

A avaliação de estudantes de medicina de uma faculdade de Belo Horizonte, em relação ao processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente

The evaluation of students of medicine of a college of Belo Horizonte, in relation to the process of teaching-learning of the medical-patient relationship

Marina Franklin Ribeiro¹, Letícia Silveira Freitas¹, Jaqueline Marques Lara Barata¹

RESUMO

A relação médico-paciente é um processo especial de interação humana, que é a base da prática clínica. Questões provenientes da aprendizagem dessa relação constituem a parte mais difícil na formação de um médico. Os estudantes possuem ao longo do curso diferentes oportunidades de estabelecer relação com o paciente, construindo habilidades para o desenvolvimento de uma comunicação efetiva que subsidia uma relação médico-paciente de qualidade. Nesse trabalho objetivou-se conhecer qual é a percepção dos estudantes de uma faculdade filantrópica de Belo Horizonte sobre seu preparo no processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter qualitativo, financiada pela FAPEMIG. Os entrevistados foram estudantes de medicina, escolhidos aleatoriamente, do quarto, quinto e sexto anos. A análise de dados foi feita com base no discurso de Bardin. Os dados evidenciaram que na visão dos estudantes as disciplinas práticas têm contribuído de forma mais significativa na construção da relação médico-paciente. Essa relação tem tido como foco uma abordagem clínica orientada por uma visão de saúde ainda biologicista, que considera a anamnese biológica mais relevante. Essa visão dos estudantes, muitas vezes, faz com que priorizem os aspectos técnicos da consulta em detrimento da atenção integral do paciente. A relação médico-paciente efetiva é a base fundamental para garantir sucesso na identificação de demandas de saúde dos sujeitos. É imprescindível que o estudante aprenda e aperfeiçoe essa habilidade durante sua formação. Conhecer a percepção dos estudantes sobre seu preparo nesse processo coloca-se como estratégia de avaliação da formação que têm recebido.

Palavras-chave: Relação médico-paciente. Estudantes de medicina. Assistência centrada no paciente.

¹ Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais- Belo Horizonte - Minas Gerais – Brasil

Instituição:

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

* Autor Correspondente:

Marina Franklin Ribeiro
E-mail: marinafribeiro@hotmail.com

Recebido em: 02/08/2017.

Aprovado em: 21/06/2018.

ABSTRACT

The doctor-patient relationship is a special process of human interaction, which is the basis of clinical practice. Issues arising from learning this relationship are the most difficult part of a doctor's training. Throughout the course students have different opportunities to establish relationships with the patient, building skills for the development of effective communication that supports a quality patient medical relationship. This study aimed to know the perception of the students of a philanthropic college in Belo Horizonte about their preparation in the teaching-learning process of the doctor-patient relationship. This is an exploratory research, of a qualitative nature, financed by FAPEMIG. The interviewees were randomly chosen medical students of the fourth, fifth and sixth years. Data analysis was based on Bardin's discourse. The data showed that in the students' view the practical disciplines have contributed in a more significant way in the construction of the patient medical relation. This relationship has focused on a clinical approach guided by a health vision that is still biological, which considers biological anamnesis more relevant. This view of students often makes them prioritize the technical aspects of the consultation to the detriment of comprehensive patient care. The effective doctor-patient relationship is the fundamental basis for ensuring success in identifying the subjects' health demands. It is imperative that the student learn and perfect this skill during their training. Knowing the students' perception about their preparation in this process poses as a strategy to evaluate the training they have received.

Keywords: Physician-Patient Relations. Students, Medical. Patient Care.

INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente é um processo especial da interação humana, que é à base da prática clínica em suas dimensões técnica, humanística, ética e estética. O encontro entre o paciente e o médico desperta uma grande variedade de sentimentos e emoções, configurando uma relação humana especial. Como qualquer processo de interação interpessoal, essa relação é mediada pela comunicação.^{1,2}

Entre os benefícios de uma comunicação efetiva, podemos destacar: maior precisão na identificação dos problemas do paciente, com promoção do raciocínio clínico; maior adesão ao tratamento; melhor entendimento pelos pacientes de seus problemas, das investigações conduzidas e das opções de tratamento; menor incidência de queixas de erro médico; e maior satisfação para médico e paciente.^{2,3}

Uma relação médico-paciente pouco comunicativa pode implicar em danos físicos e morais irreparáveis ao doente, além de punições severas aos médicos recorrentes de processos judiciais. Sendo assim, torna-se fundamental para o estudante de medicina desenvolver habilidades para conseguir criar com seu futuro paciente uma boa relação, objetivando o bem estar desse paciente.^{2,3,4}

As questões provenientes da aprendizagem da relação médico-paciente constituem a parte mais difícil na formação de um médico. Várias são as metodologias didáticas usadas no processo ensino-aprendizagem da comunicação e da relação interpessoal com a pessoa atendida. Atualmente tem se usado treinamento prévio em laboratórios de habilidades antes de os estudantes entrarem em contato com os pacientes reais. Sessões de simulação com atores que dão *feedback* aos acadêmicos, discussão em sessões de *Problem based interview* (PBI) com atores, problematização de cenas de filmes e análise de óperas e/ou peças de teatro podem ser consideradas como possibilidades de aprendizagem da relação médico-paciente, mas a prática em ambulatórios e hospitais ainda continua prioritizada nas escolas tradicionais.^{2,5}

As diretrizes curriculares nacionais de 2014– DCN do curso de graduação em medicina apontam para a necessidade do egresso em sua prática profissional articular conhecimentos, habilidades e atitudes, em três dimensões: atenção à saúde, gestão e educação em saúde. Entre as competências descritas, a comunicação aparece em todas as dimensões, como necessária para a concretização das mesmas, sendo ponto de partida para interação na relação médico paciente. Como exemplos que fazem parte do conhecimento, competências e

habilidades específicas que são direcionadas para a comunicação e relação médico-paciente, pode-se destacar:

- Realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;
- Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;

Para desenvolver esse conhecimento, competências e habilidades exigidas é imprescindível o papel ativo do estudante nesse processo de aprendizagem, assim como a escola deve proporcionar estrutura e capacitação básica para concretizar esse processo de ensino-aprendizagem.

A Faculdade que cenário desse estudo, ao mesclar tradição, modernidade e excelência no ensino para atender os anseios pessoais, da sociedade e as exigências do mercado, tem como foco principal a formação de médicos generalistas que devem estar aptos a desenvolver atividades tanto nas áreas fundamentais, quanto nas específicas da medicina, ao final do período acadêmico.⁶

Na matriz curricular cursada pelos participantes do estudo, as atividades práticas ambulatoriais e hospitalares passaram a constituir mais de 60% da carga horária total, transformando os alunos em elementos ativos do aprendizado. O modelo docente-assistencial adotado pela Faculdade oferece, também, o Internato de Saúde Coletiva, cujo objetivo é que os estudantes da 5ª série desenvolvam atividades voltadas à atenção básica e à promoção da saúde em municípios do interior do estado, especialmente em áreas rurais, sob a orientação de professor em e conjunto com as equipes de saúde da família.⁶

Os dois primeiros anos do curso são dedicados ao ensino de disciplinas de conteúdos básicos, mas algumas disciplinas já desenvolvem atividades práticas no Sistema Único de Saúde SUS de Belo Horizonte (ações preventivas e de promoção da saúde). No terceiro ano, o aluno tem iniciação ao atendimento clínico e no 4º à formação profissional, sendo que as atividades práticas são desenvolvidas em ambulatórios e unidades básicas de saúde do SUS. No 5º ano os alunos iniciam os internatos (Saúde coletiva, Saúde do Idoso e de Medicina de urgência). O 6º ano é dedicado aos Internatos restantes nas quatro áreas fundamentais (clínica médica, pediatria, tocoginecologia e cirurgia), sendo realizado principalmente na rede hospitalar.⁶

Assim, fica evidenciado que os estudantes possuem ao longo do curso diferentes oportunidades de estabelecer relação com o paciente, construindo habilidades para o desenvolvimento de uma comunicação efetiva que subsidia uma relação médico paciente de qualidade. Como a instituição não utiliza o ensino *Problem based interview* (PBI), como processo de ensino aprendizagem, questiona-se: as experiências oportunizadas ao longo da formação têm contribuído para a formação de uma relação médico-paciente efetiva?

Tendo em vista a importância dessa relação na prática médica e a possibilidade de seu ensino-aprendizagem, o objetivo dessa pesquisa foi conhecer qual é percepção dos estudantes de uma faculdade filantrópica de Belo Horizonte sobre seu preparo no processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente.

Essa pesquisa foi exploratória, de caráter qualitativo, financiada pela Fundação de Amparo à pesquisa de Minas Gerais- FAPEMIG. Foi postada na Plataforma Brasil para

avaliação do CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da faculdade. Após sua aprovação foi iniciada a coleta de dados. (CAAE: 53991615.1.0000.5135)

Pressupõe-se que o comportamento humano é melhor compreendido no contexto social onde ocorre. Nessa concepção, esse estudo teve um sentido geral diferente do aplicado à maioria dos estudos: foi realizado durante a fase de planejamento da pesquisa, como se fosse uma subpesquisa e se destinou a obter informação do Universo de Respostas de modo a refletir verdadeiramente as características da realidade.^{7,8,9}

Foram entrevistados estudantes de medicina, escolhidos aleatoriamente, do quarto, quinto e sexto ano. Nessa faculdade, os dois primeiros anos do curso são dedicados ao ensino básico e no terceiro ano, o aluno tem iniciação ao atendimento clínico. Sendo assim, inicialmente, há poucas oportunidades de estabelecer contato direto com o paciente. A partir do 4º ano, os estudantes vivenciam mais a prática clínica, o que os possibilita avaliar a relação médico-paciente.

As entrevistas foram então realizadas com estudantes escolhidos aleatoriamente, foram gravadas e posteriormente transcritas. A saturação de dados foi atingida quando 11 estudantes foram entrevistados. As gravações serão mantidas em sigilo por cinco anos e após esse período serão destruídas. Para realizar as entrevistas, as mesmas foram agendadas em local e horário que possibilitaram a participação dos entrevistados. O ambiente em que se realizou a entrevista garantiu sigilo adequado para a coleta dos dados.

Antes de responderem aos questionários os estudantes receberam orientações sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os estudantes da amostra tiveram total liberdade para não responderem ao questionário se assim fosse da vontade deles. Em nenhum momento houve remuneração dos estudantes da amostra.

Foi utilizado um questionário semiestruturado baseado na EMOP – Escala de orientação médico-paciente (PPOS – *Patient- Practitioner Orientation Scale*) que é uma escala de orientação médico-paciente que foi concebida para avaliar a atitude de pacientes, médicos e estudantes de medicina a respeito da relação médico-paciente. Essa escala avalia se a relação é centrada no médico e na doença (modelo biomédico) ou no paciente (modelo psicossocial). A análise das propriedades psicométricas desta escala confirmou a sua validade e confiabilidade no estudo original, no qual foi criada.^{10,11,12}

DESENVOLVIMENTO LIVRE

Na busca pela compressão da percepção dos estudantes sobre seu preparo no processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente, objetivou-se descrever como se dá essa relação e identificar as disciplinas/atividades que contribuem para sua construção. A análise dos dados permitiu desvelar três categorias:

O MAIS IMPORTANTE SABER DURANTE UMA CONSULTA

Muitos médicos não reconhecem o paciente como capaz de assumir o cuidado com a própria saúde e não o estimulam a desenvolver autonomia para as práticas de prevenção e promoção de saúde ou adesão ao tratamento. Além disso, os médicos não exploram aspectos relacionados a medos e ansiedades durante a consulta, pois eles seriam próprios da cultura do paciente com os quais o médico não estaria preparado para lidar. Essa deficiência seria decorrente de uma

formação que valoriza apenas, ou predominantemente, os aspectos biomédicos. Assim, a busca de informações durante a anamnese será orientada por diferentes aspectos que os indivíduos entrevistados consideram mais importantes.¹³

Durante a formação médica, o aluno modifica seu comportamento e sua atitude na condução das consultas. Nos primeiros anos da faculdade, o graduando aborda a perspectiva do paciente durante a realização de entrevistas médicas, mas essa forma de conduzir a consulta se altera nos últimos anos da graduação. A capacitação para a identificação de doenças, a análise de exames laboratoriais e a programação terapêutica de doenças afasta o aluno do doente e de sua subjetividade. Ele constrói sua atuação com base no paradigma biomédico, no qual a doença é colocada no centro da consulta.¹⁴

Diante da pergunta “O que você consideraria mais importante saber sobre o paciente durante uma consulta?” muitos alunos consideraram como o foco principal os aspectos técnicos da consulta, priorizando a doença em detrimento de uma abordagem mais integral voltada para as necessidades do indivíduo, como se pode perceber nas afirmações:

“... saber a história progressiva, fazer uma anamnese com todos os pontos mesmo” (Entrevistado 1);

“Quais são as queixas dele, é... A história daquele problema dele” (Entrevistado 2);

“Tenho que saber o que ele está sentindo é... O passado dele. O que ele já teve, dessas doenças, de outras...” (Entrevistado 3)

“As queixas dele em primeiro lugar, doenças prévias, as medicações que ele faz uso e doenças nas famílias, entre os parentes mais próximos” (Entrevistado 4).

Na maioria das escolas médicas, o principal critério na definição do ingresso no curso ainda é o das “disciplinas prioritárias”, que pouco variam entre biologia, química e matemática, discriminando toda uma gama de conhecimentos absolutamente necessários a uma profissão que vai lidar essencialmente com vidas humanas. Assim, matérias como português, filosofia, história, geografia humana e econômica e ciências sociais ainda são consideradas de menor importância na formação dos futuros profissionais médicos. Uma vez na faculdade, o currículo médico continua privilegiando a formação técnica, o conhecimento biológico, dissociado dos aspectos históricos, sociais, econômicos e culturais, os quais contribuíram para um olhar/abordagem mais ampliado sobre a história de vida do paciente.¹⁵

Um ensino que enfoca apenas as condições instrumentais do raciocínio lógico, mas não mobiliza uma análise de crenças e motivações pessoais por meio do diálogo e do respeito à argumentação, tem grande probabilidade de produzir pessoas dotadas de capacidade instrumental lógica, mas com deficiências de sensibilidade e empatia. O diálogo é tanto uma forma de exercício para o plano lógico como um exercício para o plano afetivo-emocional, pois exercita o sujeito a se dispor a encontrar e a crescer com o outro.¹³

Alguns alunos, porém, se mostram mais preocupados com os aspectos sociais, econômicos e adesão ao tratamento, como exemplificam as afirmações:

“Os aspectos socioeconômicos, de onde ele vem, se ele tem condição de adquirir a medicação” (Entrevistado 5);

“Os medos do paciente. Em relação ao diagnóstico, ao prognóstico, como que vai tratar, se o tratamento é agressivo, se vai ter efeito colateral. A gente tem que entender isso no paciente, porque se você propõe um tratamento e ele não entende e vierem

os efeitos colaterais, ele vai ter medo e vai largar” (Entrevistado 6)

“Quais são os aspectos sociais dele... Saber o contexto familiar, saber questões de paradigmas, a questão financeira dele...” (Entrevistado 7)

“Eu acho que você tem que conhecer o perfil do paciente para saber abordar do jeito que ele vai achar melhor” (Entrevistado 8)

Alguns estudos sinalizam limitações na formação médica, que precisam avançar em profundidade e amplitude para a abordagem do processo saúde-doença. A compreensão por meio das narrativas dos pacientes pode ser potencializada quando o diálogo facilita a interpretação do universo clínico e valoriza a capacidade contextual construída com base na identificação dos significados do adoecer e suas repercussões sociais, econômicas e culturais. Dessa forma, os caminhos oferecem novas abordagens que levam à escolha de estratégias passíveis de parceria consciente para negociar as ações do cuidado com foco na singularização.¹⁶

A mudança de abordagem da semiologia, com enfoque no paciente e não na doença, é um ponto muito importante a ser enfatizado. Embora preocupados com o cuidado, os estudantes estão pouco predispostos a discutir com o paciente suas prioridades na atenção à própria saúde e seus conhecimentos e crenças sobre o processo saúde-enfermidade. Estas questões serão um grande desafio para o médico nos próximos anos, e as escolas médicas não pode ignorá-las.^{13,15,16}

CONSTRUÇÃO DE UMA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EFETIVA (TEORIA X PRÁTICA)

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 cidadania.⁵

Os graduandos de Medicina têm, hoje, a possibilidade de começar a desenvolver sua futura relação médico-paciente 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 advindo de estágios extracurriculares ou nos projetos pedagógicos de determinadas faculdades.⁵

Neste sentido, durante este estudo as falas dos sujeitos permitiram evidenciar que existe uma valorização das atividades práticas, que segundo os mesmos, promovem o contato com o paciente e os prepara para lidar com situações conflituosas do dia a dia. Consequentemente, na opinião deles, as atividades práticas possibilitam maior vivência da profissão e assim fazem a construção deles como médicos. As falas permitem ainda analisar que esta construção não é, para os mesmos, processual, não atribuindo as disciplinas teóricas ou outras atividades o resultado obtido na abordagem do paciente.

Essas percepções podem ser confirmadas com os seguintes trechos das respostas:

“Não adianta você ficar vendo só teoria. A prática que vai te ensinar a lidar com o paciente...” (Entrevistado 1)

“Essa prática melhora nossa relação médico-paciente por ter mais experiência, por ter mais segurança, a gente se sente mais confortável para dar um diagnóstico...” (Entrevistado 2)

“Então, você lidando com o paciente diretamente, você direciona melhor o que você está precisando estudar mais e como é a prática cotidiana de um médico.” (Entrevistado 4)

“Acho que a consulta em si, você acompanhar o paciente, ver na prática é fundamental.” (Entrevistado 7)

“Eu acho a teoria e a prática. Talvez o estágio, porque eu acho que reúne mais a prática.” (Entrevistado 8)

“Porque são disciplinas que a gente tem um contanto maior com o paciente e ali que você vai saber como lidar com as coisas que não estavam planejadas...” (Entrevistado 11)

Em um estudo realizado com o objetivo de conhecer como estudantes do último semestre do curso de Medicina de uma universidade federal do Sul do Brasil aprenderam a relação médico-paciente, relatou que dezessete estudantes (68%) citaram o aprendizado na prática, em atendimentos realizados no dia-a-dia [14 (56%)], estágios extracurriculares [9 (36%)] e no internato [3 (12%)]. Doze (48%) referiram que atividades teóricas, como aulas [9 (36%)] ou leitura de livros e artigos [6 (24%)] também são uma boa forma de aprender a relação médico-paciente. Os modelos, a prática extracurricular e o internato foram considerados os principais recursos de aprendizado dessa relação pelos estudantes, tendo sido julgadas escassas as aulas teóricas e pouco aproveitadas as oportunidades de aprendizagem nas práticas.¹⁷

Ainda segundo o autor, os acadêmicos apontam a necessidade de a relação médico-paciente ser mais abordada durante o curso, por meio de maior ênfase, de aulas ou disciplinas sobre o tema ou da abordagem de situações específicas. A maioria considerou ter pouca orientação sobre as habilidades comunicacionais consideradas fundamentais ao bom exercício da medicina, e muitos desconhecem os diversos métodos pelos quais estas podem ser ensinadas.¹⁷

O autor sugere que para a mudança desse cenário é necessária a criação de espaços para reflexão, mediados por professores ou médicos preparados, em que estudantes possam discutir seu aprendizado, seus relacionamentos e suas angústias. É necessário também um maior preparo dos professores, que são indispensáveis no ensino das habilidades de comunicação, no *feedback* fornecido aos estudantes e na demonstração do ideal a seguir.¹⁷

Embora desperte controvérsia, o conceito de competência tem sido apropriado de modo fértil na discussão sobre mudanças na formação em saúde. Recolocar a prática profissional no foco, ajuda a pressionar as escolas a repensar seus currículos e processos avaliativos, reorientando o planejamento educacional a partir do perfil de competência desejável para seus egressos.¹³

Usualmente, abordam-se conhecimentos, habilidades e atitudes como entidades diferentes e separadas, reduzindo o conhecimento apenas à sua dimensão teórica, proposicional. Separam-se teoria e prática, conhecimento sistematizado e pessoal, pensamento intuitivo e analítico. Incluir a dimensão do significado atribuído pelo sujeito implica admitir que o conhecimento não pode ser caracterizado de forma independente de como foi aprendido e de como é usado, ou seja, o contexto da aquisição e o de seu uso são fundamentais para revelar a natureza do conhecimento.¹³

Mesmo considerando o papel que o conhecimento científico publicado e sistematizado exerce no desenvolvimento do conhecimento profissional, educadores médicos

experientes reconhecem que este também é construído por meio da experiência e que sua natureza depende das formas de aquisição e de interpretação dessa experiência. O saber se elabora segundo uma ordem pessoal e a partir da experiência de cada um, é gerado e compartilhado culturalmente e está em constante transformação.¹³

CONTRADIÇÃO NO CONCEITO DE SAÚDE

A medicina centrada no paciente ou no cuidado é um tema muito amplo e com implicações diferentes quando se trata de saúde pública ou de atenção médica individual. Comporta ainda definições diferentes quando se utiliza a oposição entre centrada no médico versus no paciente ou centrada no paciente versus na doença.¹³

Quando se opõe a atitude centrada no médico à atitude centrada no paciente, o ponto em discussão é o poder do médico versus a autonomia do paciente. Quando a oposição é entre doença e doente, a medicina centrada no paciente é mais abrangente, busca entender as necessidades e desejos do paciente e não se restringe à doença.¹³

Pode-se dizer que são dois os componentes principais da medicina centrada no paciente: um deles se refere ao cuidado da pessoa, com a identificação de suas ideias e emoções a respeito do adoecer e a resposta a elas; e o segundo se relaciona à identificação de objetivos comuns entre médicos e pacientes sobre a doença e sua abordagem, com o compartilhamento de decisões e responsabilidades.

Nessa pesquisa os conceitos de saúde parecem ser dicotômicos para os acadêmicos. Quando questionados se “Os valores e o estilo de vida de um paciente podem interferir na relação médico-paciente”, apesar de concordarem, o reconhecimento dos valores dos pacientes foi considerado um empecilho na relação e não um componente para construção da mesma. Observa-se isso, nas afirmações dos estudantes:

“A relação depende muito da postura do próprio paciente” (Entrevistado 2)

“O estilo de vida dele, o que ele pensa, o poder socioeconômico dele. Vão diferenciar o jeito que ele vai relacionar com o médico.” (Entrevistado 3)

“Se ele tiver crenças muito radicais, quanto a determinadas condutas que você propuser, ele pode se negar a seguir o tratamento que você indicar.” (Entrevistado 4)

“... O paciente tem um credo, ele acredita em algo, quando ele precisa fazer uma transfusão de sangue, mas ele não pode porque tem religião que não aceita isso. Isso pode atrapalhar um pouco.” (Entrevistado 5)

“Por exemplo, um paciente que tem certa religião, ela pode atrapalhar talvez, ou ajudar... Você tem que adequar a sua conduta...” (Entrevistado 6)

“Geralmente o paciente tem os valores dele, só que os médicos têm conceitos e a formação própria então às vezes isso pode entrar em choque.” (Entrevistado 7)

“Geralmente quem não é esclarecido tem alguma dificuldade de seguir as instruções ou tem alguma carga já assim, não querendo acatar o que você fala.” (Entrevistado 8)

Percebe-se que há um desconforto gerado quando o paciente não se comporta da maneira como os acadêmicos esperam que ele se comporte, isso é exemplificado com os usos das expressões “atrapalha”, “entrar em choque” e “não acata”. Os acadêmicos parecem perceber e respeitar as diferenças culturais, porém parecem acreditar que a relação médico-paciente nesses casos não é efetiva, devido exclusivamente ao paciente e suas crenças e comportamentos. Criando-se

assim uma contradição no conceito da, já que essa deve ser construída por ambas as partes.

Essa percepção é confirmada quando questionados sobre as habilidades necessárias para uma relação médico-paciente efetiva sendo a paciência, apontada pelos acadêmicos, como uma habilidade fundamental. Isso mostra que alguns atendimentos podem gerar desconfortos aos acadêmicos e eles precisam ser pacientes para concluí-lo.

“Saber lidar com o paciente, é ser compressivo, é ter paciência” (Entrevistado 10); “Empatia... (pausa) Paciência é...” (Entrevistado 4)

“Paciência. Compaixão. Empatia...” (Entrevistado 6)

“Em segundo lugar, você ter paciência; Habilidades como empatia, respeito, vontade, paciência.” (Entrevistado 9)

O modelo biomédico dominante é um modelo curativo, e seus pressupostos, atitudes e valores tendem a definir a cultura dos centros acadêmicos. Embora a cura seja um objetivo apropriado para a medicina, ele é incompleto, pois não considera a promoção da saúde, prevenção de enfermidades e lesões, restauração de capacidade funcional, prevenção de morte prematura, alívio de sofrimento e o cuidado com aqueles que não podem ser curados. Por isso, para alcançar mudança, as escolas precisam incorporar em seus currículos conhecimentos de ciências humanas e sociais.^{13,18,19}

CONCLUSÃO

Ao longo da pesquisa, percebeu-se que os estudantes se julgam preparados para estabelecer uma relação médico-paciente efetiva num modelo biologicista que considera a anamnese biológica mais relevante. Este preparo advém das disciplinas práticas e muitas vezes os aspectos técnicos da consulta são priorizados em detrimento da atenção integral do paciente.

Há uma ansiedade por parte dos estudantes de resolver a situação do paciente, diagnosticando e medicando, por isso, apesar de reconhecerem a necessidade de ouvir e abordar aspectos psicológicos há uma desvalorização desses frente aos aspectos biológicos.

Há uma tendência de supervalorização das atividades práticas e os estudantes não consideram a construção da relação médico-paciente processual. Dessa forma, não atribuem às disciplinas teóricas seu desempenho durante a abordagem da relação médico-paciente.

A análise do discurso dos estudantes evidencia ainda uma hierarquia na relação médico-paciente, na qual o paciente deve ajudar o médico a construir essa relação, sendo mais objetivo, fornecendo as informações solicitadas e assim, contribuindo para o sucesso da consulta e, conseqüentemente, do tratamento.

A construção do profissional exige, sem dúvidas, um conhecimento teórico. Nesse contexto, as escolas parecem formar um médico mais preparado, mas, em contrapartida, exposto a um desgaste maior, devido a dificuldade de se relacionar e estabelecer um modelo de relação com o paciente na qual ele julga ideal.

É preciso humanizar os estudantes. A mudança, entretanto, não deve ocorrer somente por parte deles, mas também naqueles que os educam. Não basta ensinar ao aluno a importância da humanização na relação médico-paciente se os professores, espelhos dos alunos, não utilizam essa teoria na prática.

Os estudantes atuais têm uma oportunidade de começar mais cedo o contato com as atividades práticas. Em contrapartida, por falta de preparação para esse contato precoce muitos acadêmicos não conseguem aproveitar a essência do trabalho proposto. Ainda que as disciplinas práticas possam oportunizar a relação do aluno com os pacientes, as reflexões, discussões e autocríticas são essenciais para que a não se cristalize uma postura distante e desinteressada desses futuros médicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Grossemann 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 Med. 2008; 32 (3): 301-308.
- Porto CC, Porto AL. Semiologia médica. 7ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
- Yamaki VN, Teixeira RKC, Oliveira JPS, Yasojima EY, Silva JAC. Sigilo e confidencialidade na relação médico-paciente: conhecimento e opinião ética do estudante de medicina. Rev bioét (Impr.). 2014; 22, (1): 176-81.
- Peixoto JM, Ribeiro MMF, Amaral CFS. Atitude do estudante de medicina a respeito da relação médico-paciente× modelo pedagógico. Rev Bras Educ Med. 2011; 35 (2): 229-36.
- De Assunção LF, De Paula GCMM, Macieli D. Relação médico-paciente permeando o currículo na ótica do estudante. Rev Bras Educ Med. 2008; 32 (3): 383-389.
- Ciências Médicas de Minas Gerais [Internet]. Belo Horizonte (MG): Fundação Educacional Lucas Machado (BR); 2015 – [Citado em 20/11/2015]. Disponível em <http://www.cmmg.edu.br/cursos/medicina/>.
- Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Rev Adm Empres. 1995; 35 (2): 57-63.
- Piovesan A, Temporini RE. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. Rev Saúde Pública. 1995; 29(4): 318-25.
- Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. Cadernos de pesquisa. 2002 Mar; 115 (1): 139-54.
- Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager Mac CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. Patient Educ Couns. 2000 Jan; 39(1): 49-59.
- Pereira CMAS. Tradução, adaptação cultural e validação da Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) para a língua portuguesa do Brasil.[Dissestação]. Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia (MG), 2012.
- Caregnato RCA, MUTTI R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto Contexto Enferm. 2006; Out 15(4): 679-84.
- 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 Med. 2008; 32(1): 90-7.

14. Ballester D, *et al.* A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. *Rev Bras Educ Med.* 2010; 34(4):598-606.
15. Cyrino, EG; Toralles MLP. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Pública.* 2004 Mai; 20(3):780-8.
16. Soares MOM, Higa EDFR, Passos AHR, Ikuno MRM, Bonifácio L.A, Mestieri CDP, Ismael RK. Reflexões contemporâneas sobre anamnese na visão do estudante de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2014; 38 (3): 314-322.
17. Stock FS, Sisson MC, Grosseman S. Percepção de estudantes de medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente após mudança curricular. *Rev Bras Educ Med.* 2012; 36(1):5-13.
18. Fox E. Predominance of the curative model of medical care: a residual problem. *JAMA.* 1997; 278(9):761-763.
19. Wilcox MV, Orlando MS, Rand CS, Record J, Christmas C, Ziegelstein RC, Hanyok LA. Medical students' perceptions of the patient-centredness of the learning environment. *Perspectives Med Educ.* 2017 Fev; 6(1):44-50.