

**CAROLINA STOLL**

**O ENSINO-APRENDIZAGEM DA RELAÇÃO MÉDICO-  
PACIENTE: ESTUDO DE CASO COM ESTUDANTES DA  
ÚLTIMA FASE DO CURSO DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade de  
Federal de Santa Catarina, para a conclusão  
do curso de Graduação em Medicina.**



03751926

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2005**

**CAROLINA STOLL**

**O ENSINO-APRENDIZAGEM DA RELAÇÃO MÉDICO-  
PACIENTE: ESTUDO DE CASO COM ESTUDANTES DA  
ÚLTIMA FASE DO CURSO DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade de  
Federal de Santa Catarina, para a conclusão  
do curso de Graduação em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Suely Grosseman**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2005**



# DEDICATÓRIA

*A minha mãe, que me ensinou a compaixão e a empatia e fez muito mais do que me apoiar durante a construção deste trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

Quero agradecer inicialmente aos pacientes que, durante meu convívio com a Medicina, me fizeram refletir sobre seu cuidado.

A todos os mestres que me inspiraram como médicos.

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Suely Grosseman, quem ensinou muito do que sei sobre relação médico-paciente e relação professor-aluno, nas inestimáveis horas que dedicou as minhas angústias, reflexões e sonhos.

A minha mãe, Norma Schrickte, minha primeira professora de relacionamentos humanos, a quem serei eterna devedora pela impagável ajuda recebida durante este trabalho.

A minha irmã, Daniela Schrickte Stoll, sempre dedicada em aperfeiçoar minhas habilidades comunicacionais em nossas conversas, por sua colaboração na confecção deste trabalho.

A Ricardo Schrickte Gielow, por sua excelente relação namorado-estudante do último ano do curso de Medicina, por seu amor incondicional e sua paciência.

A meu pai, Aluisio Stoll, modelo de médico para mim desde a minha infância.

A Sylvio Monteiro Júnior, meu segundo pai, por seu apoio e atenção.

A minha dupla de internato, Clarissa Araujo Cassol, pelo apoio e carinho.

A todos os acadêmicos que contribuíram com suas opiniões, tornando este trabalho possível.

# SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>iii</b>
<b>SUMÁRIO</b> .....	<b>IV</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>V</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>VI</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>3</b>
<b>3. MÉTODO</b> .....	<b>4</b>
<b>4. A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: CONCEPÇÃO E VIVÊNCIA DOS ENTREVISTADOS</b> .....	<b>6</b>
<b>5. O ENSINO-APRENDIZAGEM DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE – DA TEORIA À PRÁTICA</b> .....	<b>41</b>
5.1 – SOBRE O VALOR DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE .....	41
5.2 - QUANTO ÀS ATITUDES NECESSÁRIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE UMA BOA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE .....	42
5.3 – O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE	44
5.4 – ABORDAGEM DE PACIENTES COM CÂNCER OU ALGUMA DOENÇA INCURÁVEL .....	51
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>55</b>
<b>NORMAS ADOTADAS</b> .....	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>58</b>
<b>ANEXO 1</b> .....	<b>63</b>

## RESUMO

A relação médico-paciente é mediada pela comunicação e essencial para a anamnese, o diagnóstico e o tratamento. Estudos demonstram que a comunicação pode ser ensinada e muitas escolas médicas já a abordam de forma sistemática em seu currículo. Tendo em vista a importância do tema, o objetivo deste trabalho foi conhecer a percepção e as atitudes dos estudantes da última fase do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina quanto à relação médico-paciente e seu processo de ensino-aprendizagem. Trata-se de estudo quanti-qualitativo, tipo estudo de caso, realizado através de entrevista semi-estruturada com uma amostra de vinte e cinco acadêmicos do universo de quarenta e sete, selecionados aleatoriamente, por sorteio. Todos os entrevistados consideram a relação médico-paciente importante, mencionando vários benefícios desta, tanto para o médico, quanto para o paciente. Foi considerado importante demonstrar atenção, respeito e empatia, não ter preconceito, conversar com o paciente, cumprimentá-lo, escutá-lo, orientá-lo, utilizar linguagem acessível, além de olhar e tocar o paciente. Quanto ao processo de ensino-aprendizagem, os aspectos mais mencionados foram os exemplos (tanto do que fazer, quanto do que não fazer), os atendimentos realizados no dia-a-dia e os relacionamentos pessoais. Já atividades teóricas foram citadas com menor frequência. Sobre o ensino na faculdade, os entrevistados consideraram as aulas teóricas escassas e as aulas práticas por vezes negligentes. Muitos dos entrevistados manifestaram dificuldade em lidar com algumas situações e quinze destes (60%) gostariam que a relação médico-paciente fosse mais abordada durante o curso: através de maior ênfase, com aulas ou disciplinas sobre o tema, ou pela abordagem de situações específicas.



## SUMMARY

Every physician-patient relation is mediated through communication, which is essential to information gathering, diagnosis and treatment. Several studies report improvement in communication after educational interventions, while many medical schools teach communication skills at some point within their curricula. Considering the relevance of the subject, this study's aim was to understand Federal University of Santa Catarina last year medical students' attitudes towards the physician-patient relations learning process, through a quanti-qualitative study, with data collected by a semi-structured interview, from twenty five students randomly selected out of forty seven. The physician-patient relationship was considered important by every student, benefiting both the physician and the patient. They reported, as important in a medical consultation: attention, respect, empathy, a non judgmental attitude, establishing a conversation, listening, providing explanations, using language the patient can understand, besides greeting, touching and looking at the patient. Regarding the learning process, the students mentioned examples (what to do and what not to do), everyday practice and personal relations. Theoretical activities were mentioned less frequently. The students reported having insufficient theoretical classes about this subject and that practical classes sometimes neglected it. Some also reported difficulties in dealing with specific situations and 60% of them wished this theme was discussed more frequently during the medical course and suggested more emphasis, more classes, a module on the subject or teaching of specific issues.

# 1. INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente é a base da prática clínica<sup>1</sup> e envolve a arte da interação humana.<sup>2</sup> A interação entre o paciente e a equipe de saúde é mediada pela comunicação,<sup>3</sup> e esta é essencial para a anamnese, o diagnóstico, o tratamento e a educação do paciente.<sup>4</sup>

Vários estudos têm correlacionado uma comunicação eficiente com maior satisfação do paciente e do médico, adesão ao tratamento, decisões médicas mais apropriadas, melhores resultados terapêuticos<sup>5,6</sup> e menor incidência de processos por erro médico.<sup>7</sup>

Há muito tempo, estudos têm documentado que problemas na área da comunicação são importantes e comuns. Por exemplo, 54% das queixas dos pacientes e 45% de suas preocupações não são elucidados pelos médicos.<sup>8</sup> Problemas psicossociais e psiquiátricos são comuns na prática médica geral, mas estes diagnósticos não são feitos em até 50% dos casos.<sup>9</sup> Ainda, apenas pequena proporção das consultas inclui educação do paciente<sup>10</sup> e grande proporção dos pacientes não entende ou lembra o que o seu médico diz sobre o diagnóstico e o tratamento.<sup>11</sup> Uma pesquisa realizada com 1092 pacientes na atenção primária na Noruega, mostrou que 48% dos pacientes considerou a comunicação abaixo do ideal e quase metade dos pacientes sentia ter ganhado pouco ou nenhum conhecimento sobre o que fazer ou o que esperar em relação ao seu problema médico.<sup>12</sup>

Ao mesmo tempo, pesquisas educacionais têm demonstrado que ferramentas de comunicação podem ser ensinadas<sup>13-15</sup> e muitas escolas médicas já têm o seu ensino previsto no currículo.<sup>16</sup>

Nos EUA, projetos têm sido desenvolvidos para avaliar e melhorar o ensino da comunicação médica.<sup>16, 17</sup> A Comissão Educacional para Graduados Médicos Estrangeiros (*Educational Commission for Foreign Medical Graduates*), atualmente, administra um teste de habilidades clínicas, no qual um dos componentes aborda dimensões chave da comunicação médico-paciente.<sup>18</sup> O Comitê Nacional dos Examinadores Médicos (*National Board of Medical Examiners*) pretende implementar um teste simulado de uma consulta médica, parte do qual irá se deter no quesito comunicação, como um componente do exame de licenciamento médico dos Estados Unidos (*United States Medical Licensing Examination*).<sup>19</sup>

No Brasil, as novas diretrizes curriculares para o curso de graduação em Medicina, homologadas em 2001, contemplam a importância das habilidades de comunicação.<sup>20</sup> A Comissão Nacional de Residência Médica, em resolução publicada em agosto de 2004, deliberou que os concursos para admissão em programas de residência médica deveriam, se possível, incluir uma segunda fase, constituída de prova prática, já que “a avaliação das habilidades e comportamentos constitui elemento essencial à seleção do candidato”.<sup>21</sup>

Tendo em vista a importância da comunicação para a prática médica e a possibilidade de sua aprendizagem por meio de diversas estratégias, o objetivo deste trabalho foi conhecer a percepção e as atitudes dos estudantes da última fase do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina quanto à relação médico-paciente e seu processo de ensino-aprendizagem.



## 2. OBJETIVOS

**Objetivo Geral:** Conhecer a percepção e as atitudes dos estudantes da última fase do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina quanto a relação médico-paciente e seu processo de ensino-aprendizagem.

**Objetivos específicos:**

Identificar o significado atribuído pelos estudantes à relação médico-paciente;

Identificar a opinião dos estudantes sobre o seu relacionamento com os pacientes;

Identificar em que situações os estudantes sentem dificuldades de se relacionar com o paciente;

Identificar a atitude que os estudantes assumem frente a pacientes no ambulatório de Pediatria e a pacientes portadores de câncer ou alguma doença incurável;

Identificar como ocorreu o processo de aprendizado da relação médico-paciente dos estudantes em atividades curriculares e extra-curriculares;

Identificar as expectativas dos estudantes sobre o aprendizado da relação médico-paciente.

### 3. MÉTODO

Esta pesquisa foi desenvolvida utilizando os métodos quantitativo e qualitativo. O tipo de estudo foi o estudo de caso. Segundo Minayo, conforme citado por Grosseman,<sup>22</sup> a pesquisa qualitativa é a mais recomendada para estudar as qualidades secundárias, que não podem ser quantificadas: o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e valores dos seres humanos em suas ações e interações sociais. Já a abordagem quantitativa identificou a frequência com que os temas foram mencionados.

Os sujeitos de estudo foram selecionados do universo de quarenta e sete estudantes pertencentes ao décimo segundo semestre do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, de forma aleatória, através de sorteio e o tamanho da amostra foi de vinte e cinco estudantes.

O tema deste trabalho surgiu a partir da curiosidade da autora em conhecer a opinião de seus colegas sobre o processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. Em outubro de 2004, foi encaminhado projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, que recebeu aprovação em novembro de 2004. Foi então realizado projeto piloto com um estudante e verificou-se que o método não necessitava de alterações.

Partiu-se então para a coleta de dados. Os acadêmicos sorteados foram abordados pela autora mediante contato telefônico ou pessoal no próprio hospital universitário. Foi explicado o teor da pesquisa e, caso o estudante concordasse em participar, agendado um horário para a realização da entrevista. Apenas uma destas foi realizada na casa da entrevistada, tendo as demais sido feitas nas dependências do próprio hospital universitário, sempre em local reservado, na presença apenas da entrevistadora e do entrevistado, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cada sujeito de estudo escolheu um pseudônimo e apenas os pesquisadores tiveram acesso a sua identidade. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada em profundidade, gravada em fita cassete com posterior transcrição. O instrumento foi composto por um questionário com dados de identificação e um roteiro com perguntas abertas (Anexo 1).

Dos vinte e cinco estudantes sorteados, um não quis participar da pesquisa, alegando que não se sentia disposto a falar sobre este tema. Além das vinte e quatro entrevistas concedidas,

incluiu-se o projeto piloto na análise dos dados, já que não houve modificação do método, o que totalizou um total de vinte e cinco entrevistas.

A análise dos dados foi realizada pelo método de Análise-Reflexão-Síntese, preconizado por Patrício (PATRICIO, 1999). Segundo Grosseman,<sup>22</sup> a análise busca categorias e temas, investigando o que os elementos têm em comum, para posteriormente agrupá-los, classificando-os em categorias, a reflexão é uma reconsideração dos dados, de forma aberta, mediada pela sensibilidade e pela razão e a síntese integra os dados às diversas dimensões e contextos da vida dos sujeitos.

## 4. A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: CONCEPÇÃO E VIVÊNCIA DOS ENTREVISTADOS

Quanto ao valor da relação médico-paciente, todos os estudantes [25 (100%)] consideram-na **importante**. Alguns [7 (28%)] julgaram-na o **aspecto mais importante** da Medicina. Um colocou que esta nem sempre é imprescindível, dependendo da área de atuação do médico.

*Eu acho que a relação médico-paciente é muito importante. Muitas vezes até mais importante do que o próprio conhecimento teórico... o mais importante do tratamento é a relação médico-paciente. Mais importante mesmo do que os remédios, medicamentos. (Marcos)*

*...ela tem um peso maior do que teu diagnóstico, teu tratamento, é o que mais importa, mais interessa no teu trabalho. (Bruna)*

*Tem um filme muito famoso, Patch Adams, que mostra isso com muita clareza. Um rapaz que era o cabeça da turma, o melhor aluno, e fez um diagnóstico difícilíssimo numa paciente... mas não conseguia fazer a mulher comer. A mulher ia morrer, independente do fato de ele ter ou não a capacidade de fazer um diagnóstico bem feito... Então, o critério técnico, saber fazer um diagnóstico é bem importante, mas o relacionamento médico-paciente eu acho ainda mais importante. (Emílio)*

*...tem gente que chega até o final da faculdade, que não tem relação médico-paciente nenhuma... Tem pessoa que é fechada... que vai fazer Patologia, Radiologia porque não agüenta ver paciente na frente. E a medicina tem várias áreas, você não precisa só querer se relacionar com o paciente... Eu acho que a relação médico-paciente é importante em algumas áreas, em outras não. (Bob)*

Vários estudantes comentaram sua importância em relação ao **atendimento médico**.

*Eu acho que é o maior valor de toda a consulta médica, a relação médico-paciente. A partir do momento que tu consegues ter um relacionamento, tu vais conseguir tudo. Acho que é o principal, acho que esse é o grande objetivo da nossa profissão. (Salette)*



*A relação médico-paciente significa a base para a Medicina. Pra qualquer coisa que tu queiras... curar, aliviar, confortar, para ter contato com o paciente... tem que ter relacionamento com o paciente. É a base para qualquer coisa, senão nada vai para frente na medicina. (Hortência)*

*...cuidar de outros aspectos que hoje a medicina está perdendo, que é a parte psicológica do paciente. Hoje, a gente está fazendo muito exame complementar... muita tomografia, o paciente está ficando cada vez mais transparente... No entanto a gente está deixando de ver a alma do paciente. (Kiwi)*

*...tem que tratar ser humano e não doença. Então, não adianta você tratar um paciente e deixar ele aí jogado 20, 30 dias na enfermaria, triste, sozinho, abandonado... Pode não matá-lo, mas faz muito mal... Se nosso juramento é não causar mal para o paciente, a gente tem que pensar nisso também. (Emílio)*

Dois entrevistados (8%) consideraram a influência que esta relação pode ter na **vida do paciente**.

*Ter cuidado com as palavras, porque, às vezes uma palavra, uma frase mal colocada, pode mudar a vida do paciente. (Marcos)*

*...qualquer coisa que o médico diga pode influenciar na vida do paciente. Para melhor ou para pior. (Kiwi)*

Alguns discorreram mais sobre a **função** que tem essa relação, como estabelecer um vínculo de confiança com o paciente [17 (68%)], deixá-lo à vontade [3 (12%)], entender suas angústias [2 (8%)] e promover sua saúde [1 (4%)].

*Então, acho que a relação é tudo, para a gente poder criar um vínculo, ter uma circunstância que a pessoa confie em você. (José)*

*É uma forma de você lidar corretamente com a outra pessoa, e entender as angústias dela, e justamente, conseguir implementar tua prática médica, conseguir fazer todo aquele aspecto técnico que aprendeu, funcionar. (Chico)*

*Eu acho extremamente importante... principalmente para o paciente, para ele se sentir acolhido, se sentir olhado, respeitado. (Mel)*

*...é uma chave de um cadeado que permite que você passe pelas barreiras naturais que existem numa relação entre duas pessoas que não se conhecem. (Emílio)*

*Eu acho que a relação médico-paciente é o motivo pelo qual eu fiz Medicina... é a tradução da promoção da saúde, o modo pelo qual eu tento curar alguma doença, ou... tento mudar alguma coisa que beneficie a elas...(Débora)*

*...o médico também é um educador da sociedade... (Clara)*

Outros seis (24%), apesar de considerarem a relação médico-paciente importante, ressaltaram que ela deve estar associada ao **conhecimento médico-científico**.

*Eu acho que competência... senão tu tens uma ótima relação, mas é incompetente. Aí também não adianta..Picaretão assim tem muito.. tem um monte de gente aí que diz que é médico e atende e o povo adora. (Fortunato)*

*Tem que estudar, ter conhecimento... da Medicina, estar atualizado. Não adianta tu ficar fazendo condutas lá da época do “Epa”. Não vai adiantar nada, tu não vais ajudar o paciente, pode até prejudicar... A RPM isolada não vai fazer nada... Soma isso que o paciente tem muita informação agora. Aí tu não vais conseguir ter uma boa relação porque ele vai para a internet, ele vai ver... que o tratamento está errado. Aí passa um respeito ao paciente tu estar atualizado. (Flor)*

*E o paciente, por mais que ele seja bem tratado, por mais que ele tenha um médico muito queridinho, se não tiver o problema resolvido, se não for bem orientado... ele percebe que foi enrolado. O cara chegou, conversou muito bem, contou um monte de historinhas, bateu nas costas, um abraço, maravilha, muito gente fina, mas não soube abordar o problema dele. (Chico)*

Alguns estudantes refletiram sobre a **desigualdade** da relação médico-paciente.

*...o paciente vai estar fragilizado... vai contar toda a vida dele para você e você vai contar quase nada da tua. (Ben Hur)*

*...a relação médico-paciente é desigual. O médico sempre tem que levar em consideração que o paciente é uma pessoa vulnerável... e a vida dele está aberta para ti e tu estás no teu mundo, fechado, só observando a vida dele. (Marcos)*

*...uma relação de fragilidade e na mão da outra pessoa, que é uma situação que ninguém gosta de estar, depender de outra pessoa... O paciente já está fragilizado, tem uma série de medos, desconhece completamente o que tem e os tratamentos que vão ser oferecidos a ele, muitas vezes. É fundamental que ele tenha um suporte psicológico para passar por aquele momento. (Emílio)*

**Quanto às possibilidades do relacionamento médico-paciente,** os estudantes mencionaram seus vários benefícios, tanto para o paciente, quanto para o médico.

Um dos aspectos mais comentados [16 (64%)] foi sua influência na ***adesão ao tratamento***.

*Para qualquer tratamento dar certo, o paciente precisa acreditar que o médico está interessado na doença e no paciente. Senão, não vai cumprir com as tuas orientações, não vai tomar o remédio, se ele não confiar em ti. (Fortunato)*

*...sempre tentava mostrar que existia um motivo para aquele procedimento que estaria sendo realizado. De forma que ela também sentia que valia a pena investir aquele tempo... 4 vezes por dia, dar amoxicilina pro filho dela... (José)*

*...você esclarecendo o paciente, ele aceita melhor o diagnóstico e colabora com o tratamento... (Bruna)*

*O valor da relação médico-paciente é simplesmente a resposta que eu recebo daquele paciente... o paciente me responde com satisfação, com vontade de melhorar a saúde, de fazer um exercício físico, de regular sua alimentação ou qualquer coisa que beneficie a saúde dele... (Débora)*

Para outros [8 (32%)], ela própria é ***terapêutica***.

*...a relação médico-paciente, por si só é terapêutica. Quando você conversa com um paciente e trata-o bem... em uma boa parte das vezes, a gente consegue curá-lo ou aliviá-lo muito pelo simples ato de conversar, de escutar, de tocar. (Beatriz)*



*...o valor (da relação médico-paciente) seria o paciente melhorar mais rápido da patologia dele. Ele começa acreditando no médico, depois ele acredita nas convicções religiosas dele e associa tudo, e tudo contribui pra que ele melhore da doença. (Joaquim)*

Alguns estudantes mencionaram que a confiança gerada na relação médico-paciente seria importante para **obtenção de informações** durante a anamnese [6 (24%)], influenciando até mesmo no **diagnóstico** [5(20%)].

*Porque, a partir do momento que ele adquire confiança em você e vê que tu és uma pessoa séria e que está se preocupando com ele, aí eu acho que tu vais conseguir... colher informações, vai conseguir que ele se abra... (Salete)*

*...se tu não tens uma boa relação, eles não contam tudo o que eles têm, omitem bastante coisa... (João)*

*...muitas vezes é a chave do diagnóstico. Porque existem alguns planos que o paciente não confia no médico... e deixa passar alguma coisa que ajudaria no diagnóstico. (Joaquim)*

*...se você tem uma relação médico-paciente boa... você consegue explorar todos os aspectos da doença e também os que estão fora da doença, porque às vezes... tem fatores extrínsecos, fatores psicológicos, sociais, que estão relacionados àquela situação... (Emílio)*

A **satisfação do paciente** também foi mencionada por três dos entrevistados (12%).

*...dá para ver que eles ficam felizes... (Clara)*

*...eu faço algo de bom e o paciente me responde com satisfação... (Débora)*

Hortência, Zé e Clara (12%) lembraram que a relação médico-paciente é importante para que o paciente **entenda** sua condição. Andresa ainda comentou que "...a maioria das dúvidas que eles têm... em relação à saúde, vêm resolver com você".

*O paciente se dando bem com o médico... ele consegue muito mais entender o que a gente quer, entender a doença, entender como é que ele vai tentar se curar. (Hortência)*

Setenta e dois por cento dos entrevistados falaram também em **benefícios para o médico**. Na opinião de [7 (28%)] dos estudantes, uma boa relação médico-paciente possibilita **conhecer melhor a pessoa que se apresenta ao médico**, tanto no contexto da doença, quanto no da sua saúde.

*E para o médico, para poder ter uma noção mais completa da pessoa que ele está cuidando... tentar desvendar um pouquinho do mistério do paciente, além da doença física, saber o que ele está sentindo, o que ele está pensando, o que ele deseja fazer depois que sair do hospital, o que a família dele significa para ele, o que é a vida dele, sei lá... (Mel)*

*...ver o paciente como um todo e não só a doença específica que está tratando... (Bruna)*

*...uma das coisas que eu gosto na obstetrícia é que, enquanto a gente examina, a gente tem a possibilidade de ir conversando sobre a paciente, sobre o neném dela... Porque a gente pode passar dez minutos fazendo dinâmica e sair dali sem saber nada sobre a paciente. Agora eu posso fazer um exame durante três minutos, mesmo um toque, e sair dali sabendo muito sobre a paciente. E à medida que a gente vai perguntando da vida dos pacientes a gente pode aprender muita coisa com eles. Eu já aprendi a fazer vinho, já aprendi receita, já aprendi até sobre criação de pombos para competição. (Beatriz)*

Para 12% (n=3), outro benefício seria **maior satisfação** para o médico.

*Isso não só é bom para o paciente, como para nós, para quem atende. Pelo menos para mim, isso me traz uma satisfação muito grande... torna o trabalho mais divertido. (Beatriz)*

*Se eu faço algo de bom e o paciente me responde com satisfação... isso vai fazer com que eu me sinta mais recompensada, vai trazer uma satisfação maior... (Débora)*

*...é revigorante para um médico perceber que o paciente aderiu ao tratamento... e aquelas questões que você formulou como importantes: perder peso, parar de fumar, controlar a pressão... (Álvaro)*

Outros acham que um bom relacionamento **evita que falem mal do médico** [2 (8%)], **previne processos**[3 (12%)] e também ajuda a **manter a clientela** [5 (20%)].

*...até evitar qualquer dissabor, processos... o menor número de desgosto que tu vais ter, se falarem mal de ti pelas costas... que é muito comum... tem mais chance de alguém dizer: -"Mas não é do feitio dele, será que aconteceu alguma coisa, será que foi bem assim?" (Vítor)*

*...se tu não tens uma boa relação, eles... falam mal de ti para as enfermeiras. (João)*

*A sinusite geralmente tem história de 14 dias, que começou com uma IVAS. Então, a mãe diz assim: -"Ah, mas eu fui com 7 dias... no posto e não diagnosticaram". Não diagnosticaram, porque não tinha como diagnosticar... Se você esclareceu: -"quando a criança está com gripe, o sistema imunológico fica mais fraco, pode aparecer alguma infecção oportunista e que pode levar a alguma pneumonia, sinusite... Então traz para a gente reavaliar de novo". Se tu não falares isso... Com certeza o paciente vai falar que tu errasses o diagnóstico... (Vítor)*

*...essa é uma implicação da relação médico-paciente... ela é fundamental na questão médico-legal... evita problemas... Esclarecimento do que se sabe, do que o paciente tem, do que se espera esclarecer com os exames... (Álvaro)*

*...é o movimento que tu vais ter, é o tanto que os pacientes vão gostar de ti, e até o retorno financeiro... (Vítor)*

**Quanto às atitudes necessárias para o desenvolvimento de um bom relacionamento médico-paciente,** diversos aspectos foram mencionados, dentre eles demonstrar atenção [10 (40%)].

*Eu acho que (o paciente) gosta de quem dá atenção para as queixas dele, se mostra preocupado e faz alguma coisa sobre isso também. (Flor)*

*...por que é que tem um monte de gente aí que diz que é médico, atende e o povo adora? Porque eles dão atenção para o paciente, fazem o paciente se sentir cuidado... (Fortunato)*

*Não só demonstrar interesse... mas procurar realmente ter um interesse sincero... uma preocupação real em ajudar a pessoa. (Beatriz)*



*...se preocupar... tentar se envolver um pouco mais. Acho que é isso que faz um bom relacionamento do médico com o paciente. O que destrói a relação é essa coisa superficial... desconsiderar todo o resto, como se não tivesse uma pessoa de verdade, que demonstre ansiedade, medo... (Mel)*

*Atenção... nunca queimar nenhuma etapa do procedimento, não chegar direto e sentar ele para examinar... nem conversar com ele e já pedir RX. Fazer o ato médico, sentar, conversar, procurar olhar para o paciente, tocar, nem que às vezes ele só tem, por exemplo, dor de garganta... nem que seja pra fazer um teatrinho, tu auscultar o pulmão, palpar o abdômen, vai demorar menos de um minuto para fazer isso... para o paciente se sentir cuidado, se sentir com atenção, se sentir digno... (Vitor)*

Foram muito comentados elementos da **comunicação verbal**, como: se identificar [2 (8%)], cumprimentar o paciente [7 (28%)], chamá-lo pelo nome [4 (16%)], conversar [14 (56%)], escutar o paciente [11 (44%)], deixá-lo falar [5 (20%)], orientar [16 (64%)], perguntar se tem dúvidas [7 (28%)] e utilizar linguagem acessível [8 (32%)].

*Primeiro de tudo cumprimentar. Tem que ficar atento a queixa do paciente... Escutar bem, orientar, tentar tirar dúvidas, na hora de prescrever, escrever tudo certinho, o que ele precisa fazer, que a maioria dos pacientes não tem um nível de conhecimento igual o nosso. Nós temos que conversar e escrever, nas palavras que ele possa entender. (Andresa)*

*...cumprimentar o paciente, procurar se identificar com o paciente... Explicar quais os meios de se esclarecer o diagnóstico... (Álvaro)*

*...então, quando a gente dá essa abertura: -“Não, pode perguntar, tem alguma dúvida?”... eles se sentem à vontade... aí perguntam outros milhões de dúvidas... em relação a outras coisas diferentes. (Clara)*

*...tem que ouvir o paciente... Mas você tem que falar, explicar a doença, explicar o que está acontecendo, explicar porque você está pedindo exames, explicar como é que toma o remédio, porque toma o remédio. Você tem que ensinar o paciente. O que acontece muito é de chegar em emergência (o paciente) não sabe o que tem, não sabe porque toma aquilo. Então isso é um erro muito grande. Ouvir é importante, é óbvio que é importante, Mas falar também é muito*

*importante... às vezes coisas óbvias, explicar duas, três vezes, eu gosto de desenhar às vezes as coisas... (Emílio)*

*Eles (os médicos que agradam) deixam o paciente falar, não cortam o paciente, mesmo que ele queira falar da vizinha, da história que o primo dele teve igual e dizer: - “não, não, mas vamos falar de ti, não do teu primo”... eles conversam, dialogam, explicam, se vai ter uma cirurgia explicam, perguntam... se o paciente compreende o que vai ser feito com ele, compreende a doença, se entendeu a receita.... é o que acaba fazendo os pacientes gostarem mais... (Fortunato)*

*E, às vezes, o médico não tem muita paciência para explicar a medicação... Esse é um ponto que eu vejo que poucos médicos explicam mesmo.. e perguntar se o paciente tem alguma dúvida sobre aquilo.(Ben Hur)*

*...procurar me fazer entender, me aproximar do paciente em nível intelectual, em termos de vocabulário... procurar usar os termos mais próximos do padrão utilizado pelo paciente... (Álvaro)*

Alguns acadêmicos também mencionaram elementos da **comunicação não verbal**, como olhar [5 (20%)] e tocar o paciente [5 (20%)].

*Olhar para a pessoa, tocar nela... na hora de chegar, na hora de sair, tocar no ombro, tocar na hora de fazer os exames... e olhar a pessoa no olho. (Beatriz)*

*...tocar o paciente é muito importante, para você manter o toque humano, conversar, tocar, pegar na mão, abraçar, beijar, cumprimentar quando entra, quando sai... (Emílio)*

Os entrevistados também comentaram que o médico não deve se colocar como superior [4 (16%)]. A relação deve se dar de **“igual para igual”**, com **respeito** [7 (28%)], tratando-se o paciente **como um amigo** [7 (28%)].

*...se relacionando de igual, não um superior e alguém inferior... . É uma conversa entre amigos... (Salette)*

*...aquele dogma de que médico é o Deus, o intocável, eu também não concordo. Acho que médico é um profissional como outro qualquer... acho que não há profissão mais bela do que a nossa, pela importância dela, para salvar vidas, mas acho que a gente não pode se colocar num pedestal*

*acima do paciente. tem que se colocar como seres humanos...ter contato com o paciente como se fosse teu amigo... porque é médico, você não é melhor do que ele. (Emílio)*

*...não está diante de uma patologia e sim de um ser orgânico, espiritual... que tem alma... no mínimo ter respeito com a pessoa, é um ser humano que está ali. Não é um objeto que ele possa projetar seu conhecimento, fazer diagnósticos, para aumentar o ego do médico... (Kiwi)*

Além disso, foram mencionados: empatia [5 (20%)], ética [1 (4%)], boa vontade [2 (8%)], honestidade [4 (16%)], não julgar/não ter preconceito [4 (16%)], e confortar o paciente [1 (4%)].

*Ter empatia por aquele paciente, para conseguir entender um pouco mais o que ele está passando naquele momento... (Ben Hur)*

*...empatia, tu tens que tentar se colocar no lugar do paciente... (Hortência)*

*Eu acho que tem que ser ético, sempre se preocupar em não lesar de forma alguma o paciente, a família... eu acho que tem que tentar ser o mais correto possível... não agredir ou destratar a pessoa, negligenciar... (Flor)*

*Tem que atender com boa vontade... (Andresa)*

*Eu acho que tem que ser honesto... (João)*

*...tentar ouvir ele de coração aberto, mente aberta a qualquer tipo de coisa, tentar não ter nenhum tipo de preconceito... (Hortência)*

*...confortar quando eles precisam, acalmar quando eles estão ansiosos... (João)*

**Ao considerarem seu relacionamento médico-paciente, 48% (n=12) dos acadêmicos avaliaram-no como bom.**

*Na verdade eu acho que é muito boa a minha relação médico-paciente. (Beatriz)*



*Eu considero boa. Eu sou meio suspeito para falar, mas nenhum paciente dos que eu atendi, até hoje, de alguma forma reclamou para mim. (José)*

Outros 7 estudantes (28%) disseram que **procuram fazer o melhor**.

*Eu sempre tento, logicamente, ter uma boa relação com os pacientes. Independente de ser emergência, ou ser ambulatório, ou até mesmo no corredor do hospital... (José)*

*...eu tento respeitar o máximo o paciente e sempre estabelecer uma relação boa. Às vezes, eu consigo, outras vezes não, mas, em geral, eu acho que os pacientes saem alegres... (Bruna)*

Foram bastante mencionadas (24%) oportunidades em que os **pacientes se mostraram satisfeitos** pelo atendimento recebido.

*...as crianças que vêm, abraçam a gente no meio do corredor, os pacientes que tiveram filho, que eu fiz o parto, vêm mostrar a criança. Ah, isso eu adoro, é a coisa mais bonita que tem de ser vista. Bom, se eles lembram de mim é porque alguma coisa ficou marcada. E se não tivessem gostado, acho que não teriam falado comigo depois. (Hortência)*

*Tanto é que, depois que eu passei na enfermaria, o paciente sempre tenta agradecer de alguma forma, ou, às vezes, ficam tristes de eu ter saído... E já aconteceu de (o paciente) ter um restaurante, me oferecer jantar de graça... (Kiwi)*

*...os meus pacientes já me falaram que gostaram bastante de mim... (Bruna)*

Nesta reflexão, os alunos mencionaram atitudes que procuram tomar em seus atendimentos, as mesmas que consideraram importantes para o desenvolvimento de um bom relacionamento (já citadas em capítulo anterior).

**Quanto às limitações sentidas na relação médico-paciente**, 36% dos acadêmicos (n=9) mencionaram casos em que um **quadro psiquiátrico** ou alguma **doença orgânica** (como estados de coma e déficit cognitivo), prejudicam a comunicação.

*...o paciente agudamente enfermo, ou que tenha alguma seqüela neurológica, ou algum problema crônico que afete a interação com o médico... (Álvaro)*



Também foram citados casos de **doença psicossomática** [2 (8%)], **doença** grave ou terminal [4 (16%)], **câncer** [3 (12%)] e casos de **difícil manejo** [2 (8%)].

*...na emergência, (paciente) que inventou um outro problema, mas de fundo psíquico, geralmente, esses pacientes eu tenho dificuldade em manter um boa relação, porque... eu espero um paciente com queixas físicas... (Zé)*

*Com pacientes terminais... que você não tem mais o que fazer com o paciente, faz a medicação, tudo, mas eles não estão evoluindo bem. (Andresa)*

*...acho que é difícil também, tu pegar na mão... a pessoa está triste pra caramba... de repente ela vai te abraçar. E daí, o que eu vou fazer quando ela me abraçar? (Mel)*

*Sinto dificuldade na relação com o paciente quando ele tem uma doença difícil de tratar... O paciente com muita queixa, né? Você acaba fazendo o máximo por ele, e não melhora. Isso é difícil... Pela falta de resposta ao tratamento... É muito bom ver quando você trata um paciente e ele sai rapidinho. Isso é gratificante. (Joaquim)*

*...e outra dificuldade é o paciente que tá tentando muitas vezes, o tratamento não tem resolutividade, ele já chega com raiva... (Salete)*

As relações que se desenvolvem nos setores de **emergência** foram consideradas difíceis por oito dos entrevistados (32%), tanto pela grande demanda, quanto pelos casos que não são verdadeiras emergências.

*Nas emergências... você tem às vezes 30 pacientes lá fora esperando. Se você ousar passar meia hora escutando um paciente, você vai levar bronca do Staff, bronca do residente, você sabe disso, então você tem que tocar serviço... as emergências de uma maneira geral, porque a gente tem pouco tempo para se relacionar com o paciente e eles também geralmente vem com um quadro de ansiedade, de preocupação... (Emílio)*

*Ah, quando eu me sinto pressionada pelo tempo, pelas outras pessoas, quando não tem espaço adequado, quando... tem que tocar ficha, está cheio, emergência... (Clara)*

*...na emergência, são os pacientes difíceis de se comunicar, porque às vezes eles são mal conduzidos, eles vem de postos de saúde, estão esperando há seis meses, daí vêm numa emergência pedir um exame... (Kiwi)*

*Acho que mais na emergência, assim, quando é um paciente que não tem nada e aí tu tens que explicar para ele que ali não é o lugar para tratar aquilo, que tem que procurar um serviço básico de saúde, um posto de saúde, alguma coisa assim e eles geralmente não aceitam bem. (João)*

O **paciente** também foi citado como fator limitante para um bom relacionamento em alguns casos, por sua **personalidade**, seu **estado emocional**, seu **preconceito em ser atendido por estudantes** ou quando **exige uma determinada conduta**.

*...o estado emocional daquele paciente, naquele momento... Se o paciente não estiver disposto a me ouvir, também vai ser difícil. (Débora)*

*Talvez um paciente um pouco mais tímido, que não queira se expor muito, a gente tem um pouco mais de dificuldade em conversar... (Marcelo)*

*Claro que tu tens dificuldade de te relacionar com o paciente bêbado... Tem alguns que chegam aí extremamente agressivos... (Salette)*

*Ou o paciente já vem com raiva de médico... porque estava esperando tanto tempo, então ele já vem e descarrega tudo em cima de ti... (Kiwi)*

*Pacientes ansiosos é mais difícil... (Bruna)*

*Quando o paciente tem uma defesa. Quando o paciente não deixa eu me aproximar. Quando é um paciente que a gente faz uma brincadeira e ele não sorri... ou um paciente que já chega brigando... Ou com aqueles pacientes com um nível cognitivo mais baixo, por mais que você fale de forma simples, por mais que você tente se aproximar... ele não tem aquela empatia, ele não deixa você se aproximar... são muito apáticos e a gente não consegue conversar com eles, não consegue alcançá-los. (Beatriz)*

*...por a gente ser estudante, tem muito paciente que não gosta... tu falas que é estudante, ele não se relaciona muito. (Salette)*

*...quando tu estás de plantão na emergência e tem um paciente que quer um atestado e não tem motivo pra isso. Aí eu acho muito complicado ter uma boa relação médico-paciente. É uma situação errada. (Flor)*

*Ah, uma questão que me dificulta, quando eles me pressionam a fazer alguma coisa que... não seja a conduta correta: quando quer fazer uma cesárea, ou quando só tiver uma amigdalite viral e quiser antibiótico... Eu sempre tento explicar com a maior calma e (o paciente) não entende. Digo que tem que nebulizar: -“Ah, mas eu quero um raio-x!” (Vítor)*

Surgiram também temas que revelam **dificuldade do estudante** para se relacionar em alguns momentos, como: dependendo do *seu estado emocional*, quando *mais pessoas estão envolvidas*, quando o *paciente externa seus sentimentos*, para iniciar um *novo relacionamento* e com pacientes *idosos* .

*... meu estado emocional também. Acho que se eu não estiver preparada, se eu não estiver bem para transmitir alguma coisa naquele momento, vai ser uma relação dificultosa... ou quando mais pessoas estão envolvidas... eu tenho que negociar com a família, com a mãe, com o acompanhante, um tratamento, ou tentar explicar alguma coisa... (Débora)*

*...todas as situações eu tenho dificuldade. Em qualquer situação que o paciente se exponha um pouquinho mais, eu tenho dificuldade. Eu nunca me sinto preparada quando o paciente coloca um pouquinho mais do que ele está sentindo, do que ele está pensando, da dúvida que ele tem. Sei lá, qualquer coisa que venha à tona, dá um desespero. E agora, como é que eu vou lidar com isso... Toda vez que o paciente se expõe, eu tenho dificuldade. (Mel)*

*Eu sinto dificuldade no início, em começar, de como você abordar, de como conversar, de como você conseguir que o paciente entenda que naquele momento ali você pode ser uma ajuda pra ele. (José)*

*...eu particularmente tenho dificuldade... com pacientes idosos... Não sei se pela maneira como eu fui educado... àquela coisa de muito respeito ao mais velho. (Emílio)*



Em algumas situações, os estudantes sentem dificuldades em sua prática por **não terem autonomia** ou por **não conhecerem bem os casos que estão assumindo**.

*Ficar entre o staff e o paciente, tentar fazer uma ponte, tentar conciliar duas visões que são completamente diferentes, para não ficar ruim nem pra um, nem pra outro... Você quer fazer as coisas, não tem autonomia para pedir exames, encaminhar. O staff nem considera tuas hipóteses. Você discorda da opinião do staff, mas tem que passá-la para o paciente. (Ben Hur)*

*É tanta coisa, você não tem independência, você nem sabe o que aconteceu de fato na cirurgia, você nem sabe o que significa o tumor estar no fígado... (Mel)*

*...nas enfermarias, tu não está bem a par do que está acontecendo com o paciente ou tu não sabes até que ponto ele sabe do diagnóstico e tu não sabes o que dizer para ele... ele está desconfiado que tem uma leucemia... Aí ele pergunta: -“O que o senhor acha que eu tenho?” Tu estás mentindo, que ainda não sabes nada. Mas na verdade tu já sabes alguma coisa. (Vítor)*

**Ao refletirem sobre as atitudes frente à pacientes com câncer ou alguma doença incurável**, alguns acadêmicos buscam dar **apoio e atenção** a eles [3 (12%)] e a família [2 (8%)].

*Tentar dar o máximo de apoio. Esses paciente às vezes estão mais carentes, daí você tem que dar uma atenção maior. (Ben Hur)*

*...sempre procuro conversar, fazendo todo o exame físico bem devagar, bem detalhado, mostrando que eu tenho interesse... quero mostrar que eu posso ajudar de alguma forma... estou ali, presente, converso. (José)*

*...ajudar e tentar minimizar os efeitos que isso pode ter numa família, na questão psicológica... ajudar a família a entender... (Álvaro)*

Neste sentido, eles procuram **conversar e fornecer explicações** ao paciente, além de oferecer **conforto e consolo**.

*...eu sempre converso, o que está acontecendo.. o que ele acha daquilo, o que ele está sentindo falta, se estiver no hospital, por exemplo, o que ele acha que seria melhor para ele. (Ben Hur)*

*...tenho uma tendência a explicar melhor a situação para o paciente. (Débora)*

*...consolar ele. Tem aquela frase “curar às vezes, consolar sempre”. (Kiwi)*

Alguns costumam conversar também **sobre outros assuntos**.

*Todo dia me contava que tava com saudades dos passarinhos dele em casa, que queria voltar para casa e várias coisas... A gente conversava muito sobre isso, conversava menos sobre a doença... (Flor)*

*A gente sempre procurava conversar sobre outras coisas, que não a doença... Abordar família, filhos... coisas que gostassem de fazer: crochê, tricô, programas na televisão que gostassem de assistir. (Beatriz)*

Um dos entrevistados **evita tocar no tema da doença**.

*Naqueles pacientes que tem um quadro já terminal... nem tento abordar muito essa questão do paciente terminal com o paciente... Porque, às vezes, o paciente já ta naquele estado debilitado, não quer muito tocar no assunto, já sabe da situação dele, não adianta muito tu ires lá e querer falar mais ainda tudo que incomoda ele. (Marcelo)*

Muitos acadêmicos ressaltaram a importância de um maior **cuidado** na relação com estes pacientes.

*A gente tem que abordar esses pacientes de uma forma especial. Porque o paciente está totalmente frágil. (Kiwi)*

*Sempre tentar abordar a questão da doença de uma forma delicada, humana, de uma forma que você possa mostrar que também é sensibilizado por aquela situação que ele está passando... sempre num primeiro momento, tem que criar um vínculo... ir devagar, conversar, fazer uma relação boa, de confiança... (José)*

*Eu acho que tem que agir conforme o paciente está levando... tem que ter muito “feeling”, digamos assim. Tem que ver a atitude do paciente. Se ele está muito triste, tentar animar, mas aí tu não vais chegar brincando. (Vítor)*

*Eu acho que nesse caso tu tens que esquecer todos os teus problemas, fazer um esforço muito maior, porque aquele é um paciente muito mais frágil, muito mais vulnerável que a maioria dos outros pacientes. Então, naquele momento tu tens que ter um autocontrole muito maior, no sentido de lembrar, de saber como se expressar, de ter paciência, de ter cuidado, de ter carinho. (Paulo)*

Alguns estudantes lembraram do valor da **esperança** [4 (16%)], da **fé** [2 (8%)] e de se **motivar o paciente** [4 (16%)].

*Então, eu acho que tem que expor para o paciente a situação dele... dar esperança para ele... mostrar que tem tais remédios, tais cirurgias, tais quimio, radio, que possam ser feitas, que a gente vai tentar de tudo, vai se esforçar até onde o paciente quiser e até onde a gente puder. Acho que sempre tem que dar esperança pro paciente... (Fortunato)*

*Procuro sempre dar uma esperança... Não iludir o paciente, mas procurar sempre tomar uma atitude positiva... Porque se até a gente demonstra que desistiu, nenhum paciente vai se ajudar, nem o efeito placebo. E existe uma grande influência do humor do paciente na resposta imune dele. (Beatriz)*

*...eu acho que você tendo fé, você consegue absolutamente qualquer coisa... Então, se eu acho que de alguma forma o paciente se apegue a isso, eu incentivo ele a fazer isso... –“Você tem fé em Deus? Você acredita em Deus? Então reza”... E tem vários estudos científicos provando a questão da fé, tentando relacionar o pensamento positivo a acontecimentos fisiológicos... (Emílio)*

*A minha conduta é de incentivar o paciente, fazer um papel meio de psicólogo. (Joaquim)*

Outros falaram sobre a importância de se **promover a qualidade de vida** do paciente ou de **minimizar seu sofrimento**.

*...sempre o que a gente tem que se preocupar é com a qualidade que ele está tendo, quanto que ele está curtindo a vida dele, pelo menos ele possa, até o final da vida dele, não ter dor, ver os*



*parentes, as pessoas que ele ama, poder ver o filminho que ele gosta, ouvir a música que ele gosta, poder caminhar, ver o sol, poder fazer as coisas o máximo possível, trabalhar enquanto for possível, até ficar acamado, claro, mas tentar ter qualidade de vida, eu acho que é mais importante. (Fortunato)*

*Eu acho que a gente tem que se preocupar de ele não sentir dor, estar bem, aproveitar bem os últimos momentos da vida dele... tentar deixar ele com a melhor qualidade de vida que puder naquela hora. (Salette)*

*Eu acho que médico se preocupa muito com doença, se preocupa muito com morte e a morte é inevitável... Eu acho que a posição do médico num primeiro momento tinha que ser preocupação em melhorar a qualidade de vida do paciente. e a relação médico-paciente é a base para você conseguir isso... Então, não é só prolongar a vida, a gente tem que prolongar a vida, mas com qualidade. (Emílio)*

*...a família tem trânsito livre. Eu imagino que deve ser muito importante poder nas últimas horas dele estar junto da família. (Emílio)*

Foi abordada a possibilidade de deixar o paciente **morrer na própria casa**, ao invés de em um leito de hospital.

*E se o cara não tiver cura realmente e tiver como ficar em casa, vai para casa, vai morrer em casa. Porque eu acho que não tem cabimento um paciente em estado terminal ter que ficar no hospital... sozinho, lidando com gente estranha. (Emílio)*

*...o médico falou... –“ eu acho legal ter uma morte digna em casa, eu vou liberar ele com morfina, vou ver ele toda semana”... Eu achei bem melhor, porque hoje em dia ninguém mais morre em casa, né? (Vítor)*

Quatro entrevistados (16%) procuram remediar a situação, tentando fazer o paciente se sentir melhor.

*A partir do momento que ele tem consciência que a doença dele não é curável, é conversar com ele o seguinte... vou botar numa situação hipotética: se não existir tratamento para ele, como não existia alguns anos atrás para a maioria das doenças, ele já teria tido o fim da vida dele naquele*



*momento. E por uma intervenção, ele conseguiu, de repente, passar mais 6 meses, 1 ano, 1 ano e meio, 2 anos trabalhando, de volta com a família dele, etc, pra ele ver o valor que isso tem. (Chico)*

*...sempre dizendo para ele que vai dar tudo certo... a maioria dos pacientes que eu vejo por aí acredita. Ninguém quer morrer. Eles negam muitas vezes a doença... O meu papel é esse, dizer para eles: não, vai dar tudo certo, a gente está fazendo o máximo que pode por você... (Joaquim)*

*...para o paciente que tem consciência de que está com uma doença terminal... que não tem um bom prognóstico, eu procuro sempre passar a idéia do imediato: -“Oh, não pensa no depois... não vive o amanhã, vive o hoje”... (Aidé)*

**Quanto à revelação do diagnóstico**, oito estudantes (32%) ressaltaram que esta **responsabilidade não é sua**, mas sim do médico ou residente. Mesmo assim, emitiram uma opinião, quando perguntados sob a situação hipotética de já serem médicos. Muitos deles [6 (24%)] manifestaram **insegurança** frente a estas situações.

*...a gente conversa com o paciente e tudo, mas nós não temos a responsabilidade ainda, né? (Joaquim)*

*Olha, como a gente ainda não se formou, geralmente eu prefiro observar o profissional responsável... do que eu mesmo fazê-lo. Não só por eu não ser responsável por ele, mas como eu não tenho essa experiência. (Paulo)*

*Geralmente eu deixo essa parte para os residentes e para os médicos. Ainda bem que eu ainda sou doutoranda... (Salete)*

*Já teve situações que eu tive que dar o diagnóstico e eu acho que talvez seja um dos momentos que eu mais me sinto inseguro durante a prática médica, sei lá, a gente não é muito acostumado a lidar com morte. (Fortunato)*

Quatro estudantes (16%) acreditam que o diagnóstico **deve ser revelado**, enquanto três (12%) mencionaram o direito do paciente ser informado sobre sua vida (e sua morte) e quatro (16%) deles afirmaram que gostariam de saber sobre seu diagnóstico, caso se encontrassem nesta situação.

*Acho que deve ser revelado sempre, nunca deixar de revelar o diagnóstico para o paciente. Tem milhares de formas de fazer isso e eu acho que a dúvida é muito pior que a certeza. Então, se o paciente puder lutar desde o início, consciente da gravidade da situação e da responsabilidade dele, acho que vai ser uma forma mais digna e também tranqüila de passar por esta situação de doença. (Débora)*

*Eu acho que a gente não deve esconder a doença do paciente, não deve esconder, a gente tem que expor. Nenhum paciente é muito burro, fica a família toda chorando por trás, o paciente pensando o que está acontecendo. (Fortunato)*

*Eu revelo, eu acho que não tem porque não revelar, mesmo se a família pedir... eu acho que o paciente tem o direito, não é a família que decide se o paciente tem que saber ou não... eu vou revelar no momento adequado... O paciente tem que estar em condições para saber... Pacientes que têm uma depressão associada... compensar e depois você fala pro paciente. (Bob)*

*...ele tem total direito de saber. Afinal a vida é dele, né? Eu acho que a gente tem que ter um pouco de autonomia pela nossa vida... Porque, de repente, ele tem desejos e expectativas... ele não tem mais tempo para realizar depois. E ele tem todo o direito, se ele quiser fazer agora. (Salette)*

Dezoito acadêmicos (72%) acham que **depende**, cada caso devendo ser avaliado individualmente. Alguns estudantes procuram conhecer **o que o paciente quer saber** [6 (24%)] ou respeitar a **opinião dos familiares** [4 (16%)]. Outros [9 (36%)] acreditam que o diagnóstico não deve ser revelado em casos de **instabilidade emocional**. Joaquim acha que a revelação só deve ser feita em **casos de bom prognóstico**.

*... eu tento pescar dele o que ele quer ouvir... é ele que vai dar essa resposta pra gente. Por isso que eu acho que a relação médico-paciente é importante. Porque se eu souber o diagnóstico de câncer e simplesmente tiver uma conversa técnica com ele, eu não vou conseguir pescar, não vou conseguir saber o que ele quer receber de mim. (Flor)*

*Alguns pacientes não querem saber sobre a condição deles. Então eu espero ter sensibilidade para diferenciar aqueles pacientes que não querem saber, daqueles pacientes que querem saber... Agora se o paciente não estiver na condição de compreender... ou se eu vejo nele um desejo de*

*não saber... Eu não contaria... A família ficaria ciente, desde que ele coopere com um tratamento, eu não contaria. (Beatriz)*

*Então, eu acho que é uma coisa que tem que ser revelada, mas respeitando o interesse do paciente, também. Porque tem pacientes que, às vezes, não querem saber... (Chico)*

*...deve ser... respeitada a opinião da família, principalmente quando o paciente é um pouco mais idoso... Eu já vi na enfermaria, a família pedindo, implorando para o médico não contar que é um câncer maligno... porque o parente já tem uma história de depressão... e o médico respeita a vontade da família, sempre procurando o bem para o paciente... (Bruna)*

*... só se é uma pessoa que: -“Ah! Vou me matar por causa disso”. Tu já vê que ela é uma pessoa instável, que não tem a menor condição de suportar uma notícia... fora isso, ele tem total direito de saber.( Salete)*

*Eu acho que é variável... muitas vezes não deve ser revelado... depende do paciente, porque uns... vão se apavorar tanto, que não vale à pena. (Zé)*

*Depende de cada caso... Se for um câncer que esteja bem na fase inicial, que é curável, conta... Conta porque tem grande chance de sobrevivência e a pessoa vai reagir bem... (Se for um caso terminal)... não conta, senão vai começar a somatizar e daí, além da neoplasia... “ah, vou morrer, vou morrer”. E isso, eu acho, de uma forma ou de outra, piora a qualidade de vida do paciente... (Joaquim)*

Vários entrevistados comentaram a **forma de revelação** do diagnóstico. Alguns acham que a verdade deve ser revelada **gradativamente** [6 (24%)], de forma **amenizada** [8 (32%)] ou **primeiramente para os familiares** [9 (36%)].

*...explicar da melhor forma possível, me colocar no lugar e pensar como é que eu gostaria de receber a notícia. (Salete)*

*Mas colocar aos poucos e fazer o paciente perceber que o quadro dele é um pouco mais sério... fazer ele entender da seriedade do problema... Mas aos poucos, nunca chegar, abrir a caixinha de surpresas e falar: -“você tem isso”... (Chico)*



*...procurar ser sutil, não magoar, não chocar muito... contar aos poucos... tu contas uma parte... dá uma noção do que está acontecendo, deixa ele desconfiado... para ir preparando... (Paulo)*

*Se ele perguntar, não mentir. -“Ah, eu vou morrer?” Tu podes dar uma aliviada assim: -“um dia, todos vamos morrer”. (Flor)*

*...eu chego falando devagarzinho, talvez eu bote a palavra tumorzinho no meio, que de certa forma ameniza um pouco, vou contando o que ele tem... (Hortência)*

*Acho que é importante avisar a família antes. Até para ela estar preparada psicologicamente, dar um suporte emocional... (Clara)*

Emílio acha que o próprio **familiar deve dar a notícia** (4%), enquanto outros 3 entrevistados (12%) acreditam que a **revelação deve ser feita pelo médico**.

*Se eu tivesse um câncer... eu ia querer saber o que era. Mas eu preferia que fosse por alguém em quem eu confiasse mais do que o médico... Então... viesse o meu pai me dizer: -“olha! você tá com câncer”... eu preferiria que tivesse sido armada uma situação mais confortável... para me contar... Então, como eu acho essa conduta correta, eu a tomaria. Falar com a família que conhece o paciente, ver o que eles acham melhor fazer, como eles acham melhor eu dizer, se acham melhor eles dizerem... (Emílio)*

*...acho que deve ser feito por médicos, pelo médico que cuidou... que mais esteve próximo daquele paciente... que esteve a par de todos os exames do paciente, que tem certeza do que está falando. Acho que não tem que ser um familiar, tem que ser alguém que realmente passe... tudo que aquele paciente tem. (Débora)*

*...depois você, como médico... deve explicar as reais condições... se tiver junto um familiar, tudo bem... (Clara)*

Enquanto discorriam sobre suas opiniões, os acadêmicos mencionaram **condutas** que observaram e consideraram **inadequadas**.



*Eu já vi coisas em enfermarias assombrosas... um paciente com câncer no pênis, ia ter que fazer uma penectomia... Um cara com uns 40 anos de idade, e o médico... tinha que contar do resultado do exame, nós estávamos passando visita juntos... e ele: -“Nós vamos ter que cortar fora.... tu agora vais ter que fazer xixi com canudinho... porque não tem outro jeito...mas vai ser rapidinho, é uma cirurgia tranqüila, não te preocupa”, virou as costas e saiu. E eu fiquei aqui, olhando pro paciente, não sabia se eu andava, se eu ficava, se eu ria, se eu chorava... porque eu achei um absurdo... Falta de preocupação total e absoluta... Eu me choquei bastante com aquilo. (Emílio)*

*Tem muitos casos que eu já... presenciei... a gente sabe que... é um câncer e o paciente acha que sempre teve uma ferida no estômago... Então ele agora está apresentando uma manifestação tardia, uma metástase... e ele não sabe que teve um câncer... E eu acho que isso é um extremo também... A pessoa tem que saber o que tem. (Álvaro)*

*Agora nunca vou fazer que nem... alguns professores nossos que são terríveis. Entram porta adentro e joga o diagnóstico na cara, nunca viu o paciente na vida, e sai dali como se nada tivesse acontecido. Ou como aconteceu com a filha desse paciente, que depois dele ter tirado um pedaço do estômago... descobriram que o câncer estava no fígado também... Aí ele falou assim pra ela: -“Mas foi só de mentirinha, porque o câncer já estava no fígado”. E saiu, sabe o que é isso? A mulher ficou chorando. Daí da vontade de pegar a mulher no colo... E colocam a gente em cada situação... Tipo uma que eu vi também: -“A sua filha tem HIV... A senhora tem que fazer com que sua filha não transe mais, hein... Segura sua filha, ela não deve mais transar. Senão vai ficar espalhando por aí o vírus”. Aí ele pegou, levantou e saiu e deixou a mulher chorando. É muito comum deixar as pessoas chorando. Acho que é horrível. (Mel)*

*Tinha um paciente que já tava 2 meses internado... era autônomo, pai de família, morava no interior, era agricultor e precisavam dele pra sustentar (a família)... ele tava internado só para esperar uma exame... eu peguei esse paciente na 2ª. feira e conversei com os residentes responsáveis... -“Oh, tem que marcar o exame”. -“Ah, vai ser marcado”. Chegou na 3ª feira: -“Está marcado”? -“Ah, é verdade, tem que marcar”. E o paciente perguntando: -“Como é que vai ser, quando vou poder ir pra casa”? Já quase chorando. A mulher dele chegou chorando. Aí chegou 4ª feira: -“Ah, a gente esqueceu de ligar, vamos ligar hoje, mas tem que achar o telefone primeiro”. Chegou na 5ª feira e nada. Aí eu me irritei. Foi bem feia a briga com a residente. Aí ela disse que se ele quisesse, era pra ele procurar um serviço particular... ele que pague três mil reais se está com tanta pressa. Que eles estavam fazendo o possível. Só que ninguém estava fazendo nada! Era só pegar o telefone e ligar. Eu até perguntei: -“Querem que eu ligue? Eu vou*

*atrás do telefone, tento marcar”. – “Não, isso é por nossa conta”. E o paciente angustiado. Aí ela falou assim: - “ tu não tens que ver o paciente como um todo, tu tens que ver... o físico, o que tu podes resolver”. E isso me ofendeu um monte... Eu acho que é isso que é relação médico-paciente. Tem que se preocupar como um todo.*

**Sobre os atendimentos realizados no ambulatório de Pediatria,** 52% dos estudantes (n=13) consideram-nos fáceis ou agradáveis, enquanto 20% (n=5) julgam-nos difíceis e 16% (n=4) acham que requerem mais paciência. Cinquenta e seis por cento dos estudantes (n=14) procuram brincar durante a consulta, buscando, nas palavras de Salette “entrar no mundo da criança”. Trinta e seis por cento dos acadêmicos (n=9) mencionaram a importância de se esclarecer os pais a respeito da saúde de seus filhos.

**Em relação à forma como se dá o processo de ensino-aprendizagem,** vinte e um dos estudantes (84%) mencionaram o aprendizado com **modelos**, observando o comportamento de médicos, professores, residentes, colegas e outros profissionais da saúde, em diversas circunstâncias, como em estágios extra-curriculares e durante o próprio internato. Nesta reflexão, o aprendizado aparece como o que fazer (**modelos positivos**, mencionados por vinte (80%) dos estudantes) e o que não fazer (**maus modelos**, citados por quinze (60%)).

*...pela observação. Com o passar dos anos a gente vai vendo os profissionais que conseguem estabelecer um bom relacionamento e vai aprendendo alguns pontos... (Chico)*

*Eu lembro... os primeiros estágios eu olhava para os outros interagindo com as crianças e ficava: - “Meu Deus, que legal! Eu nunca vou conseguir fazer isso”. Então, eu acho que com o exemplo dos outros... seja residente, staff ou até outros estagiários. (Flor)*

*...sempre procuro orientação, sempre procuro ajuda dos residentes, e dos chefes também, daqueles que são mais próximos e que tem uma capacidade de conversar com os pacientes... (José)*

*Acho que através de exemplos... alguns que eu olhava, achava legal copiar, outros que eu olhava, achava horrível e deixava de lado... Se tivesse bons exemplos de como fazer, a gente pelo menos teria inspiração pra proceder da mesma forma... Como é difícil ver algum médico que dê um bom exemplo de relação médico-paciente, a gente fica meio perdido. Se sente inseguro, tem muito*



*medo... E ninguém diz pra gente como seria o correto, ninguém fala nada! Se tu não para pra pensar, acha que aquilo é o normal e segue fazendo igual. (Mel)*

*Eu vejo assim: -“Meu Deus, isso eu não quero fazer”. Então, a gente aprende tanto com os bons exemplos, como com os maus exemplos. No caso, tu tens que ter discernimento. Porque tem aqueles que olham os maus exemplos e acham o máximo. (Hortência)*

*...então fui desaprendendo. Porque eu fui ensinada em um momento da faculdade e depois fui vendo os exemplos que eu tinha... a maior parte... não tinha relação médico-paciente... E agora no final é que eu vim a reaprender, porque eu comecei a observar alguns médicos que tinham um relacionamento muito bom... (Beatriz)*

Dezessete dos estudantes (68%) mencionaram o aprendizado através da **prática**, nos **atendimentos realizados no dia-a-dia** [14 (56%)], nos **estágios extra-curriculares** [9 (36%)] e no **internato** [3 (12%)].

*E o grande ponto, acho que muito importante, é botar isso em prática... é bem evidente as pessoas que na aula prática... se escondiam, não fez nenhum estágio porque não queria se envolver... A gente vê a dificuldade que essa pessoa tem de abordar um paciente. (Chico)*

*É aprendida na prática, atendendo paciente, vendo... e plantões... A gente não aprende lendo, né? Isso é uma coisa que tem que aprender metendo a cara. (Fortunato)*

*(Aprendi) mais na prática, nesses vários estágios que eu fiz, aos pouquinhos. Eu lembro, os primeiros estágios eu olhava pros outros... e ficava “Meu Deus, que legal! Eu nunca vou conseguir fazer isso”. Eu acho que os estágios contribuíram muito pra mim, porque eu não cheguei no internato tão crua. Eu acho que já me ajudou a entrar em contato com o paciente, ele ser teu paciente, tem isso de tu seres o responsável, tu teres que colher a história dele de alguma forma... Dá pra desenvolver bem isso (no internato), talvez até melhor do que nos estágios que eu fiz, que no geral eram estágios de emergência e que não valorizam muito isso. Eu acho que nos estágios dá para aprender a lidar com o paciente. (Flor)*

Quarenta e oito por cento dos estudantes (n=12) mencionaram o aprendizado ocorrido através de atividades teóricas, em *aulas* [9 (36%)] ou em *leitura de livros ou artigos* [6 (24%)], enquanto 16% (n=4) acreditam que **não é possível** um ensino teórico.

*A gente não aprende lendo, né?! Isso é uma coisa que tem que aprender metendo a cara... Não dá pra dar isso numa aula teórica, não tem como escrever isso. Tem que ver, tem que acompanhar. (Fortunato)*

*Talvez não fosse fácil fazer isso numa sala de aula, você tem que fazer “assim ou assado”. (Mel)*

*... isso ninguém ensina... é uma coisa que a gente pega na prática... quanto mais paciente você vê... mais aprende... acho que a gente aprende no dia à dia. Não tem um professor que vai ensinar relação médico-paciente... Aprendi na emergência... nas enfermarias, aprendi errando também. Já briguei com pacientes... Eu acho que isso não é teórico, é prático. (Bob)*

Outro fatores citados como influentes no aprendizado foram: os **relacionamentos pessoais** [11 (44%)] a **opinião dos pacientes** [7 (28%)] e **vivenciar o papel de paciente** [5 (20%)].

*...nosso relacionamento com os nossos pais... irmãos, amigos. Sempre tem aquele amigo que está com um problema... vem pedir um conselho... Eu sempre dizia para todos os caras, quando eu era monitor: -“vai fazer festa, vai conhecer gente”, eu acho que isso é uma maneira de a gente vivenciar relação... se a gente é uma pessoa que está só voltada em livros... a gente não vai ter feeling na hora de conversar com alguém... (Fortunato)*

*Eu comecei a observar aqueles que os pacientes diziam “Nossa, mas esse é muito bom! Eu adoro ele!” E eu via que a pessoa não era tão boa tecnicamente. Mas mesmo assim ela tratava muito bem os pacientes, os pacientes se sentiam satisfeitos porque ela tinha um relação muito boa, ela tinha um carinho, um cuidado especial... Eu comecei a observar essas pessoas e comecei a fazer isso. (Beatriz)*

*...eles têm muita raiva de médico que não olha nem na cara do paciente e já prescreve alguma... e também têm muito repúdio com relação ao médico que não toca no paciente. Eu já ouvi paciente falar pra mim, na enfermaria: -“Legal que você vem todo dia, me examina... porque o outro médico parece que tem nojo de mim, não quer me examinar”. (Kiwi)*



*...nas vezes em que eu fui ao médico. (Zé)*

Trinta e seis por cento (n=9) acham que ter ou não uma boa relação médico-paciente é algo **individual**, vinculado a personalidade de cada pessoa.

*Muitas vezes o paciente começa a chorar... Então, você saber, naquele momento botar a mão no ombro, dizer algumas palavras de conforto... isso faz parte do aprendizado da relação médico-paciente que muitas vezes não acontece na sala de aula. É uma coisa que... você já tem embutido. (José)*

*...boa parte é uma consequência da vocação, do conhecimento e da tua vontade de ajudar os outros. (Paulo)*

*...depende de pessoa para pessoa... umas têm uma relação médico-paciente inerente... outras, por mais que tenha contato, fiquem anos dentro do hospital, nunca vão ter uma relação perfeita. Porque é inerente da pessoa o fato de se comunicar bem... ter uma empatia melhor com o paciente. (Marcelo)*

Três entrevistados (12%) falaram também sobre a importância da **relação professor aluno**.

*Eu acho que a relação médico-paciente, se constrói um pouco também em função da relação do professor-aluno. Se tu tens um professor que está próximo de ti, te olha, te respeita, sabe como tu és, como tu gostas de lidar, no que tu acreditas em relação à própria doença... a própria saúde... Se ele te respeita... considera o que tu pensas, tu ías ter vontade de fazer com o teu paciente também... falo de muita gente aí, que se sente tão desrespeitado, desvalorizado, que acaba praticando a mesma coisa com o paciente... tipo assim, o professor detona o aluno, o aluno detona o paciente. Daí cria uma hierarquia absurda... sempre achei que a relação médico-paciente se desenvolve... a partir da relação do professor com o estudante, que eu acho que também é falha. Os professores estão... muito distante dos estudantes aqui na universidade. Daí fica difícil também. Não tem ninguém pra te abraçar, como é que tu vais abraçar alguém? (Mel)*

*...não escolhi meu orientador à toa. Eu escolhi ele porque... ele é muito humano. Sabe muito bem construir uma relação médico-paciente. Às vezes eu tenho a sensação de que ele consegue*

*construir até uma relação médico-aluno. Da maneira como... ele te ensina as coisas. Então isso é fantástico, sabe? Você ter oportunidade de aprender. (Emílio)*

*...o primeiro contato que a gente tem com a relação médico-paciente na faculdade de Medicina é a relação professor aluno. A maneira que a gente vê o professor se preocupando em ensinar o aluno... em saber o nome... e reconhecer aluno por aluno... dedicar tempo ensinando... acho que é o primeiro grande contato que a gente... pode se espelhar um pouco. A maneira que o professor trata a gente é a maneira que eu muitas vezes quis tratar meus pacientes depois... acho que tem uma relação muito semelhante, de professor aluno e médico paciente... não só acho, como pude comprovar na prática, muitas vezes o professor, a mesma maneira que ele tratava a gente, tratava os pacientes...(Fortunato)*

Cinco estudantes (20%) reportaram **refletir** sobre seu relacionamento com os pacientes.

*Depois quando você pára, pensa, consultou o paciente, àquela hora em que ele sai da sala, e tu começa a preencher prontuário, sempre tem coisa que pode melhorar. (Chico)*

*Eu já me peguei às vezes pensando, será que eu estou... não vou julgar o paciente... acho que é bem interessante esse tipo de coisa... Refletir durante o processo de entrevista médica sobre a relação médico-paciente. (Álvaro)*

**Em relação ao processo de ensino-aprendizagem vivenciado na faculdade,** 36% dos entrevistados (n=9) mencionaram as **aulas teóricas** que tiveram durante o curso e alguns deles as consideraram escassas.

*Em parte já é dada alguma contribuição teórica... Mas assim, está um pouco aquém da real necessidade... uma aula sobre relação médico-paciente em psiquiatria, uma aula em introdução ao exame clínico, a gente acaba vendo sobre isso, uma aula na pediatria preventiva e social, uma aula em psicologia médica também, mas ainda é muito escasso, né? (Álvaro)*

*...aquelas coisas que a gente teve na psicologia de transferência, contra-transferência, são importantes pra gente entender um pouquinho do que acontece... Eu acho que podia ser mais aprofundado... Ser falado mais. A gente teve uma aula de relação médico-paciente que eu me lembre, na psicologia... (Flor)*



Alguns [8 (32%)] lembraram do aprendizado ocorrido nas **aulas práticas**, enquanto cinco entrevistados (20%) consideraram que nestas se aprende pouca relação médico-paciente, ou até que se desaprende.

*... o princípio de tudo é nas aulas mesmo. Nas aulas práticas, que... o médico explica pra gente... como funciona a anamnese, vai conversando com o paciente e vai explicando pra gente o que ele está fazendo. (Ben Hur)*

*De todas as aulas práticas que eu já tive, essa foi a que mais me marcou... a gente teve um debate antes da aula sobre relação médico-paciente... então nós fomos lá pra sala, pra fazer a consulta, era um... paciente idoso, devia ter uns 80 anos, muito sisudo, muito sério, falava não olhando pra gente, falava brabo, monossilábico às vezes, porque não estava com a menor paciência pra responder aquilo tudo de novo, e a Dra. Y começou a conduzir a anamnese, fazer aquelas perguntas clássicas, nome, idade, quando chegou em procedência do cara... ela falou: -“ Ah! É uma cidade que tem plantações lindas!” Aí ele já levantou a cabeça. -“O senhor planta?” -“Ah, eu planto, planto isso, planto aquilo”. -“E como é lá?” “Ah, eu acordo cedinho professora... pego meu trator... minhas sementinhas... dou comida pros meus bichinhos”, começou a falar e começou a sorrir, brincar e todo mundo ficou envolvido naquela situação, todo mundo percebeu o quanto o cara tinha mudado e quem teve aula antes já sabia como é que era o cara... Quando ele terminou o relato dele, começou a chorar de maneira bem tímida... e a Dra.Y foi lá, tocou no ombro dele: -“O senhor está com saudade, mas vai voltar logo pra lá”. Continuou a anamnese e o cara se entregou completamente a ela, assim, em termos de conversar, de ter paciência pra gente fazer perguntas, pra gente examinar. Então saiu dali feliz... estava sorrindo quando a gente saiu de lá... Ela mostrou claramente que você leva 3 minutos pra escutar o cara e mudou completamente a conduta da anamnese... eu acho que todo aluno devia ter visto uma anamnese daquela... Porque aquilo ali é um exemplo claro de como a relação médico-paciente é importante. (Emílio)*

*...nas aulas práticas também, não é muito enfatizada... vai da formação do profissional. Tem alguns que consideram isso durante o processo de ensino-aprendizagem e acabam contribuindo com a formação do aluno. Outros, já negligenciam por completo... (Álvaro)*

*...quando você tenta fazer uma aproximação com o paciente... que fuja um pouco daquela receita de bolo da anamnese... você é cortado. Então, estou fazendo uma anamnese e o paciente fala: -“Ah, inclusive na minha cidade tem não sei o que”... você escuta um pouquinho. -“Pó, mas tais escutando isso porque?... (você está) se perdendo na anamnese... eu tenho que dar alta...”. Então,*

*você não tem a oportunidade de exercitar a relação médico-paciente. Isso é totalmente podado aqui dentro, não por todos, mas por vários médicos. (Emílio)*

*No ensino geral, na parte clínica, era muito pouca coisa que a gente via... aquela coisa de entrar os 12 num quartinho, pedir pro paciente se despir, mostrar alguma coisa e sair correndo, mais nada. Ninguém se preocupava se ele tava com humor, se já tinha contado aquela história 2.500 vezes, se ele tinha alguma queixa, ninguém se preocupava com isso. Poucas vezes alguém perguntou... E o próprio fato de botar 15 pessoas dentro do quarto para ver o cara, pelo amor de Deus, o que é isso? (Hortência)*

*As aulas da disciplina X que eram terríveis: 20 alunos em uma sala pra ver um toque retal num paciente... Então eu acho que houve um momento da faculdade que a gente desaprendeu completamente a relação médico-paciente. (Beatriz)*

Três acadêmicos (12%) mencionaram a importância do **internato** no aprendizado da relação médico-paciente.

*No internato eu acho que ajuda um monte. Porque tu fazes muita prática e, em muitos momentos, tu entras no consultório e o paciente é teu. Então tu tens que se virar... (Flor)*

Uma entrevistada (4%) considerou **bom e suficiente** o ensino da relação médico-paciente no curso: “Eu acho que eles ensinam bem. Na Psicologia, na Psiquiatria... durante as aulas práticas... Eu acho que a relação médico-paciente está sendo bem abordada durante o curso...”.

Nove estudantes (36%) acreditam que este **podia ter sido melhor** e dois (8%), acham que este simplesmente não ocorreu.

*Não tão bem como poderia ser... a Psicologia Médica dá uma pincelada sobre o assunto na quarta fase, mas é uma situação irreal que tu não tens o menor contato, tu não sabes nem o que é saúde, quanto menos doença. Então não acho que a gente aprenda da melhor forma possível. (Débora)*

*Acho que aqui na faculdade não estão abordando muito isso. Eles falam: -“ah, tem que tratar bem o paciente, tem que respeitar o paciente”, mas não passa disso. (Joaquim)*



*Essa questão teórica eu acho importante, tem que ser dado mais importância essa parte... (Marcelo)*

*Então, na nossa faculdade ela não é aprendida. Não existe uma disciplina, não existe uma aula, não existe uma matéria... Você aprende, quando tem vontade e quem tem vontade, observando os professores que se preocupam com isso. Porque ensinar, absolutamente, ninguém ensina. (Emílio)*

*A faculdade eu tenho certeza que não ensina e eu acho que não tem como ensinar. A faculdade te dá oportunidade de passar na emergência e ter contato com os pacientes. (Bob)*

Alguns acadêmicos refletiram sobre o fato de esta ser a primeira vez que param para pensar neste tema ou que são questionados a respeito dele.

*Acho interessante que nesse TCC é o primeiro momento... que sou questionada na minha relação médico-paciente. Isso de alguma forma é surpreendente. Porque eu nunca fui questionada sobre a forma como eu trato o paciente, se é isso que eu faço todo dia, se isso é Medicina? (Débora)*

*...acho bom esse tipo de TCC avaliando aluno de medicina... essa é uma boa maneira da gente poder talvez fazer uma auto-avaliação. (Fortunato)*

*... acho que é uma idéia bem legal... até pra quem está fazendo a entrevista, pára para pensar nessas coisas que a gente não tem... o que acham importante na relação médico-paciente. Não lembro de ter parado para pensar nisso. (Flor)*

**Quanto a sugestões para melhorar o ensino da relação médico-paciente**, quinze dos entrevistados (60%) gostariam que esta fosse **mais abordada**. Destes 73,3% acham que deveria ser dada **maior ênfase** a este tema durante a faculdade de Medicina, 26,6% gostariam de aprender sobre **situações específicas** e 20% sugeriram a criação de um **módulo ou disciplina** para abordar o tema.

*...eu acho que a faculdade deveria estimular mais, não só as habilidades técnicas... nunca lia nada sobre relação médico-paciente, apesar de ler muito sobre insuficiência cardíaca, sobre câncer hepático... (Beatriz)*

*...acho que poderia ser dado um enfoque na relação médico-paciente em todas as áreas que a gente passa... cada disciplina tem suas particularidades, se você vai aprender Gastro e vai palpar um abdômen, porque não um médico me orientar a forma mais delicada e sensível de eu palpar um abdômen? ... se eu vou passar pela Onco, eu tenho que saber dar uma notícia desagradável, ou lidar com a dor. (Débora)*

*Deveria ter sido ensinado pra gente. No internato a gente está vivenciando isso... Na primeira semana que eu tava na clínica médica, 4 pacientes vieram me perguntar: -“eu vou morrer? minha doença é grave? que é que eu vou fazer agora? tem cura?” e eu não sabia o que responder... porque nunca ninguém me ensinou como fazer isso. Então... acho que os... professores deviam incluir isso na prática deles... Tem que ensinar também um pouquinho, como que a gente lida com estas situações difíceis... (Hortência)*

*...eu queria muito ter aprendido a informar uma paciente com uma doença grave, como chegar, como abordar.... na UTI, quando tinha a hora da visita, que o médico passava informações pros familiares, eu ficava observando, pra ver se eu aprendia alguma coisa, porque isso a gente não tem... Eu acho que a gente poderia acompanhar certos serviços para aprender... discutir mais morte no curso, a gente lida direto com morte e não tem nada no curso que fale sobre morte... Aprender a lidar mais com a morte, com o morrer das pessoas... (Salette)*

*O paciente oncológico... A gente não tem uma conduta, uma norma que a gente aprendeu na faculdade... a questão mesmo de revelar (o diagnóstico) pra ele, tu não aprendes isso... acho que falta um pouco de embasamento teórico... às vezes, tu não sabes o que fazer na hora... (Marcelo)*

*...discussão de casos éticos, como abordar um paciente com câncer, uma gestante que perdeu o neném, uma paciente que soube que é HIV positiva... Trazer um oncologista pra falar, trazer um obstetra pra falar... pelo menos saber conduzir certas situações. Porque eu tenho certeza de que muitos dos meus colegas, e eu inclusive, quando sair da universidade vão se deparar com uma situação que não vão saber como lidar. E aí? Quando a situação bater na tua cara... eu nunca me perguntei como vou lidar com uma mãe que chegar com um ultrassom mostrando anencefalia. O que é que eu vou dizer para esta mulher? ...tem muitos colegas meus que vão fazer obstetrícia, que nunca pensaram nisso. Só vão pensar na hora em que ela chegar com o ultrassom na mão e tu abrir o ultrassom e der de cara com aquilo... (Emílio)*

*...eu acho que é fundamental... a introdução de um módulo... uma série de aulas em que isso seja melhor discutido e também embasado em questão de literatura. (Álvaro)*



*...isso tem que ser estimulado, a gente tem que ser mais bem preparado... é fundamental que seja mais explorado, mais explicado, mais ensinado para a gente... acho inconcebível que você conduza uma faculdade de medicina sem ter uma disciplina, uma liga, uma discussão... sobre relação médico-paciente. É tão absurdo para mim, quanto ter uma faculdade de medicina sem dar Exame Clínico, sem dar Clínica Médica. Impossível, eu acho que não dá para entender, sabe? Mas infelizmente é assim que funciona. Então, a minha sugestão pro curso é essa, que façam uma disciplina... uma cadeira específica... grupos de discussão... uma reunião a cada 15 dias, como uma liga... (Emílio)*

Três alunos (12%) gostariam que o relacionamento médico paciente fosse **mais valorizado pelos professores**. Álvaro ainda sugeriu que este seja **avaliado** durante o curso e Beatriz, em provas de residência.

*Eu acho que quando a gente tá na parte prática, os professores deviam prestar mais atenção nesse lado também. Não só no quanto tu conheces de determinado assunto, no teu conhecimento teórico, ou se tu sabes fazer um bom exame físico. Mas se tu trata o paciente com delicadeza, com carinho ou se tu és rude. (Paulo)*

*...se isso fosse mais valorizado na faculdade... se fosse mais cobrado... na faculdade... para entrar na residência... eu acho que as pessoas aprenderiam mais. Porque todo mundo aprende mais aquilo que é cobrado. (Beatriz)*

*...eu acho que deveria haver um módulo prático de aplicação e verificação da afetividade... Na verdade, o internato médico... (tem uma) avaliação afetiva, que inclui também o relacionamento interpessoal... mas a gente sabe que na prática isso funciona de uma maneira bem grosseira. (Álvaro)*

Três alunos (12%) acreditam que seria importante um **preparo dos professores**, para que pudessem abordar o ensino da relação médico-paciente.

*...professores velhos tentando dar uma boa forma de ter uma relação médico-paciente, se não é isso que eles fazem na prática diária... acho também complicado tirar esses médicos de ação... Então, teria que ter uma forma de melhorar isso com eles também... cursos, capacitação, reciclagem... Porque daí eles estariam mais aptos a passar isso pra gente também. (Hortência)*



Outros três (12%) sugerem que o ensino seja **mais vinculado ao período de vivência prática**.

*... Ética que a gente tem no básico... fica muito distante... da prática... Eu acho que precisava reforçar... mais para o final do curso. Que muitas coisas que a gente achava absurdo quando tava na primeira, segunda fase, quando a gente estudou ética, hoje em dia a gente vê nossos colegas fazendo e acha que aquilo é normal. E, às vezes, a gente precisa parar para pensar na ética, na relação médico-paciente, para não acabar ficando igual a essas pessoas. (Ben Hur)*

*Porque o estudante de medicina tem no começo do curso aquelas aulas de Antropologia, Ética, mas ele não sabe pra que serve. Agora, durante o curso, ele começa a ver que aqueles dados lá eram importantes, só que já passou. Então acho que deveria ser dado mais no final. (Kiwi)*

*E precisaria ser trazido mais pra perto da pratica... Daí tu nem lembras mais do que foi falado... vai pra pratica e aquilo não vai ser um conceito importante pra ti. Querendo ou não a gente esquece. Ou mesmo durante o internato... a gente faz aula de hemorragia digestiva, aula de parto, de cesárea, de amamentação... por que não uma da relação médico-paciente? (Flor)*

Também foram sugeridos contato mais precoce com os pacientes, contato maior com a comunidade e algumas atividades práticas.

*Eu gostaria de ter visto mais cedo... que isso tivesse sempre sido ensinado, aos pouquinhos... ao longo de todo o curso... eu teria aprendido com mais facilidade. (Beatriz)*

*...abordar o paciente mais cedo... se eu tiver começado mais cedo, quando chegar no sexto ano, já vou ter praticamente seis anos de contato com o paciente... teoricamente espera-se que eu tenha aprendido um pouco mais. (Chico)*

*...se a gente aumentasse nosso contato com a comunidade... Talvez se a gente conhecesse um pouquinho melhor a estrutura de saúde, de política de saúde, do lugar onde a gente vive, a gente fosse entender um pouquinho melhor as preocupações dos pacientes, a realidade social daquele paciente e talvez isso contribuísse também para nossa relação se tornar melhor. (Débora)*

*E ter bastante aulas práticas...Mas sob orientação, né? Não como muitos professores fazem, deixam a gente largado, fazendo a história... Pra eles observarem como a gente faz e depois dar as dicas. Se está certo, se está errado... (Salette)*

*...tem algumas técnicas da psicologia cognitiva, algumas técnicas comportamentais... que seriam metodologicamente fáceis de ensinar e que contribuiriam na relação médico-paciente.... a aplicação prática desses conceitos... porque isso é citado, a gente conhece... mas acho que do ponto de vista prático, alguma coisa a gente poderia aprender a utilizar. (Álvaro)*

Alguns entrevistados também refletiram sobre o enfoque que é dado a certas disciplinas, em detrimento de outras relacionadas a interação médico-paciente.

*...a gente leu muito pouco sobre a relação médico-paciente. Valia à pena... tem várias outras coisas que são menos... não que sejam menos importantes, mas que eu uso menos. E a relação médico-paciente eu uso todo dia, e não foi muito enfatizada. (Aidé)*

*... nenhum médico mais é anatomista, não existe isso... E nessas relações a gente precisa muito saber Antropologia... Qual é o valor que teve 14 créditos por semana de Anatomia? ...se a gente tivesse mais créditos distribuídos na parte antropológica... nas ciências sociais... Principalmente porque a gente lida com pessoas, não lida com cadáver, né? (José)*

*E o choque inicial da anatomia, quando a gente vê primeiro um morto pra depois entender as pessoas no meio dos vivos, acho que é a pior forma que a gente poderia encarar isso. (Débora)*

*Na medicina o primeiro contato que a gente tem é com cadáver... Então, a gente começa a ver pelo lado avesso. A gente vê cadáver, depois vê tecido, célula... Talvez fosse mais interessante... começar pelo ser humano inteiro e depois desmontar em órgãos, tecidos, células... (Fortunato)*

## 5. O ENSINO-APRENDIZAGEM DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE – DA TEORIA À PRÁTICA

### 5.1 – SOBRE O VALOR DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Existe um consenso entre os entrevistados sobre a importância da relação médico-paciente. Entretanto, enquanto alguns vêem uma função mais utilitária desta relação, no sentido da obtenção de informações e adesão ao tratamento, outros acreditam que ela, por si só, seja terapêutica. Os estudantes também mencionaram vários benefícios trazidos por um bom relacionamento, tanto para o médico, quanto para o paciente.

Vários artigos mencionam os benefícios da relação médico-paciente. São eles: maior precisão na identificação dos problemas do paciente;<sup>23</sup> adesão ao tratamento;<sup>16, 23, 24</sup> melhor entendimento pelos pacientes de seus problemas, das investigações conduzidas e das opções de tratamento;<sup>23</sup> menor incidência de queixas por erro médico<sup>7</sup> e maior satisfação, para médico e paciente.<sup>16, 23</sup>

Em uma revisão realizada por Stewart,<sup>5</sup> este autor observou que uma comunicação efetiva exerce influência positiva na saúde emocional do paciente, na resolução de seus sintomas, na melhora de parâmetros fisiológicos (como níveis pressóricos e glicemia) e no controle da dor.

Um dos estudos revisados<sup>25</sup> avaliou 235 pacientes com um novo episódio de cefaléia e encontrou uma chance de resolução desta após um ano 3,4 vezes maior para os pacientes que perceberam que a sua cefaléia havia sido completamente discutida com o médico (diferença estatisticamente significativa), controlando para 15 outras variáveis relacionadas (como duração, frequência, sintomas associados, diagnóstico orgânico, outros fatores de risco e fatores psicossociais).

Dois outros estudos revisados encontraram associações clínica e estatisticamente significativas entre maior comunicação (i.e o médico fazendo mais perguntas<sup>26</sup> e o paciente falando mais vezes<sup>27</sup>) e resolução de sintomas. Em um destes<sup>27</sup>, realizado com 215 pacientes hipertensos, foi avaliada a frequência de falas do paciente durante a história médica e a frequência de frases explanatórias pelo médico. Dos pacientes com uma alta frequência de falas, 68,9% apresentaram redução na pressão arterial (medida realizada na casa do paciente 2 semanas após a consulta), enquanto isto ocorreu com apenas 46,1% dos pacientes com um



baixa freqüência de falas ( $p < 0,05$ ). Os achados foram semelhantes para alta e baixa freqüência de frases explanatórias pelo médico.

Oito eram estudos controlados randomizados e considerados por Stewart como tendo alto grau de validade interna. Em dois destes,<sup>28, 29</sup> médicos recebiam treinamento em habilidades de comunicação e os resultados mostraram menor ansiedade e maior redução do sofrimento psicológico nos pacientes dos grupos de intervenção, quando comparados com os grupos controle ( $p < 0,01$  e  $< 0,05$  respectivamente). Em outros três,<sup>30-32</sup> os pacientes foram submetidos a uma sessão de vinte minutos para melhorar sua participação na entrevista com o médico e as habilidades para busca de informação. Houve associação entre estas intervenções e uma variedade de desfechos, dentre eles níveis de pressão arterial<sup>31</sup>, glicose sangüínea,<sup>31</sup> hemoglobina glicosilada<sup>32</sup> e grau de limitação física<sup>30</sup> ( $p < 0,05$ ). Em outro estudo,<sup>33</sup> realizado com 57 pacientes submetidos à cirurgia intra-abdominal, o grupo de intervenção recebeu visitas (uma pré e várias pós-operatórias), nas quais um anestesiologista educava os pacientes sobre a dor pós-operatória e o seu controle. Os pacientes do grupo de intervenção tiveram níveis de dor mais baixos, menor uso de narcóticos e períodos de internação mais curtos do que os sujeitos do grupo controle.

Ballint afirma ainda que “o remédio mais usado em medicina é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade”.<sup>34</sup>

## **5.2 - QUANTO ÀS ATITUDES NECESSÁRIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE UMA BOA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE**

Quase metade dos entrevistados [12 (48%)] avaliou seu relacionamento médico-paciente como bom. Foi considerado importante atender com atenção e respeito, demonstrando empatia e procurando não ter preconceito. Foram muito mencionadas medidas de comunicação verbal, dentre elas cumprimentar e conversar com o paciente, escutá-lo, orientá-lo e utilizar linguagem acessível, bem como elementos da comunicação não verbal (olhar e tocar o paciente).

As habilidades comunicacionais consideradas fundamentais para os médicos, de acordo com a literatura,<sup>16, 35, 36</sup> podem ser exemplificadas por uma adaptação do Kalamazoo Consensus Statement<sup>35</sup>, fornecida por Haq<sup>4</sup>:

### **1) abrir a discussão**

- apresentar-se e explicar seu papel;
- providenciar conforto para o paciente e reagir a aparente estresse (p.e. dor);
- elucidar a razão para a visita;
- permitir que o paciente complete seu comentário inicial sem interrupção ou comentário

de enfoque;

- estabelecer uma programação para a visita.

## **2) obter informação**

- uso equilibrado de perguntas abertas e fechadas;
- usar ferramentas de escuta ativa para facilitar que o paciente conte sua história (p.e. uso de facilitadores verbais e não verbais, solicitar esclarecimentos, parafrasear, frases para sumarizar)

- obter informação suficiente para ser capaz de descrever e caracterizar os sintomas que definem a doença do paciente;

## **3) entender a perspectiva do paciente**

- explorar o contexto (família, gênero, questões culturais, status sócio-econômico);
- conhecer crenças, medos/preocupações, expectativas e explicações do paciente;
- reagir com empatia e apoio aos sentimentos do paciente, de uma maneira não preconceituosa;

## **4) compartilhar informações**

- fornecer explicações claras e facilitar o entendimento do paciente evitando o uso do jargão médico;

- verificar o entendimento do paciente e fazer correções quando for apropriado;
- encorajar o paciente a fazer perguntas;

## **5) chegar a um acordo sobre os problemas e o tratamento**

- encorajar o paciente a participar do processo de decisão o quanto ele desejar;
- verificar a disposição e intenção do paciente em seguir o tratamento;
- identificar recursos e se envolver em resolução antecipada de problemas;
- negociar diferenças e, perspectivas, entendimento e objetivos.

## **6) finalizar a consulta**

- dar oportunidades adicionais para o aparecimento de preocupações ou para perguntas;
- fazer um resumo e afirmar concordância quanto ao plano de ação;
- discutir seguimento.



### 7) construção do relacionamento médico paciente

- um cuidado centrado no paciente, que enfatiza tanto a doença do paciente quanto a sua experiência enquanto doente;
- considerar a relação médico paciente como uma parceria e respeitar a participação ativa do paciente nos processos de decisão.

## 5.3 – O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

Quinze entrevistados (60%) gostariam que a relação médico-paciente fosse mais abordada durante o curso, através de maior ênfase, aulas ou disciplinas sobre o tema, ou pela abordagem de situações específicas.

Makoul afirma que as escolas médicas têm não apenas a oportunidade, mas a responsabilidade de ensinar e avaliar as habilidades de comunicação.<sup>16</sup> Uma resolução adotada em 1995 pelo Comitê de Acreditação em Educação Médica dos EUA (*Liaison Committee on Medical Education*) e pelo Comitê de Acreditação das Escolas Médicas Canadenses (*Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools*) diz que: “As habilidades de comunicação são fundamentais para a educação e o funcionamento eficiente dos médicos. Deve haver instrução e avaliação específicas destas habilidades, já que estão relacionadas a responsabilidades médicas, incluindo comunicação com pacientes, famílias, colegas e outros profissionais de saúde”.<sup>37</sup>

Vários estudos mostram melhorias na comunicação<sup>13-15</sup> e até em desfechos da consulta<sup>28, 29</sup> após intervenções educacionais. Alguns exemplos são mostrados a seguir.

Em um estudo feito por Yedidia et al,<sup>14</sup> alunos do terceiro ano de três escolas médicas americanas foram expostos a um novo currículo, que visava ensinar um grupo comum de habilidades de comunicação. Embora as habilidades de comunicação tenham melhorado, durante o terceiro ano do curso, tanto no grupo controle, quanto no da intervenção, a melhora foi significativamente maior nos estudantes expostos à intervenção.

Em uma universidade da Filadélfia, foi implementado um currículo para ajudar os estudantes a melhorar várias habilidades clínicas durante seu estágio em medicina interna no terceiro ano.<sup>13</sup> A cada período de quatro semanas, os estudantes escolhiam uma competência a ser trabalhada (educação do paciente, como modificar comportamentos prejudiciais, envolver pacientes no processo de tomada de decisão, aconselhar pacientes com problemas



relacionados ao estresse, tomada de decisões custo efetivas, prevenir e resolver conflitos com pacientes e colegas, entender e responder a reações pessoais quando estiverem cuidando de pacientes), revisavam o módulo sobre esta competência no *website* do estágio e realizavam uma revisão de literatura. Os estudantes deviam pedir a seu preceptor que exemplificasse e discutisse o desempenho da competência ao menos com um paciente e fornecesse *feedback* sobre o desempenho do estudante pelo menos duas vezes. Ao final de cada estágio, os estudantes deviam escrever sobre o que aprenderam nos artigos que leram, escrever uma análise crítica sobre o desempenho da competência escolhida com um paciente e responder a um questionário de avaliação. Em 81,5% dos questionários, os estudantes afirmaram ter experimentado uma melhora de moderada a importante na competência escolhida, durante o estágio de quatro semanas. Em mais de 85% dos casos, os estudantes afirmaram sentir-se confiantes a desempenhar esta competência “na maioria das vezes” ou “quase sempre”. A revisão da literatura e a oportunidade de observar seu preceptor desempenhando as competências foram os componentes do currículo mais freqüentemente indicados como úteis.<sup>13</sup>

A implementação de um novo currículo para ensinar habilidades da comunicação centrada no paciente, durante um estágio obrigatório na escola de Medicina da Universidade de Washington, foi bem aceita por estudantes e preceptores. A opinião dos estudantes a respeito da experiência foi positiva, tendo eles considerado que as habilidades adquiridas seriam valiosas na sua prática futura. Os preceptores ficaram entusiasmados em ensinar técnicas de comunicação centrada no paciente e muitos relataram que a revisão destas habilidades influenciou positivamente seus esforços de cuidar do paciente.<sup>15</sup>

No presente estudo, sobre o ensino da relação médico-paciente ocorrido na faculdade, os entrevistados consideraram as aulas teóricas escassas e as aulas práticas muitas vezes negligentes a respeito do tema.

As habilidades de comunicação vêm sendo ensinadas em diversas escolas médicas, de diversas formas. Uma pesquisa realizada nos anos de 1997 e 1998 determinou o *status* do ensino e da avaliação das habilidades de comunicação em escolas médicas nos EUA, Canadá e Porto Rico.<sup>16</sup> Das 115 escolas que responderam ao questionário, apenas cinco afirmaram que não ensinam comunicação além da anamnese. Das 89 escolas que responderam ao questionário sobre métodos de ensino utilizados, uma grande maioria (85,4%) informou que emprega uma combinação de discussão, observação e prática. Em ordem de freqüência, os

principais métodos de ensino utilizados são: discussões em pequenos grupos e seminários, apresentações orais, entrevista de pacientes simulados pelos alunos, observação dos professores com pacientes reais e entrevistas com pacientes verdadeiros pelos estudantes. Metade das escolas (44,9%) utiliza visitas (*rounds*) para ensinar habilidades de comunicação. Na opinião de Makoul,<sup>16</sup> estas representam uma excelente oportunidade para combinar o ensino de habilidades de comunicação e de experiência clínica, porém, sem uma estrutura de suporte para concentrar a atenção na comunicação, o ensino tende a ser inconsistente e ineficaz. Aproximadamente 40% das escolas informaram utilizar gravações em vídeo das interações dos estudantes. Segundo Makoul,<sup>16</sup> este seria um material importante para reflexão e auto-avaliação. Quanto aos métodos de avaliação dos estudantes, quase todas as escolas informaram que o fazem através de *feedback* pelos professores durante as sessões de ensino. Métodos de avaliação mais objetivos, como os que envolvem pacientes simulados são menos utilizados. Novamente, Makoul afirma que a confiabilidade e a efetividade da observação e do *feedback* tendem a ser comprometidas, a não ser quando fundamentadas em um roteiro consistente. Makoul<sup>16</sup> conclui que, enquanto as escolas utilizam vários métodos de ensino e avaliação, há uma falta de estrutura nestas atividades, já que apenas 31,6% das escolas afirmaram utilizar um modelo ou roteiro para o ensino.

No presente estudo, em relação ao processo de ensino-aprendizagem, os aspectos mais mencionados foram os exemplos (tanto do que fazer, quanto do que não fazer), os atendimentos realizados na prática diária e os relacionamentos pessoais com familiares e amigos. Já atividades teóricas, como aulas e leituras foram menos citadas.

Os estudantes comumente acreditam que aprender as competências para a prática da Medicina é simplesmente uma questão de prática, que eles podem fazer por conta própria.<sup>13</sup> Entretanto, este processo pode levar a repetição continuada dos mesmos erros.<sup>38</sup> O que se tem observado na prática é que a experiência, por si só, nem sempre resulta em melhorias nesta área.<sup>39</sup> Haq afirma que, sem atenção específica, as habilidades comunicacionais podem inclusive se deteriorar com o passar do tempo.<sup>4</sup> Mangione et al<sup>40</sup> observaram em seu estudo uma redução clínica e estatisticamente significativa no escore de empatia de estudantes de Medicina durante o terceiro ano de estudo.

Para Smith,<sup>38</sup> nos ambulatórios o aprendizado ocorre pela experiência, ainda que este seja um local onde tipicamente não se fornecem instruções de uma forma direta. Ele faz quatro recomendações para melhorar o ensino neste ambiente: (1) fornecer um roteiro sobre porquê,



quando e como desempenhar estas competências, (2) oportunizar a observação e o *feedback* sobre os desempenhos, (3) encorajar reflexões sobre suas experiências e a experimentação de novas abordagens, (4) reforçar a importância destas competências no cuidado de pacientes específicos. Para Haq,<sup>4</sup> os estudantes têm maior tendência a dominar as habilidades de comunicação quando as expectativas são explicitadas, as habilidades exemplificadas e os estudantes avaliados sistematicamente.

Esforços têm sido realizados buscando melhorar o ensino da comunicação nas escolas médicas. Nos EUA, foi criado o projeto Ensino Médico na Graduação para o século 21 (Undergraduate Medical Education for the 21st Century – UME-21),<sup>17</sup> com o objetivo de implementar e avaliar currículos inovadores para escolas de medicina, que oferecessem conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para um cuidado de alta qualidade aos pacientes, em meio ao sistema de saúde do século 21. Nos anos de 1997 a 2002, dezoito escolas participantes do projeto deveriam incluir inovações e objetivos de ensino em nove áreas, dentre as quais desenvolvimento de habilidades de comunicação e de relações eficientes entre cuidador e paciente.

Todas as 18 escolas participantes do projeto tinham o ensino de habilidades de comunicação incluído no currículo. Doze destas desenvolveram novos programas para melhorar as habilidades comunicacionais dos estudantes do terceiro e quarto anos. Algumas escolas reforçaram habilidades básicas de comunicação nos estágios clínicos. Outras proporcionaram oportunidades para a prática de habilidades avançadas, como lidar com assuntos delicados (sexualidade, violência doméstica), ou trabalhar com pacientes em situações desafiadoras (como dar más notícias, cuidados em pacientes terminais).<sup>4</sup>

Muitos dos acadêmicos do presente estudo manifestaram dificuldade em lidar com algumas situações, dentre as quais: atendimentos realizados nos setores de emergência; paciente ansiosos, agressivos, ou que exigem uma determinada conduta; pacientes portadores de doença grave ou terminal. Alguns sugeriram que estas questões fossem abordadas durante o curso.

As escolas participantes do projeto Ensino Médico na Graduação para o século 21 abordaram diversos temas: resolver conflitos com pacientes irritados, como negociar com pacientes que exigem testes diagnósticos, intervenções médicas e encaminhamento a especialistas, comunicação com um paciente que teve diagnosticado um câncer metastático inoperável, educar um paciente sobre resultados de testes diagnósticos recentes, aconselhar



pais de uma criança agudamente enferma, desafios em lidar com adolescentes e seus pais, como construir relacionamentos com pacientes de diferentes culturas, religiões e condições sócio-econômicas.<sup>4</sup>

Uma variedade de métodos foi utilizada por estas escolas para alcançar os objetivos de ensino. A maioria incluiu uma combinação de leituras, palestras, discussões e atividades em pequenos grupos (representação de papéis com pacientes simulados, interações com pacientes simulados, análises de consultas gravadas em fitas de som ou vídeo). Outros métodos também foram utilizados como: observar seu preceptor ou uma enfermeira conversar com um paciente sobre sua doença crônica; discutir com preceptores sobre como lidar com situações de conflito com o paciente; escrever sobre seus pacientes incluindo informações sobre as preocupações dos pacientes, o objetivo de sua visita e seu nível de estresse emocional; visitar pacientes portadores de doenças crônicas, para um maior entendimento das suas necessidades e de seus familiares; realizar uma apresentação em uma escola sobre a interrupção do tabagismo e tentar modificar um de seus comportamentos prejudiciais (*mal adaptive behaviors*). Os pacientes simulados (*standardized patients*) e a simulação de consultas médicas através da representação de papéis (*role playing*) permitiram que os estudantes observassem e discutissem seu próprio desempenho e o de colegas. Várias das escolas participantes iniciaram novos métodos para avaliar as habilidades de comunicação de seus estudantes. Estes incluíram exames clínicos objetivos estruturados com pacientes simulados (*objective structured clinical examination: OSCEs*), bem como *feedback* e perguntas baseados em gravações de consultas realizadas pelos estudantes.<sup>4</sup>

Haq,<sup>4</sup> em seu artigo sobre os resultados do projeto UME-21, conclui que: “Considerando-se os avanços no entendimento da comunicação em uma consulta médica e o desenvolvimento de vários métodos bem sucedidos para seu ensino e avaliação, cada escola é desafiada a desenvolver programas longitudinais práticos e compreensivos, para garantir que todos os estudantes adquiram habilidades de comunicação eficientes para a prática médica. Isto é um desafio e uma oportunidade para os educadores médicos trabalhando para ensinar a arte e a ciência da Medicina no século 21”.

Uma série de recomendações para o desenvolvimento e a implementação de programas de ensino e avaliação da comunicação foi gerada durante a Conferência Internacional sobre o Ensino da Comunicação em Medicina (Oxford, 1996):<sup>41</sup> o ensino e a avaliação devem ser baseadas numa ampla visão da comunicação na medicina; o ensino das habilidades de

comunicação e o ensino clínico devem ser consistentes e complementares; o ensino deve definir tarefas de comunicação centradas no paciente e ajudar os estudantes a atingi-la; o ensino e a avaliação da comunicação deve promover o crescimento pessoal e profissional; deve haver uma estrutura de ensino planejada e coerente; a habilidade dos estudantes em alcançar os objetivos de comunicação deve ser avaliada diretamente; os programas de ensino e avaliação devem ser avaliados; deve se apoiar e angariar recursos para o desenvolvimento de professores.

No presente estudo, alguns alunos gostariam que os professores valorizassem as habilidades comunicacionais dos estudantes, além das habilidades técnicas e do conhecimento científico. Um acadêmico mencionou que a avaliação da afetividade do estudante (que inclui avaliação de seus relacionamentos interpessoais), apesar de preconizada na teoria, quando realizada, o é de maneira inconsistente.

Segundo Makoul,<sup>16</sup> as habilidades de comunicação dos estudantes de Medicina geralmente são avaliadas de forma indireta, quando estes apresentam a informação que obtiveram de um paciente. Este processo poderia ser melhorado se os estudantes fossem rotineiramente questionados, não apenas sobre diagnósticos diferenciais, mas também sobre o conhecimento dos pacientes sobre seus problemas de saúde, como estes afetam sua vida e suas expectativas quanto ao cuidado médico. A comunicação é um componente chave da competência clínica e também deveria ser avaliada por observação direta. Instrumentos de avaliação confiáveis e validados cientificamente já foram desenvolvidos e deveriam ser incluídos como parte fundamental da avaliação das habilidades clínicas. Isto mostraria aos estudantes a importância que as escolas médicas conferem à comunicação com os pacientes.

Alguns entrevistados também sugeriram que o ensino do relacionamento médico-paciente fosse mais vinculado ao período de vivência prática. Dois estudantes reclamaram do fato de os professores enfatizarem uma anamnese do tipo “receita de bolo” durante as aulas práticas, não permitindo que o aluno desvie o foco do diagnóstico, nem que o paciente se manifeste sobre outros assuntos.

De acordo com Makoul,<sup>16</sup> o ensino das habilidades de comunicação e as experiências clínicas geralmente ocorrem em diferentes momentos da educação médica, o que pode reduzir a relevância do ensino da comunicação e o valor que os estudantes dão a ela. Os estudantes podem ser expostos a mensagens divergentes; por exemplo, os professores de clínica esperam que eles obtenham histórias médicas e façam perguntas específicas, enquanto os que ensinam



comunicação querem que eles façam perguntas abertas e sejam reflexivos. É importante que os clínicos com os quais os estudantes trabalham estejam conscientes dos pontos-chaves do ensino das habilidades de comunicação, as reforcem e exemplifiquem. Do mesmo modo, é importante que os professores da comunicação criem experiências educacionais que sejam altamente relevantes para a prática clínica.<sup>16</sup>

Três entrevistados deste estudo acreditam que seria importante um preparo dos professores, para que pudessem abordar o ensino da relação médico-paciente.

O aperfeiçoamento dos professores é um componente importante no desenvolvimento de um currículo para a comunicação e possibilita a revisão, discussão e prática dos métodos correntes de ensino e avaliação das habilidades de comunicação.<sup>4</sup> Enquanto muitos professores demonstram excelentes habilidades de comunicação a maioria desconhece as diretrizes atuais.<sup>4</sup> Conseqüentemente, o feedback dos professores para os alunos é altamente variável e inconsistente.<sup>42</sup> Inconsistências entre o que se aprende na sala de aula e o que se vê na prática pode levar os estudantes a concluir que as habilidades de comunicação não são relevantes no cuidado do paciente, desvalorizando as habilidades de comunicação.<sup>4</sup> Professores que entendem que uma comunicação efetiva não aumenta significativamente o tempo de atendimento, mas pode levar ao diagnóstico e tratamento mais precisos, evitar testes desnecessários, aumentar a satisfação e a confiança do paciente e diminuir as queixas por erro médico são mais propensos a demonstrar e a reforçar estas habilidades.<sup>39, 42</sup> Por fim, recursos humanos e financeiros são necessários para treinar os professores a desenvolverem um currículo longitudinal, compreensivo para ensinar e avaliar as competências dos estudantes sistematicamente.<sup>43</sup>

Na opinião de Haq, um desafio para o futuro é treinar os professores a servir de modelo em habilidades de comunicação efetivas, observar as interações dos estudantes com os pacientes e fornecer *feedback* confiável, criando um ambiente que demonstre e reforce consistentemente a importância da comunicação médico-paciente e que ajude os estudantes a melhorar suas habilidades.<sup>4</sup>



#### 5.4 – ABORDAGEM DE PACIENTES COM CÂNCER OU ALGUMA DOENÇA INCURÁVEL

Seis dos entrevistados (24%) relataram dificuldades no relacionamento com pacientes portadores de câncer ou doenças graves. Em um estudo americano realizado com residentes, 98.7% destes relataram pouco treinamento, conforto e habilidade em elementos importantes da comunicação com pacientes terminais. Oncologistas afirmaram que um dos aspectos mais difíceis da sua prática é a exposição repetida a doenças fatais.<sup>44</sup> Estes pacientes são desafiadores porque despertam sentimentos de impotência, frustração, confusão, raiva, incerteza, fracasso e tristeza.<sup>45</sup>

Block<sup>45</sup> comenta que, no cuidado de pacientes com doenças graves são comuns respostas emocionais tais como depressão, raiva, tristeza e medo no paciente e em membros da família, em resposta a más notícias. Entretanto, em geral estas respostas são temporárias, parte da adaptação a esta nova situação.<sup>45</sup>

Emílio comentou sobre esta situação, afirmando que uma má notícia sempre será uma agressão ao paciente, considerando normal que este reaja com choque nestas situações. Hortência considera o choro e a negação como participantes do processo de adaptação a uma má notícia. Já outros quatro acadêmicos procuram “animar” estes pacientes, encorajando-os a valorizar o dia de hoje e a não pensar no amanhã.

Em resposta à tristeza, pode ser tentador “ênfatizar o lado positivo”: encorajar o paciente dizendo que “não é tão ruim”, oferecer falsas palavras de conforto, ignorar deixas de preocupações psicológicas, mudar o foco da discussão ou sucumbir a tentação de dar falsas esperanças. Evitando assuntos difíceis, na tentativa de ser bom para o paciente, o médico pode fornecer informações errôneas quanto ao prognóstico ou passar a idéia de que não consegue tolerar ouvir as preocupações do paciente.<sup>46</sup> Block<sup>45</sup> afirma que, em geral, ouvir silenciosamente, encorajar o paciente a compartilhar suas preocupações e expressar empatia ajuda o paciente a reestabelecer o equilíbrio emocional.

Aceitar a ansiedade do paciente pode ser mais terapêutico do que tentar fazê-lo evitar este sentimento.<sup>47</sup> Saber quando agir, quando falar e quando ouvir, quando fazer algo e quando tolerar o sofrimento do paciente é uma importante tarefa do desenvolvimento.<sup>47</sup> Às vezes, o paciente pode precisar de um “lugar seguro” para discutir suas preocupações mais do que de uma medicação ou intervenção específica.<sup>48</sup> Ao invés de evitar uma discussão sobre a

morte com um paciente fora de recursos terapêuticos, o estudante pode descobrir que este se sente aliviado de conversar abertamente com alguém sobre seus medos.<sup>47</sup>

Block<sup>45</sup> afirma ainda que, geralmente, os pacientes precisam de encorajamento para compartilhar suas preocupações, porque eles temem estar chateando ou distraindo o médico. O objetivo destas conversas não deve ser parar o choro ou “tornar as coisas melhores”. Ao contrário, permitir que o paciente fale sobre seus sentimentos e preocupações e sua presença e o interesse do médico, geralmente alivia a tristeza e a depressão.

Ao refletirem sobre as atitudes frente à pacientes com câncer ou alguma doença incurável, os entrevistados neste trabalho buscam dar apoio e atenção, conversando e fornecendo explicações ao paciente, além de oferecer conforto e consolo. Alguns costumam conversar também sobre outros assuntos. Muitos acadêmicos ressaltaram a importância de um maior cuidado na relação com estes pacientes.

A habilidade do médico em ouvir e reagir com compaixão é um dos principais determinantes da satisfação do paciente e influencia o subsequente ajuste do paciente a doença.<sup>5, 49</sup> Os pacientes que têm preocupações que não foram abordadas têm uma maior tendência a ficarem deprimidos.<sup>50</sup>

Quando os estudantes deste estudo foram questionados sobre a revelação do diagnóstico, vários afirmaram que essa responsabilidade não é sua. Mesmo assim, emitiram uma opinião, quando perguntados sobre a situação hipotética de já serem médicos. A maioria acredita que a honestidade é importante e que a revelação do diagnóstico deve ser feita na maioria dos casos, salvo algumas exceções. Quatro estudantes (16%) acreditam que o diagnóstico deve sempre ser revelado, enquanto outros 18 (72%) acham que depende, cada caso devendo ser analisado individualmente, avaliando-se o que o paciente quer saber, a opinião dos familiares ou se o paciente demonstra instabilidade emocional.

Um estudo realizado com 23 pacientes com câncer internados na Clínica Cirúrgica e Hematologia no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina mostrou que aproximadamente metade conhece seu diagnóstico e que a maioria quer ser informada sobre sua doença, pelo seu médico, antes de seus familiares, conversando bastante, de maneira sincera e transmitindo esperança.

Lamont<sup>51</sup> encontrou que, mesmo que o paciente com câncer pergunte qual a estimativa da sobrevivência, os médicos fornecem uma estimativa franca em apenas 37% das vezes e não fornecem qualquer estimativa ou fornecem uma estimativa conscientemente supervalorizada



em 63% das vezes. Butow<sup>52</sup>, estudando pacientes portadores de câncer de mama ou melanoma encontrou que: 57% queriam discutir expectativa de vida, embora apenas 27% dos médicos o fez. Sessenta e três por cento gostaria de discutir os efeitos do câncer em outros aspectos da sua vida, mas apenas 35% informou ter tido estas discussões.

Embora os médicos se preocupem que muita informação, particularmente notícias desencorajadoras, possa causar estresse emocional ao paciente, um estudo com 335 gravações de primeira consulta com um oncologista não encontrou ansiedade aumentada em pacientes que receberam mais informação sobre o tratamento e o prognóstico.<sup>53</sup>

Vários entrevistados fizeram comentários sobre a forma de revelação do diagnóstico. Alguns acham que a verdade deve ser revelada gradativamente, de forma amenizada ou primeiramente para os familiares.

De acordo com Book,<sup>45</sup> não há um método ideal para a revelação de notícias perturbadoras ou para discutir diferentes aspectos do prognóstico, porque os pacientes diferem em como querem ouvi-las. Pacientes de diferentes culturas têm diferentes preferências sobre a revelação de um diagnóstico de câncer.<sup>54, 55</sup> Entretanto, todos os pacientes compartilham um desejo por respeito, honestidade e compaixão por parte dos cuidadores.<sup>45</sup>

Em um estudo qualitativo com 79 pacientes portadores de doença crônica terminal, juntamente com 68 familiares e profissionais da saúde, 2 aspectos da comunicação médica relacionada a “más notícias” tinham grande importância: solicitude para falar sobre a morte e habilidade de dar más notícias de modo sensível.<sup>56</sup> Má conduta na revelação de más notícias foi decorrente de ser muito rude, discutir as notícias em hora e local inapropriados para uma conversa séria e dar a impressão de que não havia esperança.<sup>56</sup> Os pacientes também mencionaram a importância de os médicos manterem um equilíbrio entre a sensibilidade e a honestidade a discussão sobre o prognóstico.<sup>57</sup> Eles valorizam a esperança e querem que os médicos sejam sensíveis nestas conversas.<sup>57</sup>

Makoul pondera que, trabalhar na área da medicina pode ser árduo, estressante e até mesmo prejudicial para a saúde do médico. Os estudantes devem ter a oportunidade de aprender a desenvolver o auto-conhecimento, além de estratégias para lidar com o estresse. Com planejamento adequado, este tipo de atividade pode acontecer em pequenos grupos de discussão. Além disso, métodos usados para o *feedback* devem encorajar os estudantes a refletir sobre seus pontos fortes e a identificar áreas em que podem melhorar. O ensino e a



avaliação que respondem às necessidades dos que aprendem tende a promover o cuidado médico que responde às necessidades dos pacientes.<sup>41</sup>

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método utilizado no presente estudo possibilitou alcançar os objetivos propostos. A abordagem qualitativa permitiu conhecer o processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente dos estudantes, além de suas percepções sobre sua interação com os pacientes, as dificuldades que enfrentam e suas idéias sobre o relacionamento ideal. A abordagem quantitativa identificou a frequência com que os temas foram mencionados.

A pesquisa qualitativa também possibilitou um aprimoramento de meus relacionamentos, dentre estes minha relação médico-paciente, por me ensinar a ouvir. Durante todo o processo da pesquisa, pude aprender muito com minha orientadora, com a revisão da literatura e com as entrevistas que realizei, alcançando não só o objetivo do trabalho de conclusão do curso, aprender a fazer uma pesquisa, mas adquirindo também um maior conhecimento sobre o tema.

Fiquei contente por encontrar pessoas que compartilham do meu interesse pelo assunto e principalmente por descobrir nos entrevistados uma preocupação em atender bem o paciente. Vários entrevistados acharam a pesquisa importante, alguns mencionaram terem gostado de conceder a entrevista, pois pararam, pela primeira vez, para refletir sobre o tema. Alguns ainda pretendem assistir à apresentação do trabalho, ou ler a respeito do assunto, pois a entrevista despertou neles, curiosidade. Também pude aprender muito através dos depoimentos que colhi, refletindo sobre o meu processo de aprendizado e meus relacionamentos com os pacientes.

Existe um consenso entre os entrevistados sobre a relevância da relação médico-paciente. Foi considerado importante atender com atenção e respeito, demonstrando empatia e procurando não ter preconceito, além de conversar com o paciente, escutá-lo, orientá-lo e utilizar linguagem acessível, olhar e tocar o paciente.

Em relação ao processo de ensino-aprendizagem, os aspectos mais mencionados foram os modelos observados (cujos exemplos faziam refletir sobre o que fazer e o que não fazer), os atendimentos realizados na prática diária e os relacionamentos pessoais com familiares e amigos.

Sobre o ensino da relação médico-paciente ocorrido na faculdade, os entrevistados consideraram as aulas teóricas escassas e as aulas práticas contraditórias a respeito do tema.

Durante seus depoimentos, percebe-se que a grande maioria se esforça no aperfeiçoamento da relação médico-paciente, procurando aprender com os modelos e melhorar no dia-a-dia. Quinze entrevistados (60%) gostariam que a relação médico-paciente fosse mais abordada durante o curso, através de maior ênfase, com aulas ou disciplinas sobre o tema, ou pela abordagem de situações específicas.

O que vejo é uma oportunidade, que merece ser aproveitada: estudantes interessados sobre o tema e motivados a aprender. Por outro lado, a maioria teve pouca orientação sobre as habilidades comunicacionais consideradas fundamentais para o bom exercício da Medicina e muitos desconhecem os diversos métodos através dos quais estas podem ser ensinadas. Citando novamente Makoul,<sup>16</sup> as escolas médicas têm a oportunidade, mas, acima de tudo, a responsabilidade de ensinar e avaliar as habilidades de comunicação, tendo em vista seus benefícios e sua importância.

O novo currículo do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, atualmente no quinto semestre, já insere um pouco mais de conteúdo relacionado a este tema. Espera-se que a relação médico-paciente continue sendo enfatizada, para que não se repita sua pouca ênfase nos últimos anos do ensino.

A partir das sugestões dos entrevistados, da revisão da literatura, enfim, de todo o processo de Análise-Reflexão-Síntese, surgiram propostas tendo como perspectiva fornecer subsídios para o aprimoramento do ensino-aprendizagem da relação médico-paciente durante o curso de Medicina. São elas:

- maior conscientização de médicos, estudantes e professores sobre o benefícios comprovados de uma boa comunicação com o paciente e da existência de métodos para seu ensino;
- criação de espaços para reflexão, mediados por professores ou médicos preparados, onde estudantes possam discutir seu aprendizado, seus relacionamentos e suas angústias;
- preparo dos professores, já que estes são indispensáveis no ensino das habilidades de comunicação, no *feedback* fornecido aos estudantes e na demonstração do ideal a ser seguido;
- desenvolvimento de mais pesquisas tanto pelo método quantitativo, como pelo qualitativo, possibilitando um maior conhecimento a respeito do tema, além de a abordagem qualitativa permitir o aprendizado do ouvir, importante em qualquer relacionamento, inclusive na relação médico-paciente.



## **NORMAS ADOTADAS**

As normas adotadas foram as constantes na resolução nº 001/2001 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da UFSC, conforme aprovado em 05 de julho de 2001.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bascunan RM. [Changes in physician-patient relationship and medical satisfaction]. *Rev Med Chil* 2005;133(1):11-6.
2. Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 2003;87(5):1115-45.
3. Coyle N, Sculco L. Communication and the patient/physician relationship: a phenomenological inquiry. *J Support Oncol* 2003;1(3):206-15.
4. 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.
5. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Cmaj* 1995;152(9):1423-33.
6. Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control* 1999;3(1):25-30.
7. Levinson W. Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. *Jama* 1994;272(20):1619-20.
8. 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.
9. Schulberg HC, Burns BJ. Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic, and treatment research directions. *Gen Hosp Psychiatry* 1988;10(2):79-87.
10. Waitzkin H. Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. *Jama* 1984;252(17):2441-6.
11. Ley P. *Communication with patients: improving satisfaction and compliance*. London: Croom-Helm; 1988.
12. Steine S, Finset A, Laerum E. A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Fam Pract* 2001;18(4):410-8.
13. Brody DS, Ryan K, Kuzma MA. Promoting the development of doctoring competencies in clinical settings. *Fam Med* 2004;36 Suppl:S105-9.
14. 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.

15. Egniew TR, Mauksch LB, Greer T, Farber SJ. Integrating communication training into a required family medicine clerkship. *Acad Med* 2004;79(8):737-43.
16. Makoul G. Report III. Contemporary issues in medicine: communication in medicine. Medical School Objectives Project. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 1999.
17. Pascoe JM, Babbott D, Pye KL, Rabinowitz HK, Veit KJ, Wood DL. The UME-21 project: connecting medical education and medical practice. *Fam Med* 2004;36 Suppl:S12-4.
18. Whalen GP. Educational Commission for Foreign Medical Graduates: Clinical skills assessment prototype. *Medical Teacher* 1999;21:156-160.
19. Klass D, DeChamplain A, Fletcher E, King A, Macmillan M. Development of a performance-based test of clinical skills for the United States Medical Licensing Examination. *Federal Bulletin* 1998;85:177-185.
20. Stella RCR. Minuta do anteprojeto das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Medicina. 2000.
21. Maculan N. Resolução CNRM N° 008/2004. 2004.
22. Grosseman S. Satisfação com o trabalho: do desejo à realidade de ser médico. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
23. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *Bmj* 2002;325(7366):697-700.
24. Stewart M, Meredith L, Brown JB, Galajda J. The influence of older patient-physician communication on health and health-related outcomes. *Clin Geriatr Med* 2000;16(1):25-36, vii-viii.
25. Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians--a one year prospective study. The Headache Study Group of The University of Western Ontario. *Headache* 1986;26(6):285-94.
26. Heszen-Klemens I, Lapinska E. Doctor-patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment. *Soc Sci Med* 1984;19(1):9-18.
27. Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L. Interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychology* 1987;6:29-42.
28. Evans BJ, Kiellerup FD, Stanley RO, Burrows GD, Sweet B. A communication skills programme for increasing patients' satisfaction with general practice consultations. *Br J Med Psychol* 1987;60 ( Pt 4):373-8.



29. Roter DL, Hall J. Improving psychosocial address in primary care: Is it possible and what difference does it make? In: International Conference on Doctor-Patient Communication; 1991; Toronto; 1991.
30. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE, Jr. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 1985;102(4):520-8.
31. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE, Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989;27(3 Suppl):S110-27.
32. Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Jr., Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med* 1988;3(5):448-57.
33. Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of Postoperative Pain by Encouragement and Instruction of Patients. A Study of Doctor-Patient Rapport. *N Engl J Med* 1964;270:825-7.
34. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. 2 ed. Rio de Janeiro; 1988.
35. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med* 2001;76(4):390-3.
36. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *Bmj* 1991;303(6814):1385-7.
37. Education LCoM. Functions and Structure of a Medical School. Washington DC; 1998.
38. Smith CS, Irby DM. The roles of experience and reflection in ambulatory care education. *Acad Med* 1997;72(1):32-5.
39. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Jr., Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. *Jama* 1997;277(4):350-6.
40. Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, Nasca TJ, Hojat M. Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Med Teach* 2002;24(4):370-3.
41. 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.
42. Buyck D, Lang F. Teaching medical communication skills: a call for greater uniformity. *Fam Med* 2002;34(5):337-43.

43. Novack DH, Volk G, Drossman DA, Lipkin M, Jr. Medical interviewing and interpersonal skills teaching in US medical schools. Progress, problems, and promise. *Jama* 1993;269(16):2101-5.
44. Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol* 1991;9(10):1916-20.
45. Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing physician-patient communication. *Hematology (Am Soc Hematol Educ Program)* 2002:464-83.
46. Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 2000;132(3):209-18.
47. Rosenfield PJ, Jones L. Striking a balance: training medical students to provide empathetic care. *Med Educ* 2004;38(9):927-33.
48. Havens L. *A Safe Place*. New York; 1989.
49. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988;26(7):657-75.
50. Maguire P. Improving communication with cancer patients. *Eur J Cancer* 1999;35(14):2058-65.
51. Lamont EB, Christakis NA. Prognostic disclosure to patients with cancer near the end of life. *Ann Intern Med* 2001;134(12):1096-105.
52. Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ, Griffin AM, Dunn SM, Tattersall MH. When the diagnosis is cancer: patient communication experiences and preferences. *Cancer* 1996;77(12):2630-7.
53. Tattersall MH, Gattellari M, Voigt K, Butow PN. When the treatment goal is not cure: are patients informed adequately? *Support Care Cancer* 2002;10(4):314-21.
54. Curtis JR, Patrick DL, Caldwell ES, Collier AC. Why don't patients and physicians talk about end-of-life care? Barriers to communication for patients with acquired immunodeficiency syndrome and their primary care clinicians. *Arch Intern Med* 2000;160(11):1690-6.
55. Blackhall LJ, Frank G, Murphy ST, Michel V, Palmer JM, Azen SP. Ethnicity and attitudes towards life sustaining technology. *Soc Sci Med* 1999;48(12):1779-89.
56. Curtis JR, Wenrich MD, Carline JD, Shannon SE, Ambrozy DM, Ramsey PG. Understanding physicians' skills at providing end-of-life care perspectives of patients, families, and health care workers. *J Gen Intern Med* 2001;16(1):41-9.

57. 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.



# ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

**PROJETO: O ENSINO-APRENDIZAGEM DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE:  
ESTUDO DE CASO COM ESTUDANTES DA ÚLTIMA FASE DO CURSO DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.**

EQUIPE: SUELY GROSSEMAN; CAROLINA STOLL.

## QUESTIONÁRIO SOBRE A RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

**Data:**

**Pesquisador:**

### IDENTIFICAÇÃO DO ACADÊMICO

Pseudônimo:

Idade:

Atividades extra-curriculares:

- estágios:

- pesquisa:

- extensão:

- outras:

Área de maior interesse:

## **VISÃO E CONCEPÇÃO DE ESTUDANTES**

- 1) O que representa, para você, a relação médico-paciente?
- 2) Na tua opinião, qual o valor da relação médico-paciente?
- 3) Em que situações você sente dificuldade de se relacionar com o paciente?
- 4) Como se dá a tua relação médico-paciente?
- 5) Como se dá a tua relação médico-paciente em um ambulatório de Pediatria?
- 6) Que atitude você assume quando vai abordar um paciente com câncer ou com alguma doença incurável?
- 7) Quais atitudes o médico pode tomar para desenvolver um bom relacionamento com o paciente?
- 8) Como a relação médico-paciente é aprendida?
- 9) Como você a aprendeu durante e fora do curso?
- 10) O que/como você gostaria de ter aprendido sobre a relação médico-paciente? O que você sugere que possa ser feito durante o curso?
- 11) Gostaria de acrescentar mais algum comentário/fazer alguma pergunta?