

Percepção de Estudantes de Medicina sobre Aprendizagem da Relação Médico-Paciente após Mudança Curricular

Students' Perceptions of Physician-Patient Relationship Learning after Curriculum Change

Fabiola Schauffler Stock¹
Maristela Chitto Sisson¹
Suely Grosseman¹

PALAVRAS-CHAVE

- Relações Médico-Paciente.
- Currículo.
- Estudantes de Medicina.
- Aprendizagem.

KEYWORDS

- Physician-Patient Relations.
- Curriculum.
- Students, Medical.
- Learning.

Recebido em: 18/11/2010

Reencaminhado em: 22/08/2011

Aprovado em: 04/10/2011

RESUMO

Este estudo de abordagem qualitativa foi realizado com o objetivo de avaliar a percepção de estudantes sobre a aprendizagem da relação médico-paciente (RMP) após reforma curricular no curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio de entrevistas semiestruturadas com 25 dos 46 alunos do décimo segundo semestre do curso, selecionados aleatoriamente. Os resultados mostraram uma RMP valorizada por todos, e empatia, respeito, não julgamento, escuta ativa e linguagem acessível apontados como elementos fundamentais. Foi reportada dificuldade de interação com pessoas portadoras de doenças graves, incuráveis e/ou terminais e também no contexto de emergência. Os recursos para a aprendizagem da RMP mais citados foram os modelos, os estágios nas Unidades Locais de Saúde desde o início do curso e a educação familiar. Sugeriu-se ampliar a abordagem da RMP, supervisão e troca de experiências durante o curso. Concluiu-se que a reflexão dos estudantes sobre a necessidade de aprendizagem da RMP está em processo de desenvolvimento e que cenários como o da integração ensino-serviços de saúde têm significativa importância para a apreensão de habilidades comunicacionais.

ABSTRACT

This qualitative study was conducted with the aim of assessing student perceptions regarding physician-patient relationship (PPR) learning, following the curricular reform of the Medicine course at Santa Catarina Federal University. The study was based on semi-structured interviews with 25 of the 46 twelfth-semester students of the course, selected randomly. The results show that all the interviewees value the PPR, pointing to empathy, respect, no judging, active listening and accessible language as fundamental elements. Difficulty in interacting with carriers of serious, incurable and/or terminal diseases was reported, as well as in relation to emergency cases. The most cited resources for PPR learning were models, internships at Local Health Units since the start of the course and family education. Suggestions were made to broaden the approach to PPR with increased supervision and sharing of experiences during the course. In conclusion, the students' opinions on the need for PPR learning are under development and settings such as that for health service-learning integration are highly important for acquiring communication skills.

INTRODUÇÃO

A relação estabelecida entre médico e paciente — relação médico-paciente (RMP) —, mediada pela comunicação, é a base da prática clínica¹, e seu ensino é fundamental no processo de formação médica².

Atualmente, enfatiza-se a importância de uma relação centrada no paciente como pessoa e não apenas na doença que o aflige, pois a doença não pode ser compreendida como um fenômeno isolado, mas, sim, em relação às diferentes dimensões que constituem a vida do indivíduo. Assim, a percepção do paciente sobre sua condição deve ser incorporada à prática clínica. A empatia com tratamento respeitoso, a escuta atenta sem julgamentos e a utilização de linguagem clara e acessível são características esperadas desta relação³⁻⁶.

Estes fatores são também aqueles que geram vínculo entre o profissional e o paciente. O vínculo profissional se constrói com base na experiência e no conhecimento técnico-científico e tácito, centrado na subjetividade e na responsabilidade individual e social⁷, perpassados pela dimensão ética e humanística da relação.

Entre os resultados de uma RMP efetiva estão a maior satisfação do paciente com o médico^{8,9}, maior adesão ao tratamento, percepção de diminuição da intensidade dos sintomas clínicos⁸, melhora na saúde mental e maior ajuste psicológico e emocional¹⁰, e diminuição de queixas contra más práticas^{11,12}. Para o profissional, a RMP efetiva pode gerar maior satisfação com o trabalho e diminuição do estresse¹⁰ e contribuir para a reflexão sobre sua própria vida à medida que reflete sobre a vida do “outro”¹².

A organização curricular deve buscar um processo de ensino-aprendizagem que se desenvolva nos locais de cuidado em saúde², com a articulação entre teoria e prática¹². O aprendizado prático da RMP pelo aluno, mediado por *feedback* e reflexão, é componente essencial para sua formação profissional, pois o estimula e mobiliza para adquirir conhecimentos e habilidades que lhe assegurem uma boa prática futura. Nos estágios e atividades práticas, o estudante incorpora atitudes, conhecimentos e habilidades por meio do contato com instrutores, pares, pacientes e membros da equipe de saúde, que irão orientar seu comportamento no enfrentamento da ampla variedade de situações que podem se apresentar na prática diária¹³.

A diversificação dos cenários de práticas em todos os níveis do sistema de saúde e o contato com a comunidade aproximam os estudantes da vida cotidiana das pessoas, propiciando o desenvolvimento de um olhar crítico e voltado para a situação de saúde da população e dos serviços de saúde².

Diversas pesquisas educacionais demonstram que as habilidades de comunicação podem e devem ser ensinadas no

processo de formação médica. Neste processo, o estudante deve tornar-se hábil não só em coletar informações, mas também em estabelecer uma parceria com o paciente, facilitar a expressão de seus sentimentos e preocupações e compreender suas crenças, propiciando uma pactuação terapêutica¹⁴⁻¹⁹. Entretanto, problemas frequentes na área da comunicação em saúde têm sido documentados. Muitos pacientes referem que suas preocupações não são elucidadas pelos médicos ou que não entendem ou não lembram o que seu médico diz sobre o diagnóstico e tratamento e, ainda, que poucas consultas incluem educação do paciente^{20,21,22}.

Uma comunicação efetiva exerce efeito positivo na saúde emocional do paciente, influenciando na resolução de seus sintomas, na melhora de parâmetros fisiológicos (como níveis pressóricos e glicemia) e no controle da dor²². Quando esta comunicação não é adequada, há interferência significativa na relação que se estabelece entre médico e paciente e nos resultados da consulta. Stewart *et al.*²³ destacam que 54% das queixas dos pacientes e 45% de suas preocupações não são elucidadas pelos médicos. Problemas psicossociais e psiquiátricos são comuns na prática médica geral, mas estes diagnósticos não são considerados em até 50% dos casos²⁴.

A partir da década de 1990, maior atenção começou a ser dispensada ao ensino das habilidades de comunicação na medicina, visando à promoção das relações que se tecem no processo de atenção à saúde, entre elas a relação médico-paciente. Em 1996, na Conferência Internacional sobre o Ensino da Comunicação em Medicina²⁵, foi recomendado que o desenvolvimento e a implementação de programas de ensino e avaliação sejam baseados numa visão ampla da comunicação na medicina. No Brasil, o ensino da comunicação nos cursos de graduação tem sido reconhecido como necessário nos projetos pedagógicos de formação médica¹⁴, e muitas escolas já o preveem no currículo²⁶.

Em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais desenvolvidas em 2001 (DCN)²⁷, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) implantou em 2003 um novo currículo para o curso de graduação em Medicina²⁸. Em sua proposta, o currículo é modular, com integração entre ciclo básico e profissional, e entre os diversos módulos do curso. No currículo anterior, o ciclo básico era separado do ciclo profissional, e o aluno vivenciava, predominantemente, como cenário de práticas, o hospitalar, tendo contato com a atenção básica apenas nos anos finais do curso. O novo currículo incorporou um módulo de ensino chamado “Interação Comunitária”, constituído de estágios em unidades básicas do município (Unidades Locais de Saúde — ULS) que permeiam todo o curso²⁸ e que colocam o aluno, desde o início, em contato com a comunidade de abrangência e o sistema de saúde.

Em pesquisa realizada antes da implantação da reforma curricular sobre a aprendizagem da relação médico-paciente²⁹, estudantes da última fase do curso de Medicina da UFSC citaram como recursos mais frequentes para tal apreensão os modelos (de professores e profissionais) e a experiência por si própria. Alguns desses estudantes consideraram que a relação médico-paciente poderia ter sido mais bem abordada durante o curso, e alguns deles acreditavam que o maior contato com a comunidade poderia ter promovido tal aprendizado.

O presente estudo, realizado cinco anos após a implantação do novo currículo, teve como objetivo conhecer a percepção de estudantes de Medicina do último semestre do curso sobre o ensino-aprendizagem da relação médico-paciente, tendo em vista fornecer subsídios para sua promoção.

MÉTODO

Esta pesquisa desenvolveu-se como um estudo de caso³⁰, de abordagem qualitativa³¹. A amostra foi composta por 25 estudantes selecionados aleatoriamente, por sorteio, do universo de 46 matriculados no décimo segundo semestre do curso de graduação em Medicina.

Os dados foram colhidos por meio de entrevista semiestruturada. As variáveis sociodemográficas incluíram gênero e idade dos participantes e as seguintes questões norteadoras: O que representa, para você, a relação médico-paciente? Qual o valor da relação médico-paciente? Como se dá a sua relação médico-paciente? Em que situações você sente dificuldade de se relacionar com o paciente? Quais atitudes o médico pode tomar para desenvolver um bom relacionamento com o paciente? Que atitude você assume quando vai abordar um paciente com câncer ou com alguma doença incurável? Como a relação médico-paciente é aprendida? Como você a aprendeu durante e fora do curso? O que/como você gostaria de ter aprendido sobre a relação médico-paciente? O que você sugere que possa ser feito durante o curso? Gostaria de acrescentar mais algum comentário/fazer alguma pergunta? A maior parte dessas questões também foi utilizada em pesquisa realizada antes da reforma curricular²⁹.

As entrevistas foram gravadas e, após transcrição, foi realizada análise e interpretação dos dados com base em análise de conteúdo³².

A coleta dos dados foi realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o protocolo número 164/08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise dos depoimentos dos alunos de Medicina da décima segunda fase (média de idade de 24 anos; 13 do sexo fe-

minino e 12 do masculino), foram identificados quatro temas emergentes: “a interação comunitária como potencializadora do ensino-aprendizagem da relação médico-paciente no novo currículo”; “possibilidades da relação médico-paciente”; “atitudes assumidas e dificuldades percebidas na abordagem ao paciente” e “processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: o vivenciado e o desejado”.

A Interação Comunitária como Potencializadora do Ensino-aprendizagem da Relação Médico-paciente no Novo Currículo

Tema de destaque neste estudo foi o reconhecimento, pelos estudantes, do potencial de realização de práticas desde o início do curso na rede básica de saúde, para a construção da relação médico-paciente do futuro profissional. Segundo os estudantes, o cenário de integração do ensino com os serviços de saúde proporcionou mais tempo para diálogo com os pacientes, favorecendo o desenvolvimento de habilidades comunicacionais e a possibilidade de conhecer a realidade e o modo de vida de seus pacientes.

Aprendi principalmente no Posto de Saúde, lá temos mais tempo para sentar e conversar, conhecemos toda a família, e isso deixa um ambiente mais favorável para uma boa relação com o paciente.

A inserção mais cedo no posto de saúde foi bastante importante...

Acho que, com o nosso currículo, a relação médico-paciente foi abordada de maneira mais humanística, aprendi melhor, talvez não da forma ideal, mas acho que teve uma abordagem bem diferente das turmas anteriores... O contato precoce com o paciente também ajudou...

No Posto de Saúde a gente consegue fazer um pouco mais... A minha comunidade é bem pequena, então o médico conhece todo mundo, sabe a história de todo mundo, e ele tem uma relação médico-paciente muito boa, ele é um bom exemplo, aprendi muito com ele... Na interação comunitária tu consegue criar mais vínculo e, assim, construir um pouco mais a relação médico-paciente. De todos os estágios foi esse o melhor.

Pesquisa semelhante, realizada na Faculdade de Medicina de Marília, mostrou que o trabalho com a comunidade favoreceu o desenvolvimento das relações interpessoais e uma qualificação da relação estudante-paciente³³. Da mesma forma, no estudo de avaliação do aprendizado através de visitas domiciliares do Programa de Saúde da Família (PSF) de Capuava³¹, foi verificado que o contato sensibilizou os alunos quanto às necessidades e dificuldades da população e criou uma compreensão que melhorou a relação médico-paciente, e

contribuiu para a adaptação de suas condutas e orientações e a utilização de uma linguagem mais apropriada, criando mais vínculo e confiança mútua³⁴.

Outros artigos mostram que, mesmo durante estágios de curto período junto à comunidade, os estudantes sentem o potencial para o aprendizado de habilidades, desde que haja supervisão adequada. Na África do Sul³⁵, ao ser avaliada a percepção de estudantes de Medicina sobre o valor educacional de um estágio rotacional de duas semanas realizado em hospitais e centros de cuidados médicos em comunidades rurais na Província do Cabo Ocidental, apontaram-se sugestões de ampliação do tempo de estágio e de desenvolvimento de orientações adequadas e maior supervisão das atividades realizadas.

Neste sentido, a supervisão e a discussão de experiências vivenciadas enriquecem e potencializam atitudes positivas e, até mesmo, podem neutralizar, pela reflexão, atitudes negativas observadas, promovendo o processo ensino-aprendizagem da relação médico-paciente.

Possibilidades da Relação Médico-paciente

O valor incorporado à prática médica pela relação médico-paciente foi reconhecido pelos estudantes de tal forma a ser apontado como “a base da medicina, sem a qual não há como desenvolver um bom trabalho... Sem uma boa relação, todo conhecimento técnico não vai ser colocado em prática”.

Para alguns estudantes, uma boa relação possibilitava o estabelecimento do vínculo de confiança, o acolhimento do paciente, uma compreensão maior do modo de vida, melhor entendimento sobre problemas e maior satisfação com a consulta, permitindo, ainda, “conhecer a percepção que o paciente tem sobre o processo de saúde-doença”, bem como “o impacto disso em sua vida”. Outros consideraram a importância de abordar o ser humano de forma integral, ao expressarem que a relação médico-paciente é uma possibilidade para alcançar a subjetividade do paciente, reconhecendo suas dimensões psicológicas, sociais e culturais, “percebendo o sofrimento do paciente” e, conseqüentemente, melhorando o cuidado.

Outros, ainda, a encaravam de forma mais instrumental: “ao ter uma relação boa com o médico, (o paciente) adere à terapia, se interessa em saber como é a sua doença, confia no médico e também no tratamento que está sendo realizado.”

A confiança na prescrição é um dos fatores decisivos para a adesão do paciente à terapia proposta, além da equipe de saúde e do médico. As atitudes do médico influenciarão a motivação para o cumprimento da terapia e a adesão, na medida em que atingirem o universo cultural do paciente, estabelecendo comunicação e relacionamento efetivos³⁶.

A relação médico-paciente adequada, além de efeitos positivos na satisfação dos usuários e na qualidade dos serviços de saúde, exerce, por si, só influência direta sobre o estado de saúde das pessoas³⁷. Aprender a trabalhar com a subjetividade para desenvolver uma relação médico-paciente construtiva definirá a qualidade da prática médica^{2,37}.

Atitudes Assumidas e Dificuldades Percebidas na Abordagem ao Paciente

Os estudantes identificaram a importância de estabelecer uma relação empática entre o profissional de saúde e a pessoa que busca seus cuidados. Para um bom relacionamento, a atitude de se colocar no lugar do outro, procurando compreender suas angústias, foi a mais frequentemente mencionada pelos estudantes.

É a empatia... Se colocar no papel do paciente e tentar fazer de tudo pra que ele se sinta o mais “abraçado” possível, no sentido de ser bem atendido e ter a melhor conduta para o caso dele.

Destacaram, ainda, características importantes da RMP, como tratar o paciente com respeito e atenção, simpatia, sem julgamentos e sem preconceitos; a necessidade de ouvir o paciente, orientar e utilizar linguagem acessível nas consultas médicas. Elementos da linguagem corporal e gestual, como tocar o paciente e olhar, foram igualmente mencionados.

Primeiro de tudo, respeito com o paciente, fazer o paciente se sentir bem.

O primeiro passo para ter uma boa relação médico-paciente é um sorriso no rosto.

Tem que entender o que o paciente fala, escutar bastante... falar uma linguagem simples, para, junto contigo, tomar uma decisão sobre o diagnóstico e o tratamento.

Tentar não ser preconceituoso, não demonstrar ideias muito contrárias, porque cada um tem o seu pensamento.

Resultados de pesquisas entre mães atendidas por estudantes de Medicina mostraram que os determinantes de uma assistência ideal englobariam a satisfação relativa a fatores interpessoais, atenção, paciência, tranquilidade, descontração dos estudantes e orientações claras e acessíveis³⁸ e, ainda, bom acolhimento, clareza nas explicações, educação e carinho dos acadêmicos como fatores determinantes para sua satisfação³⁹.

Uma revisão sobre a visão dos pacientes a respeito da qualidade da assistência médica verificou que a satisfação se relacionava com a competência interpessoal e técnica dos clínicos e com a relação de parceria baseada em conversas que abordassem aspectos sociais e assuntos agradáveis⁴⁰. A comu-

nicação efetiva, com palavras, gestos, toque e expressões faciais, é fundamental para o bom desenvolvimento da relação médico-paciente⁴¹.

Ao refletirem sobre as atitudes frente a pacientes com câncer ou doença incurável, os estudantes mencionaram que buscavam apoiar e confortar os pacientes e familiares, procurando ter maior cuidado nesta relação, esclarecendo possíveis dúvidas, motivando e dando esperanças ao paciente.

Nessas horas, debes tentar transmitir conforto, deixar o paciente o mais tranqüilo possível. Tirar a ansiedade dos familiares que estão por perto... Dar conforto e suporte... O apoio familiar é importante, e a equipe de saúde tem que saber trabalhar com a família também.

A maioria dos estudantes enfatizou a importância de estabelecer um vínculo de confiança e acompanhar o paciente antes da revelação diagnóstica, preparando-o e reconhecendo o que o paciente gostaria de saber. Alguns, no entanto, mencionaram que a atitude assumida não diferiria daquela tomada diante de pacientes com outros diagnósticos ou melhores prognósticos. Foi lembrada a importância de valorizar e promover a qualidade de vida do paciente, esclarecendo-o sobre o recebimento dos cuidados necessários, assim como o envolvimento da família na ocasião da comunicação diagnóstica e o envolvimento da equipe de saúde no auxílio à comunicação de más notícias.

A maioria dos acadêmicos demonstrou despreparo para comunicação de más notícias. Muitos gostariam que esse assunto fosse mais abordado durante o curso.

Essa pergunta é a mais difícil de todas. Nunca ninguém me ensinou a fazer isso, nunca.

Essa abordagem de paciente com doença incurável, com câncer, como abordar um óbito, acho que isso não foi muito abordado e, ao final do curso, te vêes nessas situações e não sabes como abordar...

Pacientes com doenças sem perspectiva de cura, em estágio terminal, esperam que o médico seja honesto e esteja disposto a conversar e a ouvir. Os pacientes valorizam a esperança e querem que seu médico seja sensível ao comunicar más notícias⁴².

Uma revisão bibliográfica sobre a comunicação de más notícias elencou algumas atitudes que facilitam essa comunicação: estabelecer relação médico-paciente adequada; conhecer a história médica do paciente; vê-lo como pessoa; preparar o ambiente; reconhecer o que e quanto o paciente quer saber; encorajar e validar as emoções do paciente e de sua família; ter

atenção e cuidado com a família; planejar o futuro e o seguimento e trabalhar os próprios sentimentos⁴³.

Tapajós⁴⁴ aponta que provavelmente existe mais de um jeito adequado de contar notícias ruins ao paciente. Além disso, o que funciona para uma relação médico-paciente específica pode não funcionar para outra, já que pacientes e médicos são humanamente diversos.

No que se refere às dificuldades de relacionamento, o aspecto mais comentado foi a limitação da interação nos setores de emergência. Os estudantes mencionaram prejuízo da relação médico-paciente nestes espaços, pela grande demanda/falta de tempo, pela ausência de acompanhamento dos pacientes, pela demora para chegar ao atendimento e por consequências destas questões sobre a atitude dos pacientes em relação ao profissional.

Com pacientes de emergência, você não tem tempo pra resolver, você não tem tempo de sentar com o paciente e conversar direito... São pacientes que não são de ninguém, não são de posto, não são da clínica, e você não consegue estabelecer uma relação médico-paciente adequada pelo fato daquele ambiente ser caótico, estressante, ter a pressão de atendimento, do tempo.

Os limites enfrentados no atendimento das emergências remetem às características do modelo centrado na doença, ao se reduzirem a uma resposta imediata ao problema. A baixa resolubilidade desse modelo faz com que o paciente retorne várias vezes ao serviço, aumentando cada vez mais a demanda. Esse é um círculo vicioso que leva à insatisfação tanto dos profissionais quanto dos usuários⁴⁵.

Outras situações de dificuldade no estabelecimento da RMP foram mencionadas pelos alunos, como as concernentes a pacientes com doenças psiquiátricas, idosos, doenças graves ou estados muito debilitados. Alguns incluíram ainda o cansaço físico do estudante, mas a maioria avaliou condições ou atitudes adversas dos pacientes como de difícil manejo, como a agressividade, pacientes revoltados, bravos, desrespeitosos, pacientes apreensivos, sérios ou fechados, bem como pacientes poliqueixosos ou com baixa capacidade cognitiva.

O que dificulta é o cansaço, paciente agressivo, paciente prolixo, porque cansa, tem que direcionar, também não pode cortar muito a pessoa... Também quando tem familiar que fica junto interrompendo, fica exigindo, coisas assim geram desconforto... Ou quando a pessoa fica com aquela cara de que não está prestando atenção, não vai seguir o que você fala, desanima...

Preconceitos dos pacientes em serem atendidos por estudantes ou por mulheres jovens ou quando vêm em busca de

benefícios secundários (como atestados médicos) ou exigindo determinada conduta também foram percebidos como dificultadores.

Quando o paciente não quer ser atendido por um estudante... ou mesmo por ser mulher, o homem tem uma certa dificuldade pra aceitar... a idade também, por ser jovem, ele não acredita muito que a gente possa orientar da forma correta...

Estudo sobre a relação médico-paciente desenvolvido por acadêmicos de Medicina no Chile⁴⁶ corroboraram estes achados nos aspectos relacionados aos preconceitos, às dificuldades de comunicação e aos pacientes terminais ou graves.

Processo de Ensino-aprendizagem da Relação Médico-paciente: o Vivenciado e o Desejado

Foram mencionados outros fatores que contribuíram para a aprendizagem da relação médico-paciente além das práticas na rede básica de saúde. O recurso percebido como o mais importante para o ensino-aprendizagem da RMP entre os entrevistados foi o modelo — a observação de atitudes de médicos, professores e colegas. Nesta questão, alguns estudantes refletiram sobre a insuficiência de bons exemplos a serem seguidos.

Sobretudo, observando... Vendo teu professor, vendo gente que tu conheces na medicina, porque você vai se espelhar em alguém, por mais que você leia, por mais que você veja como é que deve agir... Você vai ver como é que teu preceptor vai tocar no paciente, vai conversar com ele... Vai aprendendo os trejeitos e até com os residentes e colegas... muitas vezes você aprende muito mais o que não fazer do que o que fazer.

Também na pesquisa chilena⁴⁶, alguns estudantes destacaram as atitudes negativas de seus tutores, ressaltando a necessidade de melhorar a preparação dos docentes, já que parte importante do aprendizado surge a partir dos exemplos, como mencionado^{46,47}.

Segundo Merton⁴⁸, a socialização de adultos ultrapassa os limites da educação e do treinamento e se desenvolve por meio de duas vias principais: aprendizado direto através do ensino didático de um ou outro tipo; e indireto, no qual atitudes, valores, padrões de comportamento são adquiridos como subprodutos do contato com instrutores e pares, com pacientes e com membros da equipe de saúde⁴⁸. Desta forma, na profissão médica, o curso com seus tutores representa um importante contexto no qual se inicia a socialização, o lugar de transmissão do saber e lugar privilegiado de reprodução da prática social, e, portanto, um componente fundamental da aprendizagem profissional^{49,50}.

A aquisição de conteúdos e habilidades técnicas que se dá na formação profissional passa pela apreensão do cenário social onde se realiza a prática assistencial, neste caso, na instituição, e pela busca de uma identificação com o professor. Sendo assim, é principalmente nas atividades realizadas em ambulatórios e enfermarias que o aluno vai construindo sua identidade profissional, adquirindo os valores sociais de uma prática com implicações pelo modo de ser vivenciada e realizada⁵⁰.

A relação professor-aluno foi apontada como modelo de atitudes aprendidas e extrapoladas para a relação estudante-paciente. A observação e a vivência de atitudes acolhedoras, o desenvolvimento de um relacionamento adequado não só entre o médico e o paciente, mas também entre membros da equipe e com a comunidade e a supervisão e discussão de experiências enriquecem e potencializam atitudes positivas.

Além disso, a necessidade de inclusão do ensino de habilidades comunicacionais no curso, a construção de uma relação de parceria entre professores e alunos e o aperfeiçoamento do ensino através de capacitação docente se mostraram condições potentes para lapidar o aprendizado da relação médico-paciente e tantas outras habilidades da futura prática profissional. O aperfeiçoamento dos professores é um componente crucial no desenvolvimento do ensino da comunicação, mas apenas uma parte deles possui esta habilidade⁵¹, tornando o *feedback* aos alunos muito variável⁵².

Foi bastante destacado pelos estudantes o aprendizado através dos atendimentos realizados na prática diária e por meio de relacionamentos pessoais prévios. Entretanto, na opinião de alguns, a relação médico-paciente não pode ser ensinada durante o curso de Medicina, por entenderem que a maior influência vem da educação familiar e/ou da personalidade de cada pessoa.

Aprende depois que começa a ter contato com os pacientes, com a experiência... Não tem como aprender dentro da sala de aula.

A faculdade nunca vai ensinar, porque relação médico-paciente é relação social, depende do que a pessoa aprendeu em casa... Vai depender mais do caráter da pessoa do que do ensino mesmo.

Apesar de a educação familiar ter grande relevância nas atitudes das pessoas, outros contextos podem influenciá-la. A construção da identidade se dá, primariamente, pelos valores transmitidos desde o nascimento da pessoa e pela educação de seus pais ou cuidadores, mas outros valores veiculados nos diversos contextos em que ela se desenvolve são incorporados quando pertinentes. Um universo simbólico que veicula valores, ideologias, normas vai sendo incorporado ao longo da

construção social de cada “pessoa”, a partir do núcleo familiar ou de criação, continuando-se em outras instituições/organizações sociais. Este universo expressa e gera padrões de relações e de significados que são sobredeterminados pelo contexto político, socioeconômico e cultural no qual a pessoa está inserida^{6,53}.

Assim, além dos atributos pessoais e dos valores adquiridos antes do ingresso na escola médica, os quais podem favorecer uma atitude terapêutica, a formação acadêmica também influenciará esta atitude pelos valores veiculados verbalmente na teoria, em especial pelos apreendidos no cotidiano da formação. Nesse sentido, diversas pesquisas mostram que o currículo oculto — normas e valores veiculados no cotidiano da formação, mas não previstos no currículo formal — ainda é uma das principais estratégias do aprendizado da relação^{14,54}.

O aumento do número de aulas práticas, incentivando o contato com o paciente, o compartilhamento e a discussão de experiências e até mais atividades teóricas foram citados como facilitadores do aprendizado da RMP.

Mais prática. Acho importante também que existam, inseridas no curso, outras atividades para incentivo do contato com as pessoas, para desinibição...

Sucupira⁴⁵ aponta que a inserção do ensino da relação médico-paciente deve ocorrer em duas instâncias: uma teórica, introduzindo conteúdos das áreas de humanidades, como psicologia, sociologia, antropologia e comunicação; e outra prática, através de observação de consultas realizadas pelos alunos, tanto diretamente, como por meio de videofilmagens.

A maioria dos acadêmicos expressou que gostaria que a relação médico-paciente, de maneira geral, fosse mais abordada. Foi sugerida maior orientação e supervisão do desenvolvimento da RMP ao longo do curso, com ensino mais vinculado à vivência prática, sendo “a falta de seguimento do ensino da RMP” a maior deficiência apontada, além da aprendizagem “no começo (do curso) e depois cada um exercendo do seu jeito”.

Os dados levantados neste estudo mostram que a maior parte das estratégias de aprendizagem apontadas — os modelos, o aprendizado na prática e as atividades teóricas — corrobora a pesquisa realizada antes da mudança do currículo²⁹. Após a reforma curricular, os estudantes agregaram ainda, como importantes fatores de aprendizagem, as práticas na atenção básica e junto à comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se ao longo deste estudo que as práticas implementadas nas unidades de saúde desde o início do curso e o contato com a comunidade foram considerados recursos valiosos para o aprendi-

dizado da RMP. Nesse sentido, promover o ensino em cenários como o da integração ensino-serviços de saúde tem significativa importância para a apreensão de habilidades comunicacionais.

A observação de modelos e a influência do tipo de relação professor-aluno sobre a relação médico-paciente também foram importantes fatores mencionados. Práticas na comunidade e no sistema de saúde, modelos e atividades teóricas continuam importantes recursos para esta aprendizagem, tal como antes da mudança do currículo.

Maior orientação e supervisão do desenvolvimento da RMP ao longo do curso, um ensino mais vinculado ao período de vivência prática com relacionamento adequado entre membros da equipe e comunidade, incentivo ao contato com o paciente, compartilhamento de experiências, necessidade de inclusão do ensino de habilidades comunicacionais no curso e na capacitação docente e construção de uma relação de parceria entre professores e alunos foram condições percebidas como fundamentais para a melhoria do aprendizado da RMP.

Dificuldades na abordagem de situações específicas, tais como pacientes com doenças graves, incuráveis ou terminais ou frente a pacientes agressivos, foram identificadas e deve-se dar atenção à implementação de mudanças nos processos de ensino-aprendizagem.

Apesar da limitação de se mostrar apenas a expressão teórica do discurso de humanização dos estudantes a respeito de suas relações com os pacientes atendidos e não a avaliação direta de sua prática, considera-se que a reflexão sobre o ensino-aprendizado da relação médico-paciente e os desejos de ampliar sua abordagem são indícios importantes de um processo em desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

1. Bascunan RM. [Changes in physician-patient relationship and medical satisfaction]. *Rev Med Chil.* 2005;133(1):11-6.
2. Grosseman S. Satisfação com o trabalho: do desejo à realidade de ser médico. Florianópolis; 2001. Doutorado [Tese] — Universidade Federal de Santa Catarina.
3. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. 2 ed. Rio de Janeiro; 1988.
4. Dichi JB, Dichi I. Agonia da história clínica e suas consequências para o ensino médico. *Rev Bras Educ Méd.* 2006;30(2):93-7.
5. Santos NS. Componentes e atributos que configuram a qualidade na relação médico-paciente. Florianópolis; 2004. Mestrado [Dissertação] — Universidade Federal de Santa Catarina.
6. Musso CG, Enz PA. Comunicación médico-paciente: La matriz del acto médico. *Rev Hosp Ital B Aires.* 2006;26(2):77-8.

7. Levinson W. Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. *JAMA*. 1994; 272(20):1619-20.
8. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. 2001;323(7318):908-11.
9. Brinkman WB, Geraghty SR, Lanphear BP, Khoury JC, Gonzalez del Rey JA, Dewitt TG, et al. Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161(1):44-9.
10. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 2002; 325(7366):697-700.
11. Brown JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 1999;7;131(11):822-9.
12. Oliveira ACF. Incorporação da dimensão subjetiva do trabalho em saúde e dos princípios da humanização no processo de formação dos enfermeiros nos programas de residência e especialização oncológica do INCA. Rio de Janeiro:[s.n];2007.
13. Sisson MC. Identidades profissionais na implantação de novas práticas assistenciais. *Rev Bras Educ Méd*. 2009; 33(1):116-22.
14. Rossi PS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em medicina – uma abordagem. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(19):93-102.
15. Brody DS, Ryan K, Kuzma MA. Promoting the development of doctoring competencies in clinical settings. *Fam Med*. 2004;36(Suppl):S105-9.
16. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, et al. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA*. 2003;290(9):1157-65.
17. Egnew TR, Mauksch LB, Greer T, Farber SJ. Integrating communication training into a required family medicine clerkship. *Acad Med*. 2004;79(8):737-43.
18. Coyle N, Sculco L. Communication and the patient/physician relationship: a phenomenological inquiry. *J Support Oncol*. 2003;1(3):206-15.
19. Dubé CE, O'donnell JF, Novack DH. Communication skills for preventive interventions. *Acad Med*. 2000;75(7):45-54.
20. Waitzkin H. Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. *JAMA*. 1984;252(17): 2441-6.
21. Ley P. Communication with patients: improving satisfaction and compliance. London: Croom-Helm; 1988.
22. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-33.
23. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract*. 1979;29(199):77-81.
24. Schulberg HC, Burns BJ. Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic, and treatment research directions. *Gen Hosp Psychiatry*. 1988;10(2):79-87.
25. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. Netherlands Institute of Primary Health Care. *Patient Educ Couns*. 1999;37(2):191-5.
26. Makoul G. Report III. Contemporary issues in medicine: communication in medicine. Medical School Objectives Project. Washington, DC: Association American Medical Colleges; 1999.
27. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. *Diário Oficial da União*. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.
28. Comissão Permanente de Mudanças Curriculares. [Proposta de mudanças curriculares apresentadas pela Comissão Permanente de Mudanças Curriculares ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina]. Relator Pereima MJL. Florianópolis: UFSC; 2002.
29. Grosseman S, Stoll C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Rev Bras Educ Méd*. 2008;32(3):301-8
30. Bogdan RC, Biklen SK. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto, Portugal: Porto Editora; 1994.
31. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.
32. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. 70; 1997.
33. Ferreira RC, Silva RE, Aguer CB. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. *Rev Bras Educ Méd*. 2007;31(1):52-9.
34. Van Onselen LES, D'Elia G. Avaliação de um programa pedagógico para internos de pediatria em atuação comunitária. *Rev Bras Educ Méd*. 2006;30(3):192-9.
35. Wilson NW, Bouhuijs PA, Conradie HH, Reuter H, Van Heerden BB, Marais B. Perceived educational value and enjoyment of a rural clinical rotation for medical students *Rural Remote Health* 2008;8(3):999.
36. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2003;8(3):775-82.

37. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc Saúde Colet*. 2004;9(1):139-46.
38. Périco GV, Grosseman S, Robles ACC, Stoll C. Percepção de mães sobre a assistência prestada a seus filhos por estudantes de medicina da sétima fase: estudo de caso no ambulatório de pediatria de um hospital universitário. *Rev Bras Educ Med*. 2006;30(2):49-55.
39. Cardoso PM, Grosseman S, Robles ACC. Percepção de mães sobre o atendimento prestado a seus filhos por acadêmicos da 11ª fase em um ambulatório de pediatria. *Arq Catarin Med*. 2007;36(3):42-51.
40. Lewis JR. Patients views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med*. 1994; 39 (5):655-70.
41. Silva HR. La relación médico-paciente. *Rev Cubana Salud Pública* [periódico na internet]. 2006 [maio 2010];32(4):[cerca de 1 tela]. Disponível em: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_4_06/spu07406.htm
42. Wenrich MD, Curtis JR, Shannon SE, Carline JD, Ambrozy DM, Ramsey PG. Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death. *Arch Intern Med* 2001;161(6):868-74.
43. Victorino AB, Nisenbaum EB, Gibello J, Bastos MZN, Andreoli PBA. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Rev SBPH*. 2007;10(1):53-63.
44. Tapajós R. A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. *Interface Comun Saúde Educ*. 2007;11(21):165-72.
45. Sucupira AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde *Interface Comun Saúde Educ*. 2007;11(23): 624-7.
46. Beca JP, Browne F, Repetto P, Ortiz A, Salas C. Relación estudiante de medicina-enfermo: visión de los Estudiantes. *Rev Méd Chile*. 2007;135:1503-9.
47. Vieira JE, do Patrocinio Tenorio NM, de Arruda MM. Directing student response to early patient contact by questionnaire. *Med Educ*. 2003;37:119-25.
48. Merton RK, Some preliminaries to a sociology of medical education appendix A socialization: a terminological note 287-293. In: Merton RK, Reader GG, Kenda PL, eds. *The Student-Physician Introductory Studies In The Sociology of Medical Education*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1957.
49. Rego S. O processo de socialização profissional na medicina. In: Machado MH, org. *Profissões da saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1995.
50. Sisson MC. Avaliação da implantação do Programa de Saúde da Família no Programa Docente-Assistencial de Florianópolis. São Paulo; 2002. Doutorado [Tese] – Universidade de São Paulo.
51. Haq C, Steele DJ, Marchand L, Seibert C, Brody D. Integrating the art and science of medical practice: innovations in teaching medical communication skills. *Fam Med*. 2004; 36 Suppl:S43-50.
52. Buyck D, Lang F. Teaching medical communication skills: a call for greater uniformity. *Fam Med*. 2002; 34(5):337-43.
53. Berger P, Luckmann T. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis, RJ: Vozes; 1998.
54. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*. 1998;73(4): 403-7.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Fabiola Schauffler Stock participou da concepção, desenho e escrita, análise e interpretação dos dados e da aprovação da versão final. Maristela Chitto Sisson participou da orientação, concepção, desenho e escrita, análise e interpretação dos dados e na aprovação de sua versão final. Suely Grosseman participou da orientação, concepção, desenho e escrita, análise e interpretação dos dados e na aprovação de sua versão final.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Fabiola Schauffler Stock
Av. São Paulo, 1.240
Vila Arens II — Jundiaí
CEP 13202-610 — SP
E-mail: fabiolastock@yahoo.com.br