

A relação médico-paciente e a formação de novos médicos: análises de vivências de hospitalização

Doctor patient relationship and training of new doctors: experiences as an inpatient analysis

Relación médico-paciente y la formación de nuevos médicos: análisis de las vivencias como pacientes en un hospital

Igor Bruno Chinato^{1*}, Carmen Lúcia D'Agostini², Roberto Reinert Marques³

Palavras-chave:
Relações Médico-Paciente
Estudantes de Medicina
Educação Médica

Resumo

O estudo e o ensino da relação médico-paciente é uma estratégia valiosa para promover o encontro com valores fundamentais ao ser médico, além de superar o desencontro da medicina com sua essência. A criação de oportunidades para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e promoção de empatia é fundamental para a educação médica, tanto no cenário da assistência primária ao paciente, na medicina familiar e comunitária, bem como em ambientes hospitalares, uma vez que são conhecimentos transversais. O objetivo principal deste estudo é desvendar as percepções dos estudantes do Curso de Medicina da Universidade do Oeste de Santa Catarina sobre a *Vivência Hospitalar*, atividade prática de ensino do componente curricular *Relação Médico-paciente*, no qual os alunos passam um dia internados no hospital escola para conhecerem de maneira prática como é ser um paciente. O método utilizado foi o de análise de conteúdo dos relatórios de internação, com abordagem qualitativa e quantitativa. O instrumento de pesquisa foram os relatórios de internação realizados pelos estudantes, com amostragem de 225 relatórios. Depois do processo de leituras e codificação das expressões-chave, bem como a contagem da frequência com que essas expressões se repetiam, os resultados puderam ser agrupados em categorias principais de significados que coincidem com os temas mais relevantes que surgiram após o processo de leitura e análise. As categorias são: sintomas, sentimentos, interações com outros pacientes, interações com o hospital escola, empatia, avaliação da experiência e "os alunos-pacientes". Foi possível concluir que a atividade pode ser uma ferramenta importante para a união da teoria e prática durante o ensino de técnicas de comunicação interpessoal e das relações entre médicos e pacientes.

Keywords:
Physician-Patient Relations
Medical, Students
Medical, Education

Abstract

Teaching Physician Patient Relationship is a valuable strategy to promote the meeting of fundamental values to a doctor, and overcome the mismatch of Medicine with its essence. The creation of opportunities for developing communication skills and promotion of empathy is essential for medical education, both in the setting of primary care to the patient, on family and community medicine, as well as in hospitals. The main objective of this study is to unveil the perceptions of medical students of Medical School of Universidade do Oeste de Santa Catarina, about the *Hospital Experience as an Inpatient*, practical activity on the discipline called *Physician-patient Relationship*, where the students spent one day hospitalized in their own School Hospital, in a practical way to learn how to be a patient. The method used was the analysis of the hospitalization reports, both qualitative and quantitative approaches. The research instrument was the hospitalization

¹ Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). igorchinato@gmail.com

² Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). carmen.dagostini@unoesc.edu.br

³ Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). roberto.marques@unoesc.edu.br

*Autor correspondente.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Recebido em: 20/06/2011

Aprovado em: 14/03/2012

reports. The sample was 225 reports. After the process of reading and coding of key words, and counting the frequency with which these words were repeated, the results could be grouped into major categories of meanings that coincide with the major themes that emerged after the process of reading and analysis. The categories are: symptoms, feelings, and interactions with other patients, interactions with the hospital school, empathy, experience evaluation and the "student-patients". The activity may be an important tool for the integration of theory and practice during the teaching of communication skills and interpersonal relationships between doctors and patients.

Palabras clave:
Relaciones Médico-Paciente
Estudiantes de Medicina
Educación Médica

Resumen

La enseñanza de relación médico paciente es una estrategia valiosa para promover los valores fundamentales que se reunirán con un médico, y de eliminar las disparidades de la medicina con su esencia. La creación de oportunidades para el desarrollo de habilidades de comunicación y promoción de la empatía es esencial para la educación médica, tanto en el ámbito de la atención primaria de la medicina del paciente, familia y comunidad, así como en los hospitales, ya que son transversales del conocimiento. El objetivo principal de este estudio es descubrir las percepciones de los estudiantes de la Universidad de Medicina del Oeste de Santa Catarina en la estancia *Experiencia en el Hospital*, la actividad docente componente práctico de la disciplina *Relación entre Médico y Paciente*, que los estudiantes pasan un día ingresados en el Hospital Escuela como una manera práctica de aprender a ser paciente. El método utilizado fue el análisis del contenido de los informes de hospitalización, con enfoque cualitativo y cuantitativo. El instrumento de la encuesta fueron los reportes de hospitalización, con un muestreo de 225 informes. Después de que el proceso de lectura y codificación de palabras clave, y contando la frecuencia con que estas palabras se repitieron, los resultados pueden ser agrupados en las principales categorías de significados que coinciden con los principales temas que surgieron después de que el proceso de lectura y análisis. Las categorías son: síntomas, los sentimientos, las interacciones con otros pacientes, las interacciones con la escuela del hospital la empatía, la experiencia y la evaluación de los "estudiantes-pacientes". Se concluyó que la actividad puede ser una herramienta importante para la integración de la teoría y la práctica en la enseñanza de habilidades de comunicación y las relaciones interpersonales entre los médicos y pacientes.

Introdução

Que tipo de médicos seremos? A reflexão sobre o futuro profissional de um médico em formação permeia caminhos novos e atuais que incluem as suas relações com o atual sistema de saúde, as descobertas científicas que atualizam o arsenal terapêutico-diagnóstico e, acima de tudo, a relação que o médico desenvolve com seu paciente. A Medicina já foi acusada de tecnicista, fria e fragmentada, de ver o corpo humano como uma máquina. Nesse contexto, o ensino da Relação Médico-paciente é uma estratégia valiosa para promover o encontro com valores fundamentais a um médico, além de superar o desencontro da medicina com sua essência.

Os cursos de graduação devem orientar a formação médica visando à aquisição de competências que corroborem na capacitação de um profissional da saúde apto a entender e relacionar-se melhor com a equipe, com vistas à integralidade, e com os pacientes, à luz de conhecimentos teóricos e práticos da relação médico-paciente¹.

O Curso de Medicina da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC incluiu o componente curricular de Relação Médico-paciente (RMP), na tentativa de suprir a necessidade de formar médicos com perfil humanista, convergindo com o artigo 3º das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina; o curso de graduação em Medicina deve formar um médico “[...] com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de

promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano [...]”².

Faz-se necessário pensar sobre a relação médico paciente e a formação médica voltada prioritariamente para as demandas da população. A criação de oportunidades para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e promoção de empatia é fundamental para a educação médica, tanto no cenário da assistência primária ao paciente, na medicina familiar e comunitária, bem como em ambientes hospitalares, uma vez que são conhecimentos transversais.

Diante deste cenário, a necessidade de formar médicos com perfil humanitário e capazes de atuar com foco na comunidade, esbarra na falta de ferramentas que incorporem tanto conceitos teóricos e práticos, bem como humanísticos e técnicos.

A disciplina de RMP da UNOESC utiliza como metodologia de ensino uma Vivência Hospitalar, como diversificação de cenário de aprendizagem. A vivência consiste em uma experiência de internação hospitalar, nela, os estudantes passam uma noite internados no Hospital Universitário Santa Terezinha (HUST) e vivem situações próprias de um paciente, como dividir o quarto com outros pacientes nas enfermarias, conhecer a rotina do hospital escola do ponto de vista de um internado e vivenciar situações próprias de quem realiza um tratamento de saúde no hospital.

Ferreira (2007) discute os cenários de ensino na formação médica e afirma que é na formação profissional centrada em

cenários hospitalares, na qual se desenvolvem os currículos médicos, que a formação médica ampliada, humanista e generalista não tem sido eficazmente estimulada, tampouco caracterizando cenários que formam sujeitos críticos-reflexivos. Este autor ainda reforça a importância da necessidade de, além das mudanças pedagógicas e metodológicas na formação do profissional em saúde, diversificar os cenários de ensino-aprendizagem³.

Trata-se de uma experiência inédita e o objetivo principal da vivência é proporcionar um novo ponto de vista ao médico em formação, o do doente. Ao final da internação os “alunos-pacientes” redigem um relatório, de caráter livre e espontâneo, sobre suas impressões e experiências.

A formação de um médico no Brasil segue as diretrizes curriculares do Ministério da Educação que estabelecem o curso de graduação em Medicina, e estas, por sua vez, contemplam a importância das habilidades de comunicação⁴. A Comissão Nacional de Residência Médica, em 2004, deliberou que os concursos para admissão de residentes deveriam incluir uma segunda fase, constituída de prova prática, já que “[...] a avaliação das habilidades e comportamentos constitui elemento essencial à seleção do candidato.”⁴.

A percepção dos estudantes em relação ao cuidado prestado aos pacientes tem sido objeto de várias pesquisas⁵. No entanto, poucos estudos têm mostrado a percepção dos próprios médicos em formação sobre uma internação hospitalar.

Considerando estes dados, e com base nos relatórios de internação dos estudantes, vários questionamentos podem ser realizados, dentre os quais a principal pergunta que norteia esta investigação: quais são as impressões de um estudante de Medicina quando internado como um paciente do SUS? Além disso, quais os significados desta internação na sua formação para atuar junto da equipe de saúde da família?

Afinal, segundo Paulo Freire, “[...] não há melhor aprendizado do que a própria vivência.”⁶. O presente artigo tem por objetivo analisar a Vivência de Hospitalização da disciplina de Relação Médico-paciente a partir da alteração de perspectiva, na qual um estudante de Medicina torna-se paciente com o intuito de vivenciar o papel do outro.

Método

O estudo realizado tem abordagem mista, quali-quantitativa, de análise de conteúdo. **Os sujeitos do estudo** foram 225 estudantes de medicina que vivenciaram a experiência de internação hospitalar durante a disciplina de Relação Médico-paciente.

A seleção dos sujeitos foi realizada através dos Relatórios de internação – componente de avaliação da disciplina – e que foram entregues aos professores responsáveis pela disciplina, após a internação. Nenhum relatório foi excluído.

A vivência de internação hospitalar é uma atividade planejada no início do semestre letivo, e, no primeiro encontro os alunos são informados sobre a natureza da vivência prática, esclarecimentos sobre a hospitalização bem como regras a serem cumpridas são estabelecidas, e neste momento ocorre a leitura e coleta do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**.

Os preceitos éticos envolvidos no estudo foram analisados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina em novembro de 2010.

A vivência hospitalar acontece durante a quarta fase do curso, em dias previamente agendados. Os acadêmicos são orientados a se apresentar na recepção do hospital universitário, simulando uma queixa de saúde, e tentar não ser identificado como estudante de medicina.

A entrada no hospital ocorre às 18 horas e, em média, a internação dura 24 horas. Durante a internação, os “alunos-pacientes” recebem uma prescrição médica que inclui repouso absoluto ao leito, administração de fluido terapia por meio de punção periférica, dieta de acordo com sua queixa de saúde fictícia, avaliações com psicologia, fisioterapia e enfermagem, exames laboratoriais (hemograma simples e parcial de urina) além de exames de imagem (radiografia de tórax e ecografia abdominal).

Os “alunos-pacientes” são internados sozinhos, sem autorização de ter acompanhantes ou receber visitas, e não é permitida a entrada no hospital com telefones celulares, materiais didáticos como livros e apostilas de medicina. Quando internados, recebem apenas visitas regulares da enfermagem, e do médico responsável pela internação (no caso, os professores da disciplina).

A experiência de internação hospitalar é uma atividade voluntária da disciplina de Relação Médico-paciente. No fim do semestre, é realizado um encontro com todos os alunos que foram internados e a diretoria do hospital universitário (diretor administrativo, diretor clínico, diretor técnico, equipe de enfermagem, etc.) no qual são expostos os principais temas que marcaram a vivência hospitalar no ponto de vista dos estudantes, além de propostas para melhorias e sugestões para o atendimento hospitalar serem apresentadas.

A coleta de dados foi realizada através da leitura dos relatórios de internação pelos pesquisadores e posterior análise e categorização de expressões-chave e idéias centrais.

O instrumento utilizado foi o relatório de internação que cada aluno que participou da vivência redigiu, de caráter aberto, livre e espontâneo.

Foi realizada leitura dos relatórios dos participantes da vivência hospitalar, desmembradas em unidades de registro. Ou seja, foi feita uma codificação, que corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto para que se conseguisse atingir uma representação do conteúdo visando à categorização.

A **parte quantitativa** do estudo refere-se mais à ênfase que os pesquisadores querem dar à quantidade de aparições de cada categoria de significado citadas pelos “alunos-pacientes”. Como se tratam de temas diversos, muitas vezes subjetivos ou particulares a cada indivíduo, estes dados não podem ser comparados. No entanto, como o estudo foi realizado com os relatórios dos alunos que já passaram pela vivência, totalizando nove das doze turmas do curso de medicina desta instituição, esses dados poderiam ser generalizados, uma vez que caracteriza uma amostra representativa da população.

Em relação à apresentação dos resultados e dos dados, os depoimentos dos sujeitos do estudo estão em *itálico*, enquanto as citações de autores da literatura estão em letra normal.

Resultados e discussão

“As percepções de um estudante de medicina como paciente”

A necessidade de propor e desenvolver novos métodos de ensino e prática da relação médico-paciente na formação de novos médicos é causa de debates. Inclusive, muitas dúvidas ainda permeiam os caminhos do ensino da Relação Médico-paciente como técnica. Isto se comprova em artigos como o citado a seguir: “[...] Muitos médicos dariam o melhor de si na consulta se tivessem sido efetivamente treinados quanto a aspectos da RMP. O problema é justamente o “efetivamente treinados”. Muito tem se falado sobre RMP e sua inserção como tópico fundamental do ensino médico. A exploração da experiência do paciente, interpretando os significados socioculturais de suas queixas, respeitando seus valores, e o estabelecimento, em comum, de um plano de tratamento têm sido amplamente defendidos. Igualmente, a necessidade de se abordar e explorar a dimensão simbólica e psíquica do adoecer. Parece-nos que o que ainda é pouco destacado é o enfoque do “como fazê-lo”. Aqui reside o problema dos conteúdos e, fundamentalmente, dos métodos de ensino-aprendizagem. Sem recursos interativos e práticos, incorporando a tecnologia existente relacionada ao encontro médico-paciente, o ensino da RMP passa a ser retórico. Da mesma forma, se não ocorrer a mudança de prática dos próprios docentes, que são o espelho na formação dos alunos⁷.”

Em estudo realizado em 2008 por Grosseman e Stoll, com estudantes de medicina do último semestre, com o objetivo de conhecer a percepção dos entrevistados sobre o aprendizado da relação médico-paciente, foi demonstrado que as aulas sobre o tema foram consideradas escassas. Concluiu-se que o ensino-aprendizagem da relação médico-paciente poderia ser promovido pelo treinamento em habilidades de comunicação e pela criação de espaços para reflexão mediados por professores ou médicos ao longo do curso⁸.

Diante deste cenário, destaca-se a importância da atividade de Vivência Hospitalar desenvolvida pela disciplina de Relação Médico-paciente da UNOESC. Além de ousada e inovadora, pois não se tem nenhum registro de semelhante experiência didática.

O objetivo de internar alunos de medicina do final do segundo ano do curso em enfermarias do hospital escola mostrou-se adequado para demonstrar de forma prática aos estudantes inúmeros aspectos e conteúdos referentes à Psicologia Médica bem como da RMP.

Os relatórios de internação analisados contêm o discurso aberto de um estudante de medicina e neles puderam ser observadas de forma intensa e constante citações a temas relevantes do ensino da RMP.

Os dados quantitativos do estudo se referem ao interesse dos pesquisadores em citar as aparições de determinados assuntos, que, após as leituras iniciais, se tornaram frequentes. Diante de uma diversidade tão grande de relatórios, e uma diversidade maior ainda de temas e assuntos, torna-se difícil categorizar todos e classificar cada menção ou característica de cada relatório. Foram escolhidos os assuntos que mais se repetiram, e dentro destes os de maior relevância ao tema proposto, bem como os que fazem correlação com os assuntos tratados em aulas teóricas.

A amostra foi de 225 relatórios, sendo 53,34% do sexo masculino e 46,66% do sexo feminino, com idade variando entre 20 e 26 anos.

A Tabela 1 mostra as categorias principais de significados que puderam ser criadas após o processo de leitura e codificação dos dados contidos nos relatórios. As categorias foram criadas conforme a frequência com que eram citadas ou mencionadas nos relatos.

O encontro entre o estudante na forma de paciente e outros pacientes internados, bem como seus acompanhantes e familiares, é campo fértil para o surgimento de inúmeros tipos de interação. Foram citadas a compaixão e solidariedade que existe entre colegas de quarto do hospital, bem como situações características da rotina hospitalar.

Em algumas ocasiões, os alunos foram expostos a situações que mereceram reflexão posterior e puderam ser notados nos

Tabela 1. Categorias principais de significado.

Categorias principais de significado	Quantidade de citações
Sintomas	
Físicos	
Dor	99
Nervosismo	57
Insônia	33
Psíquicos	
Medo	101
Ansiedade	78
Tristeza	65
Sentimentos	
Solidão	78
Constrangimento	56
Solidariedade	49
Interação com outros pacientes	
Doença do colega de quarto	90
Familiares-acompanhantes	56
Falta de informação	54
Morte de colega de quarto	8
Interação com hospital escola	
Equipe	225
Modelos de relação médico-paciente	75
Sugestões ao hospital	31
Diferenças de tratamento	23
Questões éticas	9
Empatia	
Humanização do cuidado	79
"Sentir na pele"	66
"Estar do outro lado"	40
"Sentir-se como paciente"	27
"Termo empatia"	45
Avaliação da experiência	
Positiva	225
Lição de vida	47
Achou ruim ficar internado	16
"Os alunos pacientes"	
Primeira internação	180
Interferiu na conduta	89
Mudança de opinião após internação	32

relatórios. Oito alunos presenciaram o óbito de um colega de quarto, certamente que a experiência motivou uma reflexão interior e posterior citação no relatório.

"[...] a enfermeira passou no corredor e fez aquele sinal que só pode pensar uma coisa: o paciente morreu (...) [...]"

"[...] o médico que atendeu a parada foi informar a mulher do paciente falecido, ele simplesmente disse: seu marido morreu. Virou as costas e saiu. Achei seu comportamento distante e frio, quase desumano (...) [...]"

Outros alunos confrontaram-se com situações eticamente conflituosas, o que proporcionou uma reflexão, como citado em alguns relatórios sobre o Princípio da não maleficência, princípios morais que devem nortear a prática médica, bem como a responsabilidade de não apenas ser um técnico em medicina, mas um médico cuidador.

"[...] aprendi que o doente não está ali porque quer, sente medo e angústia; por isso, é importante explicar cada procedimento que será feito com ele (...) [...]"

Taquette et al. (2005) afirmam que o desconsiderar o outro, seja por ignorá-lo seja por não valorizar suas demandas, caracteriza uma prática que merece uma análise ética. Vários alunos citaram a falta de informação em relação ao seu estado geral de saúde bem como de seus colegas de quarto, um fato recorrente durante a internação⁹.

"[...] é uma vergonha o paciente ser esquecido, além de não serem passadas informações sobre o próprio estado de saúde e sobre o período de internação (...) [...]"

Em alguns relatórios surgiram questões como a humanização do cuidado e sua importância.

"[...] acho que foi muito válido principalmente no aspecto humano da relação, na questão de valores e princípios que devemos respeitar sempre e incondicionalmente (...) [...]"

"[...] nos esquecemos que o paciente é um conjunto de fatores, e que o mais importante é a alma (...) [...]"

"[...] todos os médicos e funcionários da saúde devem compreender o que é estar ali numa cama ou maca, sem poder sair para caminhar, com dor, angústia, ansiedade para saber como estão, e, às vezes, necessitando apenas de uma palavra de conforto (...) [...]"

Ardigò (1995) conclui que a relação médico-paciente tem sido focalizada como um aspecto-chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e desdobra-se em componentes como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação¹⁰.

"[...] pude perceber o quão frágil se sente um paciente dentro do hospital, o quanto sua privacidade é invadida, pois, quando se está num quarto de enfermaria dividem-se tudo, vivências, experiências e emoções (...) [...]"

Diversos alunos demonstraram seu desejo de realizar um atendimento mais humanizado após suas experiências como paciente, o que nos permite supor que, ao passar por situações em que floresçam conflitos, novos paradigmas e valores possam ser alicerçados.

“[...] o médico deve se colocar no lugar do paciente e tratá-lo como gostaria de ser tratado (...) [...]”.

“[...] percebe-se acima de tudo a forma com que se deve tratar um paciente, deve ser da melhor forma possível, pois nada impede que estejamos no lugar dele daqui um tempo (...) [...]”.

“[...] com certeza, a partir de agora, mesmo como estudante, vou buscar tomar atitudes para com os pacientes com quem eu conviver, para que estes não sintam o que senti durante a internação (...) [...]”.

Talvez a forma mais importante de relacionar a Vivência hospitalar com o aprendizado prático da RMP está expressa nos relatórios que citam os modelos de RMP que foram observados durante a internação.

“[...] fiquei pensativa e percebi o quanto faria bem se os médicos passassem mais vezes durante o dia, ou ao menos tivessem mais tempo e atenção nas visitas. Presenciei também, uma alta, não reconheci o médico, mas o achei muito frio e distante durante o atendimento (...) [...]”.

“[...] Notei seus anseios na espera do paciente pelo médico, que na maioria das vezes fica menos de um minuto no quarto e quase nem nota as pessoas que ficaram ali esperando a melhora dos doentes (...) [...]”.

“[...] percebi como aquele médico explicava tudo direitinho, parecia se preocupar com o paciente (...) [...]”.

Costa e Azevedo (2009) discutem a importância da empatia na formação médica e citam como um dos maiores empecilhos à confecção de práticas e pesquisas que abordem a empatia, a falta de ferramentas operacionais capazes de mensurar ou de, ao menos, serem sensíveis à empatia¹¹.

“[...] você só consegue ter empatia com o seu paciente se você sentir o que ele sente, comer do que ele come, passar pelo que ele passa (...) [...]”.

“[...] estar no lugar dos pacientes, mesmo que por simulação, nos faz sentir um pouco do que eles sentem, e nos faz rever a conduta de muitos desses profissionais, que muitas vezes esquecem que estão lidando com seres humanos e não com números (...) [...]”.

Contudo, com o surgimento de algumas escalas, como a *Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)* e a *Interpersonal Reactivity Index (IRI)*, novos dados foram acrescentados recentemente a partir desta nova ferramenta e apontam para novos horizontes. A *Escala Jefferson de Empatia Médica – versão para estudantes* pretende avaliar a percepção dos estudantes

de medicina acerca da relevância do comportamento médico empático no contexto de prestação de cuidados¹².

Estas ferramentas mostraram em estudos recentes, que a empatia dos estudantes de medicina varia durante o curso, e alguns estudos mostram que, surpreendentemente, acontece um declínio na empatia no terceiro ano do curso, momento este caracterizado como o início do contato com pacientes e a realidade clínica de um hospital¹³.

As interações com os profissionais do hospital escola também foram mencionadas na totalidade dos relatórios, e, desta forma, se pode concluir que a atividade proporciona aos estudantes um contato diferenciado com os diversos setores, bem como da equipe multidisciplinar que poderá ter reflexo positivo no futuro.

Hossne (1994) aponta para as diferenças entre a pedagogia geral, que repousa em processo bifocal: professor e aluno e a pedagogia médica que leva em consideração três focos: o professor, o aluno e o paciente, todos com naturezas, expectativas e papéis diferentes¹⁴.

A riqueza da vivência hospitalar talvez resida na plena capacidade de transportar o aluno para outro papel dentro deste tripé, proporcionando uma nova visão e um aprendizado prático que não podem ser obtidos pela simples leitura ou estudo de textos e repetição de exemplos.

Quando o aluno de medicina sai da sua posição de médico em formação e se coloca num leito como um paciente, as interações com o meio hospitalar promovem reflexões que somente são possíveis quando se está na posição de doente.

“[...] e é só sentindo na pele mesmo para tomarmos consciência de o quanto é importante olhar nos olhos das pessoas, conversar com seus pacientes, deixar que eles percebam que nos preocupamos com eles, que estamos fazendo tudo que é possível para seu bem estar e conforto (...) [...]”.

“[...] não é fácil se colocar no lugar de outra pessoa, mas com o tempo e prática podemos melhorar nossa empatia, melhorar o jeito que lidamos com as pessoas que chamamos de pacientes (...) [...]”.

Seguindo o pressuposto de que saúde é entendida do ponto de vista de quem sente, pode-se concluir que a internação hospitalar, mesmo sendo fictícia, tem a capacidade de transportar, de forma prática, um aluno de medicina em um paciente hospitalar. E as possibilidades de aprendizado da empatia na sua forma prática, seja “sentindo na pele”, seja na observação de modelos de RMP, ou ainda ao assistir um paciente em sofrimento, são inúmeras e puderam ser comprovadas.

“[...] , pois é só sentindo na pele que nós sabemos como é ruim estar do outro lado da mesa (...) [...]”.

Saber como se sente um paciente internado certamente não faz parte de nenhuma disciplina do currículo do curso de medicina, aprender a medicina passando por uma experiência em que se pode observar o ponto de vista de um paciente também não.

“[...] ser paciente é sofrido, é humilhante, reduz a autoestima, entre outros sentimentos desagradáveis (...) [...]”.

“[...] eu senti na pele como é ser um paciente, suas expectativas, seus medos, suas angústias, e seus raros momentos de felicidade (...) [...]”.

A Vivência Hospitalar pode proporcionar este encontro e ajudar os acadêmicos a mudarem seus paradigmas, revendo conceitos e preconceitos, mas acima de tudo, enriquecendo com humanismo e empatia o currículo médico.

A maioria (80%) dos estudantes que participaram da vivência nunca foi internada anteriormente. E dos que já foram internados, cerca de 90% o fez em hospital particular. A vivência é uma atividade voluntária, e apenas dois alunos se recusaram a participar.

A grande aderência dos alunos pode ser refletida no grau de aprovação da experiência, uma vez que todos os relatórios expressaram a avaliação positiva da atividade, e muitas vezes reforçam a necessidade de que todos os profissionais da saúde passem por experiência semelhante.

“[...] mudou minha forma de encarar a medicina e a relação médico-paciente como um todo [...]”

“[...] terminou ali uma experiência completamente nova para mim e terminei este relato confessando que deitado naquela cama, vulnerável e sem expectativas, eu realmente estava me sentindo doente (...) [...]”.

Ainda, os “alunos-pacientes” fazem menção em seus relatos à medicina dos doentes, valorizando o paciente como um todo:

“[...] é necessário passar por tudo isso para além de nos conscientizarmos de que nosso paciente não é uma doença ou um número de leito, mas também para nos conhecermos e vermos até onde aguentamos (...) [...]”.

“[...] muito pode se obter de informação de um paciente quando a conversa é franca e sincera, mas isso só se consegue com uma boa relação médico paciente, e nunca nenhum exame vai poder substituí-la (...) [...]”.

O depoimento de um aluno exemplifica bem essa necessidade:

“[...] percebi que há milhares de formas de ajudar e que na faculdade nos ensinam apenas algumas falíveis (...) [...]”.

A experiência de médicos como pacientes já provou ser motivadora de mudanças no comportamento e atitude de vários médicos. Um exemplo é o do criador da idéia de se desenvolver uma sistematização no atendimento a pacientes vítimas de trauma, que surgiu na cidade de Auburn, Nebraska, em 1976, com o Dr. James Styner. Depois de um acidente, o Dr. Styner teve de acenar para um carro e pedir que ele e seus filhos fossem levados para o hospital mais próximo. O pequeno hospital rural estava fechado. O serviço de emergência foi aberto e o médico local chegou quase 10 horas depois do acidente. Por sorte, o Dr. Styner e seus filhos sobreviveram à tamanha espera. Dr. Styner ficou tão abalado com aquele atendimento que se motivou para mudar a abordagem do traumatizado mudo afora. Estava sendo criado o sistema ATLS – Advanced Trauma Life Support¹⁵.

“[...] acredito que ao final dessa experiência pude tirar verdadeiras lições de vida, tanto pessoalmente quanto profissionalmente. Aprendi um pouco do que se deve e do que não se deve fazer em um hospital, e também aprendi como é estar do outro lado da mesa (...) [...]”.

“[...] foi uma lição de vida, estou levando muito aprendizado para meu futuro em minha profissão [...]”.

Portanto, com a união de todos esses aspectos, conclui-se que os objetivos do trabalho foram alcançados e os resultados poderão servir de base para novos estudos e experiências, bem como servir de exemplo para que este modelo de técnica possa ser difundido e melhor analisado, tanto em esferas estatísticas, biológicas, sociológicas, antropológicas e humanas.

Conclusão

O presente artigo que teve como objetivo conhecer as percepções dos estudantes de medicina quando internados em um hospital universitário faz parte de um esforço da Disciplina de Relação Médico-paciente em promover um contato diferenciado entre os estudantes e os pacientes, proporcionando assim oportunidades de interação das formas mais variadas.

Os dados quantitativos do estudo se referem ao interesse dos pesquisadores em citar as aparições de determinados assuntos, que, após as leituras iniciais, se tornaram frequentes. Diante de uma diversidade tão grande de relatórios e de uma diversidade maior ainda de temas e assuntos, torna-se difícil categorizar todos e classificar cada menção ou característica de cada relatório. Foram escolhidos os assuntos que mais se

repetiram e, dentro destes, os de maior relevância ao tema proposto, bem como os que fazem correlação com os assuntos tratados em aulas teóricas.

A escassez de dados sobre pesquisas que envolvam a relação médico-paciente durante a formação médica retrata uma dificuldade em se ensinar técnicas de relações interpessoais e promoção de processos empáticos. Escolheu-se o ambiente hospitalar para a realização da vivência, pois o contato com os outros pacientes no hospital escola é mais intenso o que promove uma maior empatia. Por se tratar de uma atividade inédita, é pouco provável que existam referenciais teóricos que possam nortear uma análise mais minuciosa para uma possível comparação de dados ou sistematização de variáveis.

No entanto, essa escassez também é fator incentivador de novos estudos nesta área, incluindo uma adaptação dessa vivência para as Estratégias de Saúde da Família. Por se tratar de um assunto de caráter transversal, que todo médico deve ter conhecimento, estudar a Relação Médico-paciente do ponto de vista de um doente revela aos estudantes de medicina novas possibilidades de interdisciplinaridade, tornando a vivência de hospitalização uma ferramenta importante para o diagnóstico do bom funcionamento dos serviços prestados à população, além de ser uma excelente estratégia para promoção da empatia.

Referências

1. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(3): 647-654. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000300023>
2. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretriz Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2001 nov. 9. [acesso 2009 Maio 12]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
3. Ferreira RC, Silva RF, Aguera CB. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31(1). [acesso 2010 Ago.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0505.pdf> <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000100008>
4. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 008/2004, de 05 de agosto de 2004. Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2004 ago13. Seção 1, p. 25.
5. Cortopassi AC, Lima MCP, Goncalves IJ. Percepção de pacientes sobre a internação em um hospital universitário: implicações para o ensino médico. *Rev Bras Educ Med*. 2006; 30(2). [acesso 2010 Nov. 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022006000200006&script=sci_arttext <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022006000200006>
6. Freire P. *Pedagogia da autonomia - saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1997.
7. Coelho Filho JM. Relação médico-paciente: a essência perdida. *Interface Comun Saúde Educ*. 2007; 11(23): 2. [acesso 2010 Nov.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832007000300018&script=sci_arttext <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000300018>
8. Grosseman S, Stoll C. 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.
9. Taquette SR, Rego S, Schramm FR, Soares LL, Carvalho SV. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. *Rev Assoc Med Bras*. 2005; 51(1): 23-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302005000100015>
10. Ardigò A. *Corso di Sociologia Sanitaria i Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria*. Bologna: Università di Bologna; 1995.
11. Costa FD, Azevedo RCS. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um Olhar Qualitativo. *Rev Bras Educ Med*. 2010; 34(2): 261-269.
12. Hojat M. *Empathy: a key element in patient-centered care* Jefferson Scale of Physician Empathy. New York: Springer; 2007
13. Hojat M, Vergare M, Maxwell K, Brainard G, Herrine S, Isenberg G et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*. 2009; 84(9): 1182-1191. PMID:19707055. <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>
14. Hossne W. Relação professor-aluno: ética. *Rev Bras Educ Med*. 1994; 18(2): 49-4.
15. Collicott PE. Advanced Trauma Life Support Course: an improvement in rural trauma care. *Neb Med J*. 1979; 64279-64280.