muitos dos objetivos das aulas já constituem o senso comum da população, não atraindo o discente. É compreensível aos leigos em saúde, por exemplo, que a falta de saneamento acarreta maior incidência de patologias. Como a epidemiologia só será vista no segundo semestre do curso na FCM/UEPE, não será percebida a importância das visitas domiciliares antes que as mesmas se acabem. É importante entender que o aluno recém-chegado à universidade acredita que, senão todas, a maioria das verdades do mundo tem embasamento científico. Não mostrar a ele a existência desse embasamento em suas atividades é extirpar

a credibilidade desse aluno sobre o módulo, mesmo que equivocadamente.

O objetivo do estudante na unidade é, basicamente, observar e acompanhar os profissionais que compõem a Unidade Básica de Saúde. Fazem-se visitas domiciliares, atentando para o perfil sociodemográfico, econômico e educacional. Estabelecem-se diálogos com os moradores, a fim de entender as concepções da população sobre o processo saúde-doença. Acompanham-se consultas, identificando as doenças mais frequentes na comunidade, bem como o grau de satisfação do usuário. Aferem-se os sinais vitais (que, antes da reforma, só eram ensinados em aulas práticas durante o quinto período do curso médico), participando da triagem dos pacientes. Comparam-se os princípios técnicos, éticos e científicos encontrados na prática da unidade com os que seriam esperados. Uma discussão a ser levantada sobre essa forma de aprendizado consiste em descobrir quais os limites benéficos para a comparação entre o prático e o teórico. Isso porque, em algumas comunidades, os alunos são hostilizados pelos profissionais, e uma possível interpretação para o fato é a figura do discente no PSF funcionar como uma espécie de vigilante do trabalho realizado, incomodando os profissionais.

Desde o primeiro período do curso médico até o início da prática na atenção de média complexidade e por fim na alta complexidade, os discentes têm muitas oportunidades de ter maior contato com os pacientes, tanto nos postos de saúde, quanto no Hospital Universitário Osvaldo Cruz (Huoc). No segundo período, o módulo Atenção Primária à Saúde II (APS II) apresenta os estudantes a novos cenários. Os alunos voltam à comunidade e têm acesso também à creche da universidade e à maternidade do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam). Nessas novas localidades, é enfocada a saúde da mulher e da criança. No PSF, os alunos acompanham pré-natais, conhecem a rotina da sala de vacinas e visitam a comunidade, correlacionando a realidade desta com a teoria vista no âmbito da epidemiologia. Além de terem aulas teóricas e práticas direcionadas aos objetivos citados, os alunos intensificam o contato com os usuários do sistema público de saúde, conhecendo melhor as necessidades dessa população. Os problemas enfrentados nas práticas se assemelham aos já destacados em APS I, mas, como os enfoques mudaram, algumas dificuldades, frutos da estrutura do PSF, foram atenuadas.

As intempéries que acometem os dois módulos práticos são os motivos principais para que grande parte dos alunos desacredite destes e, por não se sentirem estimulados, acabem por não se esforçar em perceber os detalhes. Se conferissem às práticas certa credibilidade, os alunos perceberiam o quanto o PSF é essencial para sanar as necessidades locais e a impor-

tância da atuação de uma equipe multidisciplinar, existente na maioria dos PSF. Essa conduta poderia ser decisiva para aflorar nos discentes o entendimento, inexistente em muitos profissionais médicos, da importância da relação de todos os profissionais de saúde com o paciente, não somente da relação médico-paciente.

Há mais dois aspectos muito importantes quanto à utilidade desse módulo. Primeiramente, o convívio com situações sociais distintas das vivenciadas pelos discentes lhes proporciona a faculdade de serem capazes, quando profissionais, de analisar um paciente inserindo-o num contexto socioeconômico, obtendo maior eficácia em suas intervenções. Em segundo lugar, por mais que muitos considerem desinteressante acompanhar a atividade de outros profissionais que não o médico, é necessário lembrar que o sistema de saúde é um todo multidisciplinar. Ao menos conhecer as diversas atividades será fundamental para entender a burocracia e o modo de funcionamento do sistema, propiciando uma interação mais harmônica com este.

Esses dois módulos conscientizam de que a interação não apenas é difícil de ser estabelecida, embora essencial, como também pode ser dificultada se o profissional não trabalhar seus preconceitos, principalmente os de natureza socioeconômica. Esta seria, portanto, a primeira confirmação de que os sentimentos do médico podem influenciar a RMP. A conscientização de que a psique do médico interferirá positiva ou negativamente na RMP é indispensável para que o estudante busque investir em seu emocional. Esse investimento, por sua vez, poderá ser realizado por meio do eixo humanístico, do ponto de vista teórico, e dos estágios não obrigatórios, do ponto de vista prático.

Eixo Desenvolvimento Humanístico

Relatar a experiência, como estudante de Medicina, da vivência de um currículo permeado pela RMP e não comentar as propostas do eixo Desenvolvimento Humanístico, presentes no projeto pedagógico, e como os alunos as visualizam quando postas em prática é relevar o irrelevante. Este é o mais importante eixo curricular voltado ao desenvolvimento da reflexão crítica dos alunos a partir da prática médica.

Utilizam-se discussões para identificar as implicações do processo de formação, do exercício profissional e do convívio com o sofrimento e a dor na vida pessoal do médico e sua capacidade de superação, e as implicações decorrentes do avanço da ciência e tecnologia na medicina contemporânea. Tenta-se, pois, construir junto ao estudante de Medicina uma concepção sobre ser médico, sobre o processo de formação profissional e sobre a visão moderna do paciente-cidadão, en-

quanto sujeito autônomo e consciente de seus desejos e direitos, refletindo-se sobre alguns fatores que intervêm na relação médico-paciente.

Com suas aulas teóricas, o eixo humanístico traz ao estudante do primeiro ano, que ainda não tem experiência na relação com o paciente, um espaço para reflexão e compreensão da responsabilidade compartilhada do trinômio *profissional-paciente-rede de apoio*, dentro de uma prática mais humanizada, visando resgatar atributos como o cuidado e o acolhimento na atenção integral ao paciente. O eixo humanístico foi representado até o ano de 2006, nos primeiros seis meses de curso, pelos módulos de História da Medicina (HM) e de identidade médica — com as aulas de “acolhimento” — e, no segundo período, por Trabalho Médico e Compromisso Social (TMCS).

Para as aulas de “acolhimento”, a turma é dividida em grupos, a fim de possibilitar maior interação entre os discentes. O formato da aula é interessante: cada uma tem um tema central a ser trabalhado pelo aluno, que relaciona o tema consigo; também há algumas atividades manuais, como fazer máscaras, escolher imagens ou desenhar. As aulas servem para que cada um entenda o porquê de ter escolhido a medicina; para mostrar que as dificuldades estão apenas começando, já que a tendência é o discente achar que depois da aprovação no vestibular tudo se torna mais fácil; para conscientizar de que é necessário ter uma vida além da faculdade, porque todos têm seus limites, sendo necessário conhecê-los e respeitá-los. No entanto, esses objetivos não são expostos aos alunos e, se eles os desconhecem, não irão entendê-los e, conseqüentemente, irão desacreditar da utilidade das dinâmicas propostas. O argumento que explica o descrédito para com essas aulas é o mesmo do descrédito para com as visitas na comunidade: o calouro acredita que todas as verdades do mundo são científicas; negar a ele o conhecimento de que o “acolhimento” tem um embasamento científico é contribuir com o descaso dos alunos acerca desse trabalho.

Já a proposta de História da Medicina (HM) é um pouco diferente. Esse módulo trabalha temas como a ética no contexto médico, a partir do juramento de Hipócrates, e a morte. Este último é bastante enriquecedor para os alunos da FCM/UPE, já que, contraditoriamente, poucas faculdades o abordam. Por ser uma constante na prática médica, seria plausível suscitar o debate sobre esse tema com os discentes, docentes e demais profissionais. Mas a forma como as aulas de HM são ministradas, abordadas pela ótica apenas de um filósofo, bem como o próprio nome do módulo não estimulam o aluno. Seria mais interessante se os critérios ético-antropológicos e sociais, bem como os fatores socioeconômicos e político-culturais que determinaram conquistas e fracassos da medicina fossem deba-

tidos de forma multidisciplinar: filosofia, história e medicina. Além disso, o módulo deveria se chamar Ética na História da Medicina, visto que o objetivo não é apreender fatos históricos, mas discutir aspectos subjetivos, como ética e moral.

O módulo Trabalho Médico e Compromisso Social (TMCS), por meio de exposições teóricas, como leituras, filmes e palestras, busca mostrar aos estudantes a importância da humanização na prática médica. Apesar da diversidade de assuntos vistos, os alunos terminam o período sem acreditar na importância da RMP, já que o módulo é meramente teórico. Uma alternativa seria reduzir um pouco o conteúdo teórico das aulas e criar um espaço para um trabalho prático, em que fosse preciso lidar com pacientes, experimentando as dificuldades e soluções trabalhadas na teoria. Como o conteúdo do módulo de TMCS é bastante rico, trabalhando o respeito entre culturas diversas e posturas diante de questões polêmicas, é possível que só falte conseguir provar aos discentes sua utilidade, acrescentando, para isso, atividades interativas com o paciente.

Apesar de algumas semelhanças com a reforma curricular, algumas mudanças facilitam a interação e o respeito entre estudante e paciente, já que a prática e a teoria são vistas simultaneamente desde o primeiro período. Enquanto alguns médicos relataram ter tido o primeiro contato com o paciente apenas no terceiro ano de curso, os estudantes atuais têm a oportunidade de ter esse contato mais cedo. Em contrapartida, por falta de preparação para esse contato precoce, muitos acadêmicos não conseguem aproveitar a essência do trabalho proposto.

CONCLUSÕES

Em palavras, conseguir individualizar cada paciente é uma tarefa simples. Em termos de ação, essa tarefa é mais complexa do que se poderia supor. Sendo difícil, entende-se por que o fator tempo justificaria um investimento maior nessa relação desde o princípio do curso médico. Um início precoce atenderia à necessidade de o aluno se familiarizar com a dor do paciente, o que facilitaria a prática futura de individualização, já que esta é conseqüência do conjunto de sentimentos. Esse início também faria com que o discente desenvolvesse o que é inerente a ele, o cuidar, e acrescentaria o que, ao longo dos anos, aprendeu com os livros, experiências e mestres, o tratar. O que diferencia o estudante de Medicina do primeiro período e do último é, principalmente, a forma do cuidar. No primeiro período, um discente que vai a uma enfermaria utiliza somente o que é inato a ele, sem a interferência de técnicas; no último período, ele emprega em sua prática um cuidar mais complexo. A intensa teorização acaba por reduzir

a dimensão do cuidar ao tratar, fazendo com que o tratamento foque a patologia, não o homem.

Aliar a teorização do acometimento do corpo com os seus reflexos sobre os sentimentos deveria ser a meta das escolas de Medicina da atualidade. Visto que uma grande parcela do corpo docente é formada por médicos, seria de grande valia a exposição da patologia em um caso clínico sem deixar de lado as influências da doença e do tratamento sobre o comportamento do paciente. Uma teorização dos problemas encontrados nas duas partes do todo, corpo e mente, já seria um avanço na conscientização do estudante de que ambos, concreto e abstrato, existem e devem ser considerados com a mesma seriedade e o mesmo respeito durante o tratamento.

Não se podem desconsiderar os benefícios e malefícios inerentes ao novo modelo que se adota. Pretende-se construir um profissional mais humano, o que exige dele um conhecimento teórico. Tem-se um médico, sem dúvida, mais preparado, mas, em contrapartida, exposto a um desgaste maior, tanto emocional, quanto físico, e à atuação do psicossomático.

Humanizar é preciso. A mudança, entretanto, não deve ocorrer somente nos estudantes, mas também naqueles que os educam. Não basta ensinar ao aluno a importância da humanização na RMP se os professores, espelhos dos alunos, não utilizam essa teoria na prática.

Para melhor aproveitamento e maior credibilidade do eixo prático, é necessário que a vivência prática nas comunidades seja corroborada por subsídios teóricos — a exemplo da epidemiologia, que deveria anteceder essa vivência, por ser a fundamentação teórica para as práticas do primeiro período. Por se tratar do primeiro contato do acadêmico com o paciente, pode-se afirmar que a partir dele é que se dará a base da RMP.

Com a reforma curricular, facilitou-se a interação e o respeito entre o estudante e o paciente, já que a prática e a teoria são vistas simultaneamente desde o primeiro período. Enquanto alguns médicos relataram ter tido o primeiro contato com o paciente apenas no terceiro ano de curso, os estudantes atuais têm uma oportunidade de começar mais cedo. Em contrapartida, por falta de preparação para esse contato precoce, muitos acadêmicos não conseguem aproveitar a essência do trabalho proposto.

Com a realização deste trabalho, objetivou-se provar com teoria, mediante artigos científicos, e com a prática, via experiência das autoras, a construção da relação médico-paciente de forma gradativa e plena. Para isto, é condição *sine qua non*

que haja maior integração entre os eixos teórico, humanístico e prático, suprimindo, dessa forma, as deficiências inerentes a cada um e concedendo condições viáveis para a formação de um médico consciente de seu papel social.

REFERÊNCIAS

1. Martins PH. Contra a desumanização da medicina: Críticas sociológicas das práticas médicas modernas. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
2. Kleinman A, Kleinman J. Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience. *Cult Med Psychiatry* 1991; 15(3):275.
3. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saude Publica* [online]. 1999. 15(3): 647-54 [capturado 1 dez. ano]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0505.pdf>.
4. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cien Saude Colet* [online]. 2004. 9(1): 139-46 [capturado 1 dez. ano]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19831.pdf>.
5. Universidade de Pernambuco. Faculdade de Ciências Médicas. Programa do curso de medicina da FCM/UPE. Projeto político pedagógico do curso de medicina. Recife: Editora da UPE.
6. Bellodi PL, Martinho T, Massaroppe T, Martins MA. Temas para um Programa de Tutoria em Medicina: uma investigação das necessidades dos alunos da FMUSP. *Rev Bras Educ Med* 2004;28(2):89-184.
7. Ramos-Cerqueira ATA, Lima MC. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface* 2002; 6(11): 107-16.
8. Melo GCMP, Assunção LF. Relação médico-paciente: um novo olhar. Pernambuco; 2006. Graduação [Monografia] — Universidade de Pernambuco.

CONFLITOS DE INTERESSE

Declarou não haver

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Luciana Farrapeira de Assunção
Av. Santos Dumont, 455 apt. 301 — Aflitos
Cep.: 52050050 — Recife — PE
e-mail : luciana.farrapeira@yahoo.com.br