

O Paciente e a Vivência da Visita Médica à Beira do Leito

The Patient and the Experience of Bedside Teaching

Juliana Lucchesi Carneiro Leão Silva¹
Thárita Cavalcanti Menezes da Silva¹
Luiz Cláudio Arraes de Alencar¹

PALAVRAS-CHAVE

- Educação em Saúde;
- Relação Médico-Paciente;
- Comunicação em Saúde;
- Educação Médica;
- Pesquisa Qualitativa.

KEYWORDS

- Health Education;
- Physician-Patient Relations;
- Health Communication;
- Medical Education;
- Qualitative Research.

RESUMO

Objetivo: Analisar os significados atribuídos pelos pacientes à vivência das visitas médicas realizadas em grupo à beira do leito na enfermaria de Clínica Médica. Método: Utilizou-se o método qualitativo, por meio da técnica de entrevistas semiestruturadas. Foram entrevistados 11 pacientes, internados em um hospital-escola localizado no Recife. As entrevistas foram submetidas à técnica de análise de conteúdo, e as categorias analíticas foram embasadas na psicologia da saúde, com enfoque biopsiossocial. Resultados e discussão: Os entrevistados perceberam a visita como algo bom, que auxilia na aprendizagem dos estudantes, porém alguns a consideraram algo negativo e desconhecido. Os participantes interpretaram a visita como um espaço dos médicos, do qual eles não devem participar, sendo a comunicação centrada nos médicos e estudantes. Essa postura pode desfavorecer a construção do vínculo médico-paciente e contribuir para um sentimento de passividade dos pacientes. Conclusão: Embora a maioria dos pacientes tenha avaliado a visita médica de forma positiva, como a comunicação está centrada nos médicos-estudantes, limita-se a participação do paciente durante a visita médica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the meanings attributed to the experience of bedside teaching in groups on hospital wards. Methods: This research used a qualitative method with semi-structured interviews. The sample was composed of eleven patients hospitalized in a hospital in Recife. The interviews were subjected to content analysis and the formation of the categories was based on health psychology, employing a biopsychosocial approach. Results and discussion: The participants perceived the bedside teaching as a good thing, which helps the students' learning, but some considered it as negative and unfamiliar. Furthermore, the participants interpreted the bedside teaching as a space for physicians, in which they should not participate, where communication is centered on the student doctors. This attitude may not favor the construction of the doctor-patient relationship and, thus, contribute to a feeling of passivity among patients. Conclusion: Although most the patients evaluated the bedside teaching positively, since communication was focused on the student doctors, it limited the patients' participation during the activity.

Recebido em: 21/06/2015

Aprovado em: 11/11/2015

INTRODUÇÃO

O modelo biomédico baseia-se no paradigma das ciências naturais e na separação cartesiana corpo e mente. Surgiu no século XIX e possui como foco os aspectos orgânicos da doença. Nesse modelo, o relacionamento médico-paciente é verticalizado e centrado no saber médico. Os profissionais têm uma postura mais “paternalista” e uma comunicação médico-paciente unidirecional, além de a educação médica ser centrada no desenvolvimento de habilidades técnicas e científicas, sem valorização dos aspectos éticos e subjetivos^{1,2,3}.

Tal modelo fomentou questionamentos, vindo a desenvolver, paralelamente, o surgimento do modelo biopsicossocial. Este fundamenta os conceitos de saúde na atualidade e visa incorporar o caráter subjetivo e social da doença, olhando a pessoa de forma integral. Nesse modelo, o ensino médico deve ser centrado no paciente, priorizando o diálogo médico-paciente, a fim de encontrar estratégias que auxiliem os indivíduos a lidar com as mudanças advindas do processo saúde-doença^{1,3,4}.

Essa transição do conceito biomédico de saúde para o biopsicossocial gerou reconfigurações nos sentidos dados à relação saúde-doença-cura e nas noções de saúde coletiva⁵. Também implicou a aquisição de novas competências na formação médica e mudanças na cultura da atenção aos usuários, visando à aproximação com preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da política nacional de humanização^{1,4}.

Diante disso, é importante a realização de pesquisas que visem compreender e refletir sobre a percepção dos pacientes acerca das práticas médicas, de forma a melhor orientar a educação médica e a relação médico-paciente durante a hospitalização. Assim, o presente estudo buscou analisar o olhar dos pacientes sobre as visitas médicas à beira do leito, com ênfase na comunicação e relação médico-paciente.

A visita médica é uma prática solidificada e recorrente, que compõe a rotina de um hospital-escola e tem por objetivo a apresentação de casos e a discussão das condutas médicas, visando à aprendizagem dos estudantes, além de aprimorar a qualidade dos atendimentos médicos. Cada visita possui peculiaridades, ocorrendo diferenciações de acordo com as especificidades da equipe médica, especialidade da medicina e personalidade dos médicos-professores que a conduzem⁶.

Nos últimos anos, foram realizadas diferentes pesquisas acerca da temática da visita médica, visando, de maneira geral, à compreensão dos pacientes sobre essa prática de ensino. Esses estudos apontaram variações no ponto de vista dos pacientes, não havendo um consenso quanto aos efeitos dessa atividade na relação e comunicação médico-paciente durante a hospitalização⁶⁻¹⁰.

Assim, é necessário efetuar pesquisas que visem aprofundar os sentidos da visita para os pacientes. Com esse intuito, a presente pesquisa analisou os significados das visitas médicas realizadas em grupo à beira do leito para os pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica feminina e masculina de um hospital-escola localizado no Recife (PE).

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e de natureza qualitativa. Foram entrevistados pacientes internados na enfermaria de Clínica Médica de um hospital-escola, os quais vivenciaram pelo menos uma visita médica em grupo à beira do leito durante a hospitalização.

Os participantes foram escolhidos de forma intencional, sendo o número de participantes finalizado em 11 entrevistas pelo critério de saturação teórica. Esta consiste em um processo no qual os pesquisadores, por meio da análise contínua dos dados coletados e objetivos do estudo, avaliam que poucas informações novas apareceram, além das diferenças que emergiram nas falas dos participantes. Assim, a amostra é resultado da soma das diferenças e semelhanças nas falas dos entrevistados, em que as diferenças dos discursos expressam as vivências pessoais de cada entrevistado, ao passo que as repetições demonstram o discurso do grupo^{11,12}.

Na coleta de dados foi utilizada a entrevista individual semiestruturada de questões abertas, realizada em local reservado, sendo gravada mediante autorização prévia dos entrevistados e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O material coletado foi transcrito na íntegra e guardado em local seguro. Além disso, os participantes foram identificados pelas iniciais do nome e numeração da entrevista, a fim de garantir o anonimato.

Os dados coletados foram analisados com base na análise de conteúdo¹¹. Trata-se de um conjunto de técnicas cujo objetivo é buscar o(s) sentido(s) de uma entrevista. A análise de conteúdo foi composta por três fases. A primeira foi a fase de pré-exploração do material e de leituras flutuantes do *corpus* das entrevistas, em que se buscou fazer a constituição e organização do material. Na segunda fase, fez-se a seleção das unidades de análise, em que foram realizados recortes de frases, parágrafos e sentenças para construir as unidades de análises temáticas. Por fim, ocorreu o processo de categorização e subcategorização, que se caracterizou por efetuar agrupamentos dos enunciados/unidades de análise, de forma a abranger um número de temas, tendo em vista o grau de proximidade entre eles¹²⁻¹⁵.

A validação externa da análise¹² das entrevistas foi realizada com pares acadêmicos por meio de debates dos dados encontrados e com duas especialistas na área de educação em

saúde. A essas, foram entregues as transcrições das 11 entrevistas e um *checklist* para orientar os passos da análise, esclarecendo cada etapa e as regras de codificação. Esse procedimento visou aumentar a confiabilidade dos resultados da análise. Após o consenso das especialistas, os dados foram trabalhados com base na literatura nas áreas da psicologia da saúde e hospitalar, com enfoque biopsicossocial.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, número do CAAE 25770513.4.0000.5201.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Realizaram-se 11 entrevistas, das quais participaram cinco homens e seis mulheres. A faixa etária dos entrevistados foi de 18 a 64 anos, e a escolaridade variou de analfabetos a superior completo. Com relação ao tempo de hospitalização, o maior período foi 74 dias, e o menor quatro dias, sendo os diagnósticos diversificados. Todos os participantes relataram acreditar em Deus, cinco afirmaram ser católicos, dois não possuíam religião específica e quatro eram evangélicos.

Com base na análise de conteúdo das 11 entrevistas, três categorias foram identificadas: (a) o propósito da visita médica na visão dos pacientes; (b) sentimentos relacionados à visita médica; (c) comunicação e relação médico-paciente na visita médica.

Importa afirmar que as falas dos participantes da pesquisa carregam modos de ver e pensar a si mesmo, a relação saúde-doença e formas de lidar com as repercussões da internação, fruto de produções singulares em contextos sócio-históricos específicos. Ressalta-se, ainda, que esses relatos emergem do encontro entre membros da equipe médica (suas competências, habilidades clínicas e traços de personalidade) e pacientes. Porém, não enfocaremos as características pessoais da equipe médica porque esses elementos estão fora do escopo e possibilidade de avaliação. Contudo, nas análises das falas é possível perceber o laço entre competências e habilidades com o tipo de vinculação médico-paciente estabelecida.

O propósito da visita médica na visão dos pacientes

A visita médica à beira do leito possibilita aos estudantes avaliar diretamente a história do paciente e aprender com os professores na prática, sendo abordados aspectos da educação médica difíceis de ensinar em sala de aula¹⁶. Nesse sentido, ao se questionar sobre a compreensão do objetivo da visita, três respostas distintas emergiram nas falas dos entrevistados. O primeiro conteúdo apontado foi o objetivo didático da visita:

“Cada um nas suas categorias estão ali ensinando um ao outro. Porque tem o profissional e tem o aluno, quer dizer, o

aluno médico ensina o aluno, e tem um professor também no meio.” (E7)

“[...] Por exemplo, cada médico daquele tem um paciente, então ele vai explicar para o professor a patologia, o que está sendo aplicado, como está sendo o desenvolvimento do paciente, etc. e tal. E aí o professor fala se está correto, se não acha que merecia outro tipo de [...], faz a pergunta, não indica.” (E3)

Esses discursos apontam o entendimento da dimensão do ensino durante a visita e esta como parte integrante de um hospital-escola. Essas falas são corroboradas por outro estudo em que a maioria dos pacientes afirmou que a principal finalidade da visita médica eram os ensinamentos aos estudantes e residentes de Medicina, e não a assistência aos pacientes⁷. Outros entrevistados relacionaram a finalidade da visita ao acompanhamento dos pacientes e a aspectos do internamento:

“As visitas têm o intuito de passar como o paciente passou o dia, a noite, para a médica C., que é a médica geral. O intuito dessa visita é este: passar como o paciente está lidando com os medicamentos, como o paciente passou a noite, se ele vomitou, se ele passou mal, se ele sofreu alguma coisa durante a noite.” (E5)

Nessa fala, há a percepção de cuidado e de um olhar voltado ao paciente. A construção da visita com esse enfoque é importante para um melhor vínculo médico-paciente, contribuindo para construir um sentimento de participação e acolhimento durante o internamento. Outro estudo frisou a necessidade de fusão dos objetivos didático e assistencial da visita, em que seja possível o esclarecimento de dúvidas e a participação do paciente sem prejudicar o ensino⁶.

Diferentemente dos dois propósitos da visita descritos, houve um paciente que relatou desconhecimento acerca do objetivo:

“Aquela reunião a gente olha assim e tem bem uns quinze. Oxente, e é essa boiada todinha é, eu não tô entendendo não, pra que é não. [...] Essa reunião, eu não entendo pra que essa reunião, essa patota toda não (risos).” (E6)

Esse desconhecimento pode ter relação com o grau de escolaridade e não recorrência de internações, porque esse participante era analfabeto e relatou, no decorrer da entrevista, desconhecimento da dinâmica do hospital. Tal relato demonstra a importância de explicar as práticas de um hospital-escola antes de realizá-las. Isto porque, muitas vezes, pressupõe-se a

compreensão dos pacientes sobre esses aspectos ou espera-se uma rápida “adaptação” ao serviço, algo que pode não ocorrer. Outro estudo sobre aulas práticas apontou que a maioria (93,8%) dos pacientes relatou não ser informada de que o hospital em que estava internada era um hospital-escola, e (64,8%) não sabiam o significado disso¹⁷.

Sentimentos relacionados à visita médica

Diferentes sentimentos surgem no decorrer da hospitalização, pois o adoecimento traz uma vivência de ruptura na linha de continuidade da vida, mudanças nas atividades cotidianas e perda de certa previsibilidade diária. Ao estar doente, o indivíduo perde sua saúde e autonomia, e, na condição de paciente, pode vir a sofrer alterações no seu estado de humor^{18,19}.

Dessa forma, os sentimentos que emergiram na fala dos entrevistados antes, durante e após a visita médica estavam relacionados à forma como vivenciam o internamento/adoecimento, seu entendimento sobre o processo saúde-doença e como compreendem os objetivos da visita. Assim, percebeu-se que, quando compreendem a finalidade didática da visita, os entrevistados comumente a relacionam como algo bonito:

“[...] Eu acho muito bonito isso aí, porque também se não fossem os antigos, não existiam os novos não. E isso é união, reunião que diga, reunião e união, que nem todo dia eles se reúnem ali e estão ensinando um ao outro. [...] Eu acho bonito, porque um ajuda o outro.” (E7)

Pode-se perceber que o entrevistado adjetiva a visita médica com os termos bonito/bom por entender seu objetivo ligado à formação médica e à transmissão de conhecimentos. Dados semelhantes foram encontrados numa pesquisa em que os entrevistados avaliaram ser importante o médico ajudar os estudantes inseguros da prática médica, auxiliando a torná-los mais confiantes, beneficiando os alunos e, consequentemente, a sociedade²⁰. Em ambas as pesquisas, os pacientes veem como algo belo a “reunião” e a “união” dos médicos no momento da visita em prol do aprendizado.

Outros participantes parecem ter relacionado a visita como algo bom porque, para eles, a finalidade dela é aprimorar a assistência aos pacientes. Assim, torna-se belo/bonito ver vários médicos se debruçando sobre o caso do paciente para melhor definir as condutas a serem realizadas, proporcionando uma sensação maior de segurança e assistência:

“Para mim é bom! É uma coisa que eles estão fazendo, e eu espero que eles continuem. [...] Eu acho bom, bonito, ali eles

estão estudando mais ainda pra dar mais apoio para o paciente...” (E1)

Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos, nos quais os participantes consideraram que o fato de vários médicos discutirem seus casos à beira do leito criava uma sensação de apoio. Os pacientes se sentiram valorizados ao serem assistidos por uma equipe numerosa e ao perceberem a preocupação dos profissionais com a condução do tratamento. Os pacientes também relataram gostar da visita porque as discussões os auxiliavam a compreender a própria doença^{6,7,8}.

Outro entrevistado, que desconhecia o objetivo da visita médica, referiu sentir-se desconfiado com o conteúdo discutido:

“Eu fico desconfiado. Às vezes, está ali cada doença feia, e eles ficam discutindo pra ver o que vão fazer pra aquele paciente. Eu fico olhando assim [...]” (E6)

A fala do entrevistado aponta, novamente, a necessidade de melhor explicar ao paciente a finalidade da visita e as informações discutidas naquele momento. Isto porque o desconhecimento da visita, do conteúdo discutido acerca do diagnóstico e prognóstico, parece ter gerado no participante um vínculo de desconfiança da equipe. Tais circunstâncias podem favorecer no paciente a criação de fantasias sobre seu estado de saúde, além da construção de mecanismos de defesa, compreendidos como uma atitude defensiva da mente, visando à adaptação à doença e à hospitalização¹⁸. Outro entrevistado referiu sentimento de medo no momento da visita, que parece estar conectado à vivência da hospitalização e a fantasias relativas ao adoecer:

“[...] Eu fico com medo quando eu vejo essa equipe de médico conversando, eu fico com medo. Mas graças a Deus agora quando eu vejo eles, eu não tenho mais não. [...] Eu ficava assustada de ele dizer que eu estava com alguma doença assim.” (E8)

Nessa fala, o medo parece estar relacionado à falta de compreensão do paciente sobre sua saúde, à ansiedade pelo não fechamento do diagnóstico ou até a uma falha na comunicação médico-paciente. Essas questões podem ter sido intensificadas no momento da visita pela não compreensão sobre o conteúdo falado pelos médicos e pela pouca participação nas discussões.

Deve-se considerar também que, quando doente, o indivíduo se torna psicologicamente frágil, pois se depara com conteúdos angustiantes da existência humana (vida e morte), podendo a vivência da hospitalização ser bastante ameaçadora e permeada por dúvidas²¹. Muitas vezes, durante o adoecer,

o foco maior se volta para o estado corporal, e a passagem das horas é percebida de forma diferente¹⁸.

Nesse sentido, no decorrer da hospitalização, diferentes conteúdos emergem nos pacientes e podem torná-los ansiosos pela precisão do diagnóstico e sua resolutividade, pelo retorno dos exames e esclarecimentos do prognóstico. Assim, a ansiedade foi um dos sentimentos suscitados nos entrevistados durante e após a visita, como exemplificado a seguir:

“Eu fico bastante ansioso, procuro saber cada dia sobre o meu caso, se melhorou ou não, se eu melhorei ou não, se eu vou precisar fazer algum exame, se eu vou precisar fazer cirurgia, a cada dia eu ficava mais ansioso, esperando que eles viessem logo pra eu ouvir o que a médica ia falar pra eles.” (E5)

Torna-se importante, minimamente, a compreensão, por parte da equipe, do estado emocional geral dos pacientes antes da realização das visitas, com o intuito de melhor conduzi-las. Além disso, é necessário um retorno para o paciente sobre o que é discutido, pois as visitas podem suscitar sentimentos diversos. Esses aspectos não só são essenciais na assistência, como têm um importante papel na formação médica, pois por meio da compreensão desses aspectos vivenciados nas experiências intersubjetivas, no decorrer da graduação, se construirá uma educação humanística²².

Comunicação e relação médico-paciente na visita médica

Uma comunicação clara e efetiva é essencial para a construção de um bom vínculo médico-paciente. Devem-se passar informações relevantes e recomendações sobre o tratamento de forma clara e dentro do campo de conhecimento do paciente, transmitindo segurança e acolhimento²³. Sobre essa questão, os entrevistados apontaram alguns aspectos relativos à comunicação durante a visita médica e como esta pode interferir na construção da relação médico-paciente. O primeiro desses pontos foi a apresentação dos médicos pelo nome, sendo relatado por muitos entrevistados o desconhecimento dos nomes dos participantes da visita:

“Conhecer eu não conheço não, [...] nem pelo nome assim eu conheço.” (E6)

Outros também disseram não saber os nomes dos seus médicos de referência, pois não havia apresentação dos profissionais:

“Doutor M., por incrível que pareça, foi duas semanas, eu disse: ‘Doutor, me desculpe uma coisa, até hoje o senhor está me

atendendo direitinho e tudo. Agradeço primeiramente a Deus e o senhor. Me diga seu nome, que até agora eu não sei não.’” (E7)

“[...] Eles não se apresentam: ‘olhe, eu sou fulana de tal, a partir de hoje eu e meu colega fulano de tal vamos cuidar da senhora [...]’.” (E3)

Os discursos acima indicam a importância da apresentação como primeiro contato e vinculação médico-paciente, em que ambos possam se reconhecer como pessoa, para além do campo das enfermidades e profissões. Tal postura também pode diminuir a sensação de despersonalização, gerada, muitas vezes, pelo estigma de doente carregado durante o internamento, no qual o paciente passa a ser apenas uma patologia, identificado por um número de leito e/ou doença. Contribuem ainda com o processo de despersonalização as mudanças nos hábitos dos pacientes, em virtude da necessidade de adesão à rotina hospitalar²⁴. Outro ponto apontado pelos participantes foi a linguagem técnica empregada durante a visita:

“Assim, eles são bem... Eles falam a língua de médico, né? Que é difícil entender porque eu não sou formado em médico, em Medicina.” (E5)

“Às vezes eu fico: ‘O que é que eles vão decidir de certeza, meu Deus’. Ai tem palavra que eu não entendo, né? Da língua deles. Ai eu fico: ‘Será, o que é senhor? Será que isso é sério?’” (E1)

A aprendizagem do vocabulário médico – termos técnicos sobre doenças, exames, anatomia – faz parte da formação médica, e a visita, como parte prática desse ensino, pode tornar comum o uso dessa nomenclatura. Porém, com a presença do paciente nessa atividade, é necessário problematizar o uso em demasia da “linguagem técnica”, específica da atuação médica, e refletir sobre como melhor utilizar a comunicação como ferramenta e meio de interação com o paciente no momento da visita.

Uma pesquisa que investigou as competências indispensáveis aos profissionais sob a ótica do paciente apontou que eles desejam uma fala esclarecedora por parte da equipe de saúde, visando à diminuição dos medos relacionados ao processo saúde-doença. É importante não apenas transmitir informações, mas esclarecer o significado das palavras, pois o uso de jargão técnico constitui um empecilho para uma comunicação clara e eficiente com os pacientes²⁵. Outros estudos sobre a visita médica revelaram que a linguagem utilizada pelos médicos no decorrer da visita é vista como um código em que não

se compreende o que é falado, dificultando o entendimento do paciente sobre sua saúde^{6,7,9}.

A linguagem não verbal dos médicos foi outro ponto que emergiu na fala dos entrevistados:

"[...] eu fico assim escutando, tem hora que eles veem eu escutando a conversa, aí um olha pra cara do outro, aí dão as costas. Eu fico observando. Aí dão as costas, que é pra eu não escutar o que eles estão falando. Eu sou curioso. Eles com medo de dizer essa doença que eu estou. [...] aí eles já se afastam pra eu não ouvir, não escutar. Só que eu estou ali, cabeça baixa escutando." (E6)

Neste relato, podemos observar, por parte do paciente, o sentimento de inquietação frente à demora na comunicação do seu diagnóstico. A postura de ambos, paciente e equipe médica, ressalta as repercussões da linguagem não verbal. O paciente interpreta a atitude do médico em lhe dar as costas como um sinal para não participar da visita, transmitindo-lhe a ideia de os médicos temerem que ele descubra seu diagnóstico. Atitudes como essas podem levar a interpretações e compreensões equivocadas dos pacientes sobre seu quadro clínico, contribuindo para o surgimento de fantasias.

A linguagem não verbal também é fonte de comunicação, apesar de não ser sempre consciente. O médico deve estar atento às mensagens que passa aos pacientes por meio de gestos²⁶. Estudos sobre a percepção da visita médica e ensino do exame físico pelos pacientes também evidenciaram os efeitos positivos da linguagem corporal ao revelarem que a vivência dessa atividade se tornou mais confortável quando os estudantes sorriam e se mostravam gentis^{27,8}. Relacionado a isso, os entrevistados relataram gostar quando a equipe ou o médico assistente os escutavam e acolhiam seus sofrimentos:

"[...] Eu gostei assim... que ela agarrou meu caso, muito mesmo, assim, com vontade, com amor, carinho, coisa que eu nunca tive, e eu tive dela, do médico e dela." (E1)

No relato, percebe-se que a postura da médica favoreceu a relação com a paciente, conferindo a sensação de acolhimento, apontando o potencial de uma comunicação dialógica e de uma clínica pautada no cuidado. Um estudo sobre as competências dos profissionais de saúde valorizadas pelos pacientes revelou que a competência humana é mais valorizada que os atributos técnicos. Não é suficiente apenas uma intervenção técnica correta, antes se torna importante o médico demonstrar interesse pelo paciente, escutar com amabilidade e agir com gentileza²⁵.

Em oposição, e exemplificando como a ausência de demonstrações de cuidado pode repercutir negativamente sobre a comunicação e relação médico-paciente, uma entrevistada relatou vínculo de confiança prejudicado com a equipe médica devido à sensação de objetificação na visita:

"Não tem comunicação. [...] O paciente está ali, como essa pasta que está aqui (pega uma pasta próximo a ela), certo. A pasta é laranja, certo? Como é que podemos fazer para a pasta ficar azul? A pasta fala? Será que a pasta está se sentindo muito cheia? Hein, pasta, tu tá com muita fome?" (E3)

Esse discurso adverte sobre algo importante para se refletir, visto que tais percepções acabam por reforçar uma relação médico-paciente negativa. Dados semelhantes foram encontrados em outra pesquisa em que a não participação do paciente no momento da visita resultou em sensação de exclusão no tratamento, além de os pacientes se perceberem como objeto de estudo, sem uma história pessoal e sentimentos⁶.

Essas divergências nas falas anteriores ressaltam que as visitas são percebidas de maneiras diferentes segundo o médico que as conduz e da forma como a relação médico-paciente foi construída. Assim, quando os pacientes se sentem cuidados pelo médico, isto repercute positivamente na maneira como os entrevistados avaliam a visita. Ao contrário, quando não há um vínculo de confiança e cuidado entre médico e paciente, a visita é percebida como algo negativo, e a sensação de exclusão aparece.

Isso ressalta a importância de uma clínica embasada no modelo biopsicossocial, que busca retomar a questão da autonomia e do cuidado, visando implicar o indivíduo no processo saúde-doença – diferentemente do modelo biomédico, que percebe o paciente como alguém destituído de saber e poder, um mero objeto de estudo/intervenção, sem espaço para diálogos ou questionamentos²⁸.

No entanto, não é fácil exercitar essa autonomia, tendo em vista que a relação médico-paciente é atravessada por questões historicamente construídas. Zimermann e Medeiros²⁹ consideram assimétrica essa relação, pois, de um lado, há um médico com um poder que lhe é concedido de examinar como julgar necessário; e, do outro, existem os pacientes, sentindo-se frágeis e submissos aos médicos. Essa desigualdade pode ser vista quando o participante associa o médico à figura do padre:

"[...] Eu não acho necessário, numa visita dessa, você falar coisas íntimas, que você fala para seu médico como se fosse um padre." (E3)

A entrevistada parece associar o exercício da medicina ao sacerdócio, porém, ao mesmo tempo, questiona esse poder e sente-se exposta quando as informações prestadas são compartilhadas. Essa comparação realizada pela participante pode estar relacionada às representações sociais da medicina como ligada ao sacerdócio. Há, no senso comum, a noção de que a medicina deve ser desempenhada com dedicação, sacrifício e confidencialidade por quem a escolhe. Assim, o paciente esperaria que, além do conhecimento para resolução dos sintomas da sua doença, o médico seja também um confidente, promovendo a segurança e garantindo a confidencialidade das informações. Esse aspecto é importante para uma relação médico-paciente pautada na confiança, vinculada a uma obrigação de discrição profissional e aos direitos individuais do paciente^{30,31}.

Um estudo sobre a visita revelou que a maioria dos pacientes hospitalizados preferiu atendimentos realizados em sala reservada às visitas no leito. As justificativas indicadas por essa preferência estavam relacionadas à maior privacidade e atenção dos médicos¹⁰. Pela mesma razão, em outro estudo, os pacientes sugeriram menor quantidade de médicos presentes nas visitas⁷. Isto demonstra a importância de a equipe de saúde perceber a relevância da privacidade e confidencialidade dos atendimentos/discussões de casos.

Também na mitologia, os médicos são representantes do Deus Apolo na terra, o que acaba por, culturalmente, associá-los a um semideus/deus, reforçando essa assimetria³⁰. O entrevistado, sem perceber, fez essa comparação do médico com a figura de Deus:

"[...] E as visitas deles são muito boas, tenho que falar não, eles vêm assim para realmente ver que o paciente está ali precisando de uma ajuda, precisando. Eles estão aqui para isso. Acima de Deus, os médicos. Eu acho bom, acho legal." (E2)

Essa fala aponta uma posição passiva dos pacientes, que legitima essa associação do médico com o divino/sacerdócio, alguém que tem poder sobre o corpo e a saúde do outro, uma autoridade que deve ser seguida. Tais posturas interferem na relação médico-paciente e na maneira de o entrevistado avaliar a sua participação na visita:

"Mas quando os médicos estão ali debatendo, eu acho que a gente deve ficar só aguardando o melhor do que eles estão falando ali. É isso que eu penso. [...] Eu acho isso, mas participar assim da reunião deles, eu nunca participei não, ali é um particular deles." (E2)

Partindo das representações do exercício da medicina como relacionado ao divino e da dificuldade de compreender a

linguagem médica, emergiram relatos em que os pacientes descrevem a visita como um momento do qual eles não devem participar. É um momento para a comunicação exclusiva entre os médicos, cabendo ao paciente apenas esperar e confiar nas condutas médicas. Ou seja, a saúde, que diz respeito a algo "particular" do paciente, é avaliada pelo entrevistado como um "particular" do médico. Outra entrevistada referiu ter participado da visita médica, porém avaliou essa conduta como errada:

Teve um dia em que aí eu me envolvi na conversa (risos) [...] – "Ah, doutor, por que eu quero saber se eu tenho câncer ou não?" Aí eu me envolvi na conversa, apesar de que não era uma conversa comigo, eu me meti na conversa que não era minha. Mas o caso, era um caso dirigido ao meu problema. (E4)

Em ambos os discursos, os entrevistados parecem não se perceber como protagonistas do seu processo de saúde-doença, com o direito de perguntar e de participar dessa atividade, além de serem atores principais na facilitação do aprendizado. Outra pesquisa sobre a visita observou que os pacientes têm o poder, pouco notado, de ser o meio pelo qual se aprende o saber médico. Normalmente, eles não têm essa consciência, sendo a preocupação voltada para a melhora da condição clínica³².

Diferentemente, outra entrevistada sentiu-se enojada por se sentir excluída nas discussões do seu caso durante a visita:

"Eu me sinto, eu vou lhe dizer, é enojada, entendeu? Qualquer dia desses, quando chegarem perto de mim, eu vou dizer: 'dá licença' – 'não, oxente, a gente tá fazendo a visita', eu digo: 'pode fazer a visita, a cama tá aqui, vocês não me perguntam nada mesmo. Não se apresentam, eu não sei quem são vocês. Pra que eu aqui?' [...]" (E3)

Essa participante mostrou-se contrária à forma como a visita é conduzida e relatou uma relação conflituosa com a equipe médica. Esses aspectos podem ter favorecido certa posição de revolta em relação à postura dos médicos e o sentimento de exclusão sobre seu processo de saúde-doença. Esse conteúdo mostra a importância de solicitar a autorização do paciente para a realização da visita. Um estudo sobre a visita apontou que a maioria dos pacientes (88%) quer participar mais das discussões e 58% se sentiram pouco envolvidos com o ensino médico⁸. De modo semelhante, outro entrevistado relatou não haver participação dos pacientes nessa atividade:

"Falam não, perguntam aos outros o que o paciente tem. O paciente fica calado, a pergunta é deles ali. Eles ali ficam fazendo perguntas uns pros outros." (E6)

As falas dos entrevistados apontaram que a comunicação presente na visita se caracteriza por ser excessivamente técnica, inacessível, com distanciamento relacional e pouca participação do paciente. Esses discursos apontam a importância da participação do paciente e da comunicação com ele durante a visita. Isto é necessário não apenas para incluí-lo nas decisões sobre a sua saúde, mas como fator importante a ser ensinado aos estudantes de Medicina. É necessário transmitir aos alunos que o cuidado com o paciente vai além de algo técnico, intervencionista e objetivo²⁴.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo apontaram que os entrevistados relacionam o objetivo da visita ao ensino médico e à assistência ao paciente. Nesses casos, observou-se que alguns desses pacientes gostam de assistir à visita médica e a adjetivam com os termos “bom” e “bonito”, pois acreditam que essa atividade ajude na aprendizagem dos estudantes de Medicina. Alguns poucos entrevistados consideraram a visita como algo negativo, e um participante referiu desconhecimento sobre essa atividade. Nesses casos, os sentimentos despertados estiveram mais relacionados à indiferença e à desconfiança. Além disso, também foram revelados sentimentos, antes e durante as visitas médicas, relacionados à vivência do internamento, ao fechamento do diagnóstico e/ou às condutas a serem realizadas.

Diversos relatos demonstraram que a forma distante como os médicos se relacionam e se comunicam com o paciente durante a visita médica lhes transmite que a visita é um espaço dos médicos, do qual ele não deve participar. Mesmo se tratando de uma comunicação *sobre* o paciente, esta, na prática, é sentida e apresentada como algo que não o inclui, ou seja, trata-se de uma comunicação *sobre*, mas não *com* o paciente.

As falas dos entrevistados sinalizaram a necessidade da entrada do paciente nesse campo de comunicação centrado nos médicos-estudantes, como peça fundamental para mudança/aprimoramento da dinâmica da visita. Somente por meio dessa relação/comunicação triangular (médico-estudante-paciente) é que a autonomia, a participação ativa e a singularidade do paciente serão respeitadas e potencializadas.

Essas posturas, juntamente com uma avaliação constante das ações em saúde, auxiliarão no desenvolvimento de competências ético-humanistas na formação médica. As mudanças nos métodos de aprendizagem na educação médica só serão, de fato, efetivas e alinhadas ao modelo biopsicossocial quando as propostas de intervenção também envolverem a percepção e a participação dos pacientes.

É relevante, por fim, mencionar que o fato de os entrevistados estarem hospitalizados pode constituir uma limitação da pesquisa, haja vista que eles podem ter receio de tecer

críticas aos médicos responsáveis pelo tratamento. Sugere-se a realização de pesquisas sobre os significados da visita médica na ótica dos médicos em formação, com enfoque na relação e comunicação médico-paciente.

REFERÊNCIAS

1. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(3): 647-654.
2. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciênc Saúde Coletiva* [on-line]. 2006. 11(4) [capturado 15 Nov. 2013]; 1093-1103. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32345.pdf>
3. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev Bras Educ Méd* 2008; 32 (1): 90-97.
4. Dimenstein M, Macedo JP. Desafios para o fortalecimento da Psicologia no SUS: A produção referente à formação e inserção profissional. In: Spink MJP,org. *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 207-234.
5. Pereira TTSO, Barros MNS, Augusto MCNA. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. *Mental* 2011; 9(17): 523-536.
6. Martins L, Quayle J, Livramento ML, Lucia MCS. Reflexões sobre a visita médica em um hospital-escola. *Psic, saúde & doenças* [on-line]. 2003. 4(1) [Capturado 20 Set. 2013]; 69-82. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a05.pdf>
7. Chen MC, Roter D, Dobs AS. The effect of bedside case presentations on patients' perceptions of their medical care. *N Engl J Med*[on-line]. 1997. 336(16) [Capturado 29 Set. 2013]; 1150-1156. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199704173361606#t=article>
8. Kathlyn FE, Rankey DS, Stern DT. Bedside Interactions from the Other Side of the Bedrail. *J GenIntern Med*. 2005; 20: 58-61.
9. Cortopassi AC, Lima MCP, Gonçalves IJ. Percepção de pacientes sobre a internação em um hospital universitário: implicações para o ensino médico. *Rev Bras Educ Méd* 2006; 30(2): 42-48.
10. New, PW. Survey of patients' preference for the location of Rehabilitation ward rounds. *J RehabilMed* 2008; 40: 678-680.
11. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(1): 17-27.

12. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2008.
13. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: Uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-Am Enfermagem* [on-line]. 2006. 14(5) [Capturado 20 Out. 2013]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421864025>
14. Campos CJC. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm* 2004; 57(5): 611-4.
15. Campos CJC, Turato ER. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009; 17(2).
16. Giannasi S, Durante E. La enseñanza clínica: el caso de la recorrida de sala. *Rev. Hosp. Ital.* 2012; 32 (3): 121-6.
17. Júnior GBDS, Duarte RDP, Menezes AR, Morais AP, Alves AM, Daher EDF. Percepção dos Pacientes sobre Aulas Práticas de Medicina: uma Outra Ausculta. *Rev Bras Educ Méd* 2014; 38 (3): 381-387.
18. Bodega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2012.
19. Simonetti A. Manual de Psicologia hospitalar: o mapa da doença. São Paulo: Casa do psicólogo, 2011.
20. McLachlan E, King N, Wenger E, Dornan T. Phenomenological analysis of patient experiences of medical student teaching encounters. *Medical Education* 2012; 46: 963-973.
21. Chiattonne HBC. A significação da Psicologia no contexto hospitalar. In: Angerami-Camon VAA,org. *Psicologia da saúde: um novo significado para prática clínica*. São Paulo: Cengage Learning, 2011.
22. Rios IC, Schraiber LB. Uma relação delicada: estudo do encontro professor-aluno. *Interface (Botucatu)*2010; 15(36): 39-52.
23. Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: Um projeto de educação permanente. *Rev Bras Educ Méd* 2006; 30(1): 60-72.
24. Angerami-Camon VA. *Tendências em Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Thomson, 2004.
25. Nations MK, Gomes AMDA. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(9): 2103-2112.
26. Rossi-Barbosa LAR, Lima CC, Queiroz IN, Fróes SS, Caldeira AP. A percepção de pacientes sobre a Comunicação não verbal na assistência médica. *Rev Bras Educ Méd* 2010; 34 (3): 363-370.
27. Chretien KC, Goldman EF, Craven KE, Faselis CJ. A Qualitative Study of the Meaning of Physical Examination Teaching for Patients. *J GenInternMed* 2010; 25(8):786-91.
28. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YD. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
29. Zimmermann PR, Medeiros JGM. Dinâmica da relação médico-paciente. In: Brasil, MAA, Campos EU, Amaral GF, Medeiros JGM. *Psicologia Médica: A dimensão psicossocial da prática médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
30. D’avila LR. A ética médica e a bioética como requisitos do ser moral: ensinando habilidades humanitárias em medicina. *Rev Bioét.* 2010; 18 (2): 311-27
31. Loch JA. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. *RevBioét.* 2003; 11 (1): 51-64.
32. Dorigatti AE, Faber EW, Junior CG, Turato ER. Como se sentem pacientes quando examinados por estudantes de medicina? Um misto entre ambiguidades e satisfações encontradas em estudo qualitativo. *Rev Bras Educ Méd* [on-line]. 2015; 39(1) [Capturado 03 Maio 2015]; 95-101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0095.pdf>

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Juliana Lucchesi Carneiro Leão Silva participou de todas as etapas da pesquisa e do artigo; construção dos objetivos, percurso metodológico do estudo, revisão bibliográfica, coleta dos dados, análise e discussão dos resultados, redação e revisão do artigo.

Thárita Cavalcanti Menezes da Silva participou da construção dos objetivos, percurso metodológico, análise e discussão dos resultados e revisão do artigo.

Luiz Cláudio Arraes de Alencar contribuiu nos aspectos metodológicos da pesquisa e na revisão final do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir conflitos de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Juliana Lucchesi Carneiro Leão Silva
 Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip)
 – Setor de Psicologia
 Rua dos Coelho, 300
 Boa Vista – Recife
 CEP 50070-550 – PE
 E-mail: lucchesi.juliana@hotmail.com