

TIARAJU MATSUOKA AZEVEDO DOS SANTOS

A FORMAÇÃO MÉDICA

**estudo de caso com acadêmicos da décima primeira fase do
curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina**

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

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2008**

TIARAJU MATSUOKA AZEVEDO DOS SANTOS

A FORMAÇÃO MÉDICA

**estudo de caso com acadêmicos da décima primeira fase do
curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina**

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

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

Professor Orientador: Prof. Dr. Charles Tesser

Co-orientadora: Dr. Maria de Fátima Marques da Silva

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2008**

*Aos meus mestres – familiares, amigos, colegas,
professores e, especialmente, pacientes –, dedico
este trabalho, fruto de minha maior conquista.*

RESUMO

Objetivos: Conhecer aspectos envolvidos no processo de aprendizado médico: a identidade, o conhecimento, as relações interpessoais e as emoções.

Métodos: Após a construção de um roteiro contendo doze tópicos, foram sorteados e entrevistados 4 acadêmicos da décima primeira fase do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). As entrevistas foram gravadas em fevereiro e março de 2008, em consultórios do ambulatório do Hospital Universitário, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram gravadas e transcritas na íntegra quatro entrevistas com duração entre 37 e 66 minutos.

Resultados: Sobre a aquisição das habilidades médicas básicas, as atividades práticas foram tidas como mais importantes, embora a relevância do conhecimento científico seja citada. Apesar das falhas apontadas no currículo, ele foi considerado adequado em relação às necessidades da população. Também foi consenso que todos os médicos deveriam lidar com as emoções do paciente, embora existam dificuldades.

Discussão: Os personagens desse estudo são pioneiros da reforma curricular de 2003 do curso de Medicina da UFSC. São exigências da sociedade contemporânea sobre o médico: a competência técnica, a indiscriminação social, uma mentalidade afetiva e uma atitude altruísta. No 3º ano, com o começo do contato clínico com o paciente, o acadêmico ainda não aprendeu sobre o sentir ou sobre o ser da pessoa doente. No 5º e 6º ano, o estudante entende que deve aprender na prática, enfatizando-se a assistência e a capacitação profissional. Conhecimento foi apontado por dois entrevistados como importante para se transmitir segurança ao paciente.

Considerações finais: O método utilizado propiciou alcançar os objetivos do estudo. O curso de Medicina da UFSC espera um médico com formação ética, humanista, crítica e reflexiva. Embora a formação médica seja coletiva, foi notável a diferença individual entre os entrevistados.

ABSTRACT

Objective: To know aspects involved in the process of medical learning: the identity, the knowledge, the relationships and the emotions.

Methods: After the construction of a route containing twelve topics, 4 academic of the eleventh phase of the Federal University of Santa Catarina (UFSC) Medicine course were raffled and interviewed. The interviews were recorded in February and March of 2008, in clinics of Academical Hospital clinic, after the signature of the Term of Free and Illustrious Consent. The complete four interviews, with duration between 37 and 66 minutes, were recorded and transcribed.

Results: About the acquisition of the basic medical abilities, the practical activities were considered more important, although the relevance of the scientific knowledge is mentioned. Despite the pointed flaws in the curriculum, he was considered appropriate in relation to the needs of the population. Was also consent that all the doctors should work with the patient's emotions, although difficulties exist.

Discussion: The characters of that study are pioneers of the curriculum reform of 2003 of the course of Medicine of UFSC. Are demands of the contemporary society on the doctor: technical competence, social indiscrimination, affective mentality and altruistic attitude. In the 3rd year, with the beginning of the clinical contact with the patient, the academic still didn't learned about the feeling or about the being of the sick person. In the 5th and 6th year, the student understands that should learn in practice, being emphasized the attendance and the professional training. Knowledge was pointed by two interviewees as important to transmit safety to the patient.

Final considerations: The used method was appropriate to reach the objectives of the study. The UFSC Medicine course looks for a doctor with ethical, humanist, critic and reflexive formation. Although the medical formation is collective, it was notable the individual difference among the interviewees.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HU	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
PDA	Programa Docente-Assistencial
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
ULS	Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
DEDICATÓRIA.....	iii
RESUMO.....	iv
ABSTRACT.....	v
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	vi
SUMÁRIO.....	vii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVOS.....	3
3 MÉTODOS.....	4
4 RESULTADOS.....	5
5 DISCUSSÃO.....	7
5.1 Contexto Histórico.....	7
5.2 A Identidade.....	8
5.3 O Conhecimento.....	10
5.4 As Relações.....	11
5.5 As Emoções.....	13
5.6 Viés.....	15
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
7 REFERÊNCIAS.....	18
APÊNDICE 1.....	20
APÊNDICE 2.....	21
APÊNDICE 3.....	27
APÊNDICE 4.....	33
APÊNDICE 5.....	40

1. INTRODUÇÃO

Hipócrates (460-375 a.C) tinha como pressuposto a idéia de que a compreensão da natureza humana só ocorreria com a observação do médico sobre o corpo humano e sua relação com o meio ambiente¹. Com a evolução da medicina, hoje convivem dois modelos: o biomédico, que costuma trabalhar com explicações unicasais para as doenças, e o bio-psico-social, que abrange maior universo de significados para o entendimento da doença, baseado no processo saúde-doença.

Tomando como exemplo o impetigo em crianças, é preciso: conhecimento biológico sobre a patogênese da infecção; conhecimento psicológico sobre o paciente e sua família para criar vínculo necessário ao tratamento e, posteriormente, à prevenção de recidivas; e conhecimento social das condições de vida como saneamento básico, alimentação, moradia, higiene pessoal e grau de instrução. Esses três aspectos interferem diretamente na história natural da doença – assim, é preciso levar em conta a complexidade individual de cada um para se otimizar a prática médica.

A visão do processo saúde-doença, no modelo bio-psico-social, vem sendo gradualmente incorporada na graduação médica. Hoje, procura-se formar médicos generalistas que resolvam a maior parte dos problemas de saúde de maneira eficiente e sem a necessidade constante de encaminhamento a serviços especializados. Para isso, é primordial que se eduquem profissionais capazes de prover um atendimento integral e humano.

O curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) espera graduar um profissional com: postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social, orientação para a proteção e promoção de saúde, orientação para atuar em nível primário da atenção e em atendimentos de emergência. Espera-se, também, desenvolver as capacidades de: compreensão e aplicação dos conhecimentos básicos na prática profissional, lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente, aprendizagem contínua, auditoria do próprio desempenho e atuação a eventual liderança na equipe de saúde.²

¹ GUSMAO S. História da Medicina: evolução e importância. Jornal Brasileiro de Neurocirurgia. Órgão Oficial da Academia Brasileira de Neurocirurgia. Volume 15, Número 1, 2004.

² Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina Resumido. Curso de Graduação em Medicina. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Em 1980, foi iniciado o programa de extensão da UFSC em Saúde Comunitária na Costeira do Pirajubaé. Dezoito anos depois, foi realizada a reforma curricular que incorporou o Programa Docente-Assitencial (PDA) ao currículo do curso de Medicina, tendo o internato, então, três semestres. As atividades, que procuravam mesclar aprendizado e atendimento de qualidade, eram realizadas em sete Unidades Locais de Saúde (ULS) durante o recém-criado internato da décima fase.

Em 2003, foi realizada uma nova reforma curricular, criando mais um semestre de internato (este, agora, iniciando na nona fase) e propondo a inserção do estudante de Medicina na comunidade durante todos os semestres da graduação. Nesse ano, eram dezesseis ULS integradas à graduação. Em 2007, ano em que este trabalho foi iniciado, faziam parte do PDA vinte e cinco ULS do município de Florianópolis. O pesquisador e os entrevistados são acadêmicos da primeira turma da reforma curricular de 2003.

O processo de aprendizado médico, como ação humana, é centrado no indivíduo que a vivencia. Weber (1970)³, segundo Minayo & Sanches (1993)⁴: *“afirma que o elemento essencial na interpretação da ação é o dimensionamento do significado subjetivo daqueles que dela participam”*. Este estudo emergiu da necessidade de construir conhecimentos sobre o processo de formação acadêmica dos estudantes que ingressaram no novo currículo.

³ WEBER M. The methodological foundation sociology. In: *Sociological Theory: A Book of Readings* 3a edição. Toronto: The MacMillan Company, 1970.

⁴ MINAYO MCS; SANCHES O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública 9 (3) jul/set, 1993.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral: Conhecer elementos envolvidos no processo de aprendizado médico, na turma que vivenciou o processo de mudança curricular de 2003 do curso de Medicina da UFSC, durante a décima primeira fase da graduação.

Objetivos Específicos:

- 1- Conhecer a identidade construída por acadêmicos ao longo da graduação.
- 2- Conhecer a percepção dos participantes sobre o conhecimento necessário à prática da Medicina.
- 3- Conhecer a percepção sobre a qualidade dos relacionamentos interpessoais durante a graduação.
- 4- Conhecer a postura de estudantes de Medicina perante suas próprias emoções.

3. MÉTODOS

Esta pesquisa foi desenvolvida por abordagem qualitativa, tipo exploratória.

Segundo Minayo e Sanches³, a abordagem qualitativa é a mais recomendada quando se quer investigar fenômenos e significados, pois ela possibilita aprofundar o conhecimento social.

Os sujeitos do estudo foram 4 estudantes, selecionados aleatoriamente por sorteio, do universo de 43 acadêmicos da décima primeira fase do curso de Medicina da UFSC, que foi a primeira turma da reforma curricular de 2003.

A coleta de dados foi feita entre fevereiro e março de 2008, por entrevista semi-estruturada com questões norteadoras (Apêndice 1). Antes do início da coleta, em janeiro de 2008, foi realizado um projeto piloto com uma estudante, intencionalmente selecionada, tendo sido verificado que a questão original de número 8 “Qual a importância do trabalho em equipe na prática clínica?” gerava confusão, tendo esta sido trocada por “Durante o internato, você se sente parte de uma equipe?”.

Todas as entrevistas foram realizadas, em um dos consultórios dos ambulatórios do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU). Após esclarecimento dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos para coleta de dados, os acadêmicos foram convidados a ingressar no estudo e, tendo todos aceitado, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram gravadas em gravador digital (Creative Muvo), sendo posteriormente transcritas com as devidas correções gramaticais. Cada entrevistado teve acesso a sua entrevista antes da finalização o trabalho. As entrevistas duraram, respectivamente, 37, 51, 44 e 66 minutos.

4. RESULTADOS

As entrevistas transcritas se encontram nos Apêndices 2, 3, 4 e 5.

A acadêmica 1 e o acadêmico 4 encontraram como motivação para a escolha da carreira médica o desafio que essa escolha significava. O acadêmico 2 admirava o conhecimento do corpo humano e da ciência médica, enquanto a acadêmica 4 buscava o contato com as pessoas. Esses aspectos são inerentes ao profissional médico e estão presentes em todas as entrevistas.

Sobre as expectativas da reforma curricular de 2003, embora fossem apontadas falhas, os quatro entrevistados acreditavam que se graduariam médicos generalistas e que poderiam trabalhar no SUS. Logo nas primeiras semanas de aula, foram transmitidas as mudanças que se esperavam da futura geração de médicos.

O auxílio ao próximo como uma das características da Medicina está presente em todas as entrevistas. A acadêmica 1 refere satisfação nesse sentido e a acadêmica 3 vê nessa questão um atrativo da profissão.

Em todas as fases da graduação, estão previstas aulas de Saúde Pública e atividades nas ULS. Embora fosse encontrada inadequações da fundamentação teórica do SUS, todos os entrevistados tinham vivência da parte prática, visto os locais de estágio obrigatório serem instituições do serviço público de saúde (ULS, HU, Hospital Infantil Joana de Gusmão, Maternidade Carmela Dutra, Hospital Governador Celso Ramos e Hospital Nereu Ramos).

Sobre a aquisição das habilidades médicas básicas, as atividades práticas foram tidas como mais importantes, embora a relevância do conhecimento científico seja amplamente citada. A acadêmica 1 relata que: “O poder de explicar algo me deixa feliz”. Os acadêmicos 2 e 4 se referem ao conhecimento como importante para se transmitir segurança ao paciente. A acadêmica 3 acredita que: “a maioria das condutas, nós sabemos”.

De maneira geral, os entrevistados acreditam na importância de serem avaliados pelo corpo docente, mas apontaram falhas na supervisão de atividades práticas, especialmente durante o internato. A necessidade de provas teóricas antes do internato também foi uma opinião comum. O acadêmico 4 acha adequada uma avaliação conjunta da

carga teórica e das habilidades práticas, apontando, como uma das falhas do internato, a ausência da avaliação do conhecimento.

Embora fossem apontadas falhas do currículo, os entrevistados o consideraram adequado em relação às necessidades da população. Eles também gostariam de se formar médicos generalistas e acreditavam que poderiam conquistar isso, o que beneficia o atendimento ao público.

Os entrevistados reconhecem a existência de uma equipe durante o internato, embora suas relações com ela sejam variadas. As acadêmicas 1 e 3, em determinados estágios, não se sentiam inseridas na equipe; os acadêmicos 2 e 4 se viam nessa equipe, mas o acadêmico 4 ressaltou que só havia igualdade de relacionamento na equipe formada pelos acadêmicos.

A acadêmica 1 refere dificuldade em lidar com pacientes agressivos, procurando-se manter calma nessas situações. O acadêmico 2 encontra dificuldade no atendimento a pacientes especializados, que fogem do conhecimento geral, enquanto a acadêmica 3, mais especificamente, refere dificuldade em lidar com o paciente psiquiátrico. O acadêmico 4 apresenta dificuldade frente a situações novas, mas refere confiança para lidar com elas.

Todos os entrevistados acreditavam ter uma boa relação com os pacientes, embora somente a acadêmica 3 considerava ter uma relação próxima, procurando “agir não como uma estudante de medicina”. O acadêmico 4 citou o esforço profissional como meio de construir uma relação médico-paciente adequada: “sempre tento fazer o máximo que eu posso para ajudar”.

Também foi consenso que todos os médicos deveriam lidar com as emoções do paciente, embora existam dificuldades nesse sentido. A acadêmica 1 comenta que: “não dá pra deixar de lado a emoção do paciente e achar que, depois que ele for embora do consultório, vai fazer tudo que você pediu”. A acadêmica 3 afirma que “sempre tem um fator emocional envolvido”.

Apenas o acadêmico 4 referiu que, em geral, não transmite segurança ao paciente, porque: “as condutas não são suas e você não se sente confiante, sendo normal que você não transmita tanta segurança”. Mas, quando se trata de um tema que ele conheça, ele acredita que consiga transmitir. Assim, segundo ele, o conhecimento seria o aspecto mais importante para que isso ocorresse.

5. DISCUSSÃO

5.1. Contexto histórico

A reforma curricular e o SUS foram um tema comum a todas as entrevistas.

Em 1968, foi implantado o modelo flexneriano no ensino médico brasileiro, que resultou em: fragmentação do saber, dissociação entre o ciclo básico e profissionalizante, falta de integração entre as disciplinas com excesso de conteúdo a estudar, pouca correlação entre o conteúdo ministrado as necessidades da população, atendida pelos acadêmicos predominantemente em hospitais⁵.

Em 1978, a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde resumiu o que seria o conceito de saúde ideal:

*A Conferência enfatiza que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.*⁶

Seguindo esse conceito, dez anos depois, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado no Brasil:

*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*⁷

Sobre a reforma curricular de 2003, havia grandes expectativas por parte de alguns professores. Ros⁸ (2005), após afirmar que a reforma se aproximava do que há de mais

⁵ GROSSEMAN S. Da Proposta à Ação: Currículo integrado do curso de medicina da UFSC. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.

⁶ Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. URSS, 1978.

⁷ Constituição Federal. Art. 196; Seção II, Da Saúde. Brasil, 1988.

⁸ ROS MAD. Da Proposta à Ação: Currículo integrado do curso de medicina da UFSC. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.

novo em graduação médica e estava de acordo com as necessidades da população brasileira, finaliza: “*É a formação médica fazendo as pazes com a história e construindo um sistema de saúde sonhado pela Reforma Sanitária Brasileira.*”.

5.2. A identidade

Sobre a formação da identidade do médico, Ramos-Cerqueira e Lima⁹ (2002) ressaltam que a sociedade endeusa o profissional médico e isso se mantém durante a graduação, exemplificado por um trecho do juramento hipocrático: “... *Manterei a minha vida e a minha arte com pureza e santidade; qualquer que seja a casa em que penetre, entrarei nela para beneficiar o doente; evitarei qualquer ato voluntário de maldade ou corrupção...*”.

Esses autores também citam Zimmerman¹⁰ (1992), sobre a definição de identidade: “*a propriedade de o indivíduo, independente das circunstâncias e de pressões, manter-se basicamente o mesmo e, portanto, é a expressão do que de fato ele é*”, e sobre a impregnação do papel profissional do médico com sua vida pessoal.

*A medicina é uma profissão recompensadora, mas ao mesmo tempo exigente. Os médicos precisam conhecer as características das populações que atendem e levar em conta as atitudes sociais e culturais dos seus pacientes com relação à saúde, à doença e à morte. À medida que o público torna-se mais instruído e sofisticado acerca das questões de saúde, suas expectativas para com o sistema médico em geral e aos médicos em particular aumentam. O público espera que os médicos mantenham a proficiência em seus campos que estão em rápida evolução (a ciência da medicina) e ao mesmo tempo considerem as necessidades específicas de seus pacientes (a arte da medicina). Assim, os médicos são responsáveis não apenas pelos aspectos técnicos da assistência que prestam, como também pela satisfação dos seus pacientes com o serviço prestado e os custos da assistência.*¹¹

Ao longo da história, a ciência médica foi naturalmente sendo dividida em áreas de conhecimento específicas, tendendo ao acadêmico optar por uma delas para aprofundar

⁹ RAMOS-CERQUEIRA ATA; LIMA MCP. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. Interface – v6, n11, p.107-16, 2002.

¹⁰ ZIMMERMAM VB. A formação psicológica do médico. In MELLO FILHO J. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

¹¹ BRAUNWALD E; FAUCI AS; KASPER DL; HAUSSER SL; LONGO DL; JAMESON JL. Harrison – Medicina Interna. Tradução da 15ª edição do original em inglês *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Rio de Janeiro: MacGraw-Hill, 2002.

seus estudos após a graduação. Isso possibilitou não só um rápido avanço das tecnologias, mas também uma maior abrangência de suas aplicações à medida que novos profissionais eram formados nos cursos de especialização.

No entanto, um sistema de saúde baseado em especialidades médicas se mostrou caro e incapaz de atender adequadamente a população. Assim, cresceu a importância do médico generalista hábil em resolver a maior parte dos problemas de saúde sem a necessidade de encaminhamentos ou exames complementares complexos. Nesse novo modelo, os hospitais, centros de alta tecnologia, passariam a trabalhar em conjunto com as ULS, constituindo estas a base dos serviços oferecidos pelo SUS.

Academicamente, estava consolidada a organização em disciplinas independentes, sendo os responsáveis pelas aulas especialistas nessas áreas. Embora isso possibilitasse a melhor qualidade do conteúdo ministrado, foi se tornando cada vez mais difícil para o estudante aprender tudo que lhe era proposto, tendendo assim a uma ênfase em determinados conhecimentos em detrimento de outros. Tal distorção fez com que se formassem profissionais já “especializados”, incapazes de lidar com afecções simples de outros órgãos ou sistemas.

Além disso, a própria qualidade do atendimento se mostrou falha, pois diversos profissionais atuavam de maneira independente em um mesmo paciente. Essa conduta acarreta riscos tanto no diagnóstico (que requer uma avaliação integral e não “compartimentada” do indivíduo) quanto na terapêutica (visto que os fármacos prescritos freqüentemente interagem entre si e em mais de um órgão-alvo).

Por fim, a prática médica é freqüentemente vista como sendo mecânica, fria e distante, o que é apontado como um dos motivos para a atual insatisfação com os serviços de saúde públicos e privados. Necessário é resgatar a figura do médico capaz de manter vínculo duradouro com seus pacientes, embasado em um relacionamento responsável e solidário.

A perspectiva do Curso é que o egresso esteja, ao final de 6 anos, apto a ingressar no mercado de trabalho, atuando em Medicina Geral, em unidades básicas de saúde, hospitais gerais, ambulatórios, emergências, pronto atendimento e consultórios e tendo conhecimentos que permitam também optar pelo seu ingresso em programas de Residência Médica para a complementação de sua formação em uma área específica do conhecimento médico. Este é o direcionamento de todo o curso de medicina da UFSC – seu corpo docente, funcionários, profissionais da área da saúde, da rede e administração: um médico com formação ética,

*humanista, crítica e reflexiva. Uma resposta da Universidade à sociedade brasileira.*¹²

Ramos-Cerqueira e Lima⁹ (2002), sobre as exigências da sociedade contemporânea com o médico, citam: a competência técnica, a indiscriminação social, uma mentalidade afetiva e uma atitude altruísta. Também ressaltam que: “*Com frequência, a competência técnica não é a qualidade médica mais valorizada pelos pacientes.*”.

*Historicamente, a legitimidade das profissões mais privilegiadas depende do atendimento ao interesse público. A profissão deve ser guardiã dos valores sociais que dela emanam e que são pactuados com a sociedade. Uma profissão não deve estar voltada mais para os seus próprios assuntos, como economia e interesses políticos, do que para os interesses dos indivíduos a quem serve. A confiança pública depositada nos médicos baseia-se no compromisso do médico com o **altruísmo**.*¹³

5.3. O conhecimento

A prática da Medicina demanda uma técnica sólida para se obter o objetivo proposto. O conhecimento da fisiologia humana normal e de suas alterações patológicas, aliadas a técnicas semiológicas e diagnósticas, permitem a escolha da terapêutica mais adequada pelo médico. Isso demanda um aprendizado árduo e exigente desde o início da graduação.

*Aos estudantes
Vocês se lembrarão de um pouco do que ouviram,
de muito do que leram,
de mais do que viram,
e de quase tudo que experimentarem e compreenderem completamente.*¹⁴

Segundo Dini e Batista¹⁵ (2004), o principal papel do aluno, na opinião dos acadêmicos do 1º e 2º ano da graduação médica da Unifesp, era: “*adquirir conhecimentos*

¹² PEREIRA MJL; SILVA CAJ. Da Proposta à Ação: Currículo integrado do curso de medicina da UFSC. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.

¹³ SIEGEL BS; ALPERT JJ. Nelson – Princípios de Pediatria. Tradução da 5ª edição do original em inglês *Nelson Essentials of Pediatrics*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

¹⁴ MOORE KL; DALLEY AF. Anatomia orientada para a clínica. Tradução da 4ª edição do original em inglês *Clinically Oriented Anatomy*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

na área da medicina, reconhecendo, como especificidades neste papel, a responsabilidade crescente em lidar com a vida humana e a maior necessidade de dedicação ao curso”. Esses autores afirmam que o Universidade deve orientar, estimular e favorecer o aprendizado, disseminando valores humanos e culturais.

*A maioria dos estudantes não estão interessados em tornar-se anatomistas, fisiologistas ou bioquímicos, mas desejam tornar-se médicos e se interessarão mais por determinadas disciplinas se perceberem alguma relevância na área médica. Os alunos podem ser facilmente motivados a aprender quando percebem a relevância de assuntos da ciência básica, tais como anatomia, em relação aos estudos clínicos.*¹⁶

A vivência proporcionada pelas aulas práticas, estágios e pelo internato constitui um importante aspecto da formação. Ao mesmo tempo em que se valoriza a carga teórica trazida das aulas, percebe-se as limitações e as falhas desse conhecimento, que precisa ser constantemente atualizado e revisado.

A rotina, associada ao papel de médico frente ao paciente, é fundamental para a construção das ferramentas necessárias à profissão. O papel ativo do acadêmico proporciona uma maior intensidade das experiências vividas e, conseqüentemente, do aprendizado decorrente delas. Dini e Batista¹⁵ (2004) salientam que, no 5º e 6º ano, o estudante já entende que deve aprender na prática, enfatizando-se a assistência e a capacitação profissional.

5.4. As relações

Visto os problemas decorrentes de um currículo formado por inúmeras disciplinas independentes entre si, o novo currículo passou a ser constituído por módulos. Esses módulos integrariam disciplinas correlacionadas entre si que, por apresentarem um objetivo em comum, fariam parte de um mesmo sistema de ensino e avaliação. O objetivo final seria a fundamentação das habilidades médicas necessárias ao SUS¹⁷.

¹⁵ DINI SP; BATISTA NA. Graduação e Prática Médica: Expectativas e Concepções de Estudantes de Medicina do 1º ao 6º ano. Revista Brasileira de Educação Médica, v.28 nº3, set./dez. Rio de Janeiro, 2004.

¹⁶ MARCONDES E. Educação Médica. São Paulo: Sarvier, 1998.

¹⁷ PEREIRA MJL; COELHO EBS; ROS MAD. Da Proposta à Ação: Currículo integrado do curso de medicina da UFSC. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.

*Deve haver uma relação mais estreita entre os conhecimentos trabalhados na formação e as necessidades dos estudantes, de maneira que possam ser utilizados em diferentes contextos e situações profissionais cotidianas. Para isso é necessário trabalhar com os estudantes a capacidade de estabelecer relações entre as informações que recebem e trazem, e entre os conhecimentos que vão adquirindo e reconstruindo.*¹⁸

Um dos objetivos do curso de Medicina da UFSC é que o formando atue e, eventualmente, lidere uma equipe de saúde², já que a assistência em saúde depende do conjunto de várias modalidades de profissionais. O médico trabalha ao lado de enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, assistentes sociais, entre outros. Dentro da área médica, existe também um grande leque de profissionais que constantemente interagem entre si.

Apesar dos eventuais atritos e desentendimentos, decorrente de diferentes personalidade e opiniões, os profissionais envolvidos na assistência têm o mesmo objetivo: a qualidade do atendimento. Mais que uma necessidade, o trabalho em equipe propicia uma constante revisão das ações individuais e de seus impactos – uma reflexão estimulante para o amadurecimento profissional.

*Freud acreditava que a modificação do id ocorre como resultado dos efeitos do mundo externo sobre os impulsos. As pressões da realidade externa permitem que o ego aproprie-se das energias do id e coloque-as a seu serviço. À medida que o ego traz influências do mundo externo sobre os impulsos do id, ele simultaneamente substitui o princípio do prazer pelo princípio da realidade. Freud salientou o papel do conflito dentro do modelo estrutural e observou que o conflito dá-se, inicialmente, entre o id e o mundo externo, apenas para ser transformado, depois, em conflito entre id e ego.*¹⁹

¹⁸ OLIVEIRA GS; KOIFMAN L. Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades. São Paulo: Hucitec, 2004.

¹⁹ KAPLAN HI; SADOCK BJ; GREBB JA. Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Tradução da 7ª edição do original em inglês *Kaplan's and Sadock's Synopses of Psychiatry: Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

Ramos-Cerqueira e Lima⁹ (2002), citando Rocco²⁰ (1992), referem que, no começo do contato clínico com o paciente, no 3º ano, o acadêmico ainda não aprendeu sobre o sentir ou sobre o ser da pessoa doente.

Esse processo não é fácil. É preciso aprender a se comunicar adequadamente com o paciente, com um vocabulário claro, passando confiança ao mesmo tempo em que se raciocina sobre sua doença. Múltiplas habilidades devem ser exercitadas de maneira harmônica e consistente para um bom atendimento.

As ferramentas básicas para o contato clínico com o paciente começam a ser adquiridas durante o terceiro semestre, com destaque para as disciplinas de Semiologia e Psicologia Médica. Não só se ensina a captar os sinais da doença, mas também a pessoa por trás dela, já que o conhecimento científico frequentemente é falho sem o estabelecimento de uma adequada relação médico-paciente.

*O paciente adoece, mas não faz curso para ser um bom paciente antes de procurar um médico. É o médico quem estuda para poder atender bem e captar a dimensão humana do relacionamento médico-paciente. Se bastasse o relato de uma lista de sinais e sintomas, poderíamos substituir o médico por um questionário de computador, mas as inúmeras nuances de uma vida não têm como caber num formulário de pesquisa. O médico tem que ouvir sem pressa o relato espontâneo do paciente, com o ouvido treinado para captar o que é falado, atentar para como é falado, desconfiar do que não é falado e depois, através de perguntas, transformar um relato seguidamente confuso de sinais e sintomas numa anamnese que traduza um entendimento do que está havendo, de modo a levantar uma hipótese diagnóstica e possibilitar que outro profissional, ao ler aquele relato, fique com uma idéia razoável daquele doente.*²¹

5.5. As emoções

Um dos motivos apontados para a necessidade da reforma curricular era a crescente impessoalidade da assistência prestada, sendo formados profissionais incapazes de lidar com as emoções do paciente. Apesar do problema ser evidente, sua superação envolve uma mudança no perfil pessoal do futuro médico, estando tal processo longe de ser um simples aprendizado acadêmico.

²⁰ ROCCO RO. Relação estudante de Medicina-paciente. In MELLO FJ. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médica, 1992.

²¹ BERTODI SG; BRAGA FA; MENDES HA. Psiquiatria para Estudantes de Medicina. Porto Alegre: Edipucrs, 2003

Apesar disso, o contato precoce com o paciente, seja no hospital, seja na comunidade, possibilitou o amadurecimento das emoções frente ao paciente, um processo constante e gradual. A reforma curricular, nesse sentido, enriqueceu a experiência da relação médico-paciente durante toda a graduação, tanto em quantidade (com maior carga horária em atividades práticas e com um semestre a mais de internato) quanto em qualidade (ao propor aulas que fugiam do aspecto biológico e com a postura diferenciada de muitos professores perante à prática médica).

O acadêmico 2 cita uma disciplina recém-formada da primeira fase, a Medicina Baseada em Narrativa, que enfatizava a importância de se conhecer a história do paciente, contemplando suas principais características individuais. As atividades envolviam aulas teóricas, leitura de livros, formulação de trabalhos escritos e apresentações em grupo.

Um dos livros propostos para leitura foi “O Físico”. A obra narra a trajetória de um viajante no século XI que busca aprender a arte de curar, ilustrando a forma como a Medicina era praticada na Inglaterra e na Pérsia da época. Na verdade, o original em inglês chama-se “The Physician”, sendo o título mal traduzido para a língua portuguesa, pois a melhor tradução seria “O Médico”.

Contrastando com a tendência biológica e técnica da Medicina, a disciplina abriu espaço para uma abordagem mais humana da profissão, valorizando as experiências que o médico e o paciente vivenciam.

– *Mostre o que você faz.*
Rob segurou as mãos de Ibn Sina e olhou nos olhos dele, sorrindo
depois de algum tempo.
 – *Por enquanto, não precisa temer a morte.*²²

Moreira, Silva, Tertulino, Tertulino, Vilar e Azevedo²³ (2006), fazendo referência a Bromberg, Kóvacs, Carvalho e Carvalho²⁴ (1996), entendem que: “*Nossa sociedade freqüentemente lida com a morte tentando excluí-la de seu cotidiano. Essa estratégia tem sido transferida para os profissionais de saúde, de forma que muitos não conseguem*

²² GORDON N. O Físico. Tradução do original em inglês *The Physician*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

²³ MOREIRA SNT; SILVA CAN; TERTULINO FF; TERTULINO FMF; VILAR MJP; AZEVEDO GD. Processo de significação de estudantes do curso de medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico. Revista Brasileira de Educação Médica, v.30, nº2. Rio de Janeiro, 2006.

²⁴ BROMBERG MHPF; KOVACS MJ; CARVALHO VA. Vida e morte: laços de existência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

estabelecer uma relação com o paciente chamado terminal e, inconscientemente, evitam a relação médico-paciente.”.

O processo de formação faz com que o profissional médico seja moldado para ser poderoso, para diagnosticar e tratar a doença e também para se considerar quase um “ser supra-humano”, imune às doenças que trata nos seres humanos e à fraqueza de emocionar-se ou condoer-se com o sofrimento. Isso acarreta reforço dos desejos onipotentes do adolescente, dificuldade em lidar com o próprio sofrimento e, conseqüentemente, com o dos outros.²⁵

Nunca é demais enfatizar a importância da relação pessoal estreita entre o médico e o paciente, pois num número extraordinariamente grande de casos, o diagnóstico e o tratamento dela dependem diretamente. Uma das qualidades essenciais do clínico é o interesse na humanidade, pois o segredo da assistência prestada está em cuidar do paciente.²⁶

O acadêmico 2 refere que ter uma carga teórica adequada era um dos aspectos importantes para se transmitir segurança ao paciente. O acadêmico 4 afirma que esse é o aspecto principal. Moreira, Silva, Tertulino, Tertulino, Vilar e Azevedo²³ (2006) salientam que: *“Apesar da satisfação sentida, o contato com o paciente traz para o estudante uma série de temores, que são justificáveis pela falta de experiência e pela insegurança na prática médica.”.*

Contudo, Jesus verificou que antes de devolver-lhe a saúde física, deveria tratar de seu espírito. Era bem possível que estivesse paralítico por sentir-se tão culpado pelos pecados cometidos que seu corpo recusava-se mover-se até libertar-se de sua culpa. E assim, em vez de dizer: “Levante-se, está curado” Ele disse: “Meu filho, seus pecados lhe foram perdoados”. Sua voz e Seus olhos expressaram tal poder e autoridade, que o homem sentiu que realmente seus pecados lhe haviam sido perdoados.

Entre a multidão havia alguns homens devotos que conheciam a Lei de Moisés, que ficaram chocados e sentiram-se insultados com o que Jesus dissera.

²⁵ GROSSEMAN S; PATRICIO Z M. Do desejo à realidade de ser médico – A educação e a prática médica como um processo contínuo de construção individual e coletiva. Florianópolis: Editora da UFSC, 2004.

²⁶ PEABODY F. Citado em Harrison – Medicina Interna. Tradução da 15ª edição do original em inglês *Harrison’s Principles of Internal Medicine*. Rio de Janeiro: MacGraw-Hill, 2002.

– “O que quis dizer com isto? É uma blasfêmia falar assim. Só Deus pode perdoar os pecados” – refletiam.

Jesus, porém, sabia o que estavam pensando e perguntou: “Por que estão tendo tais pensamentos? O que é mais fácil dizer? – ‘Seus pecados estão perdoados’, ou ‘Levanta-se e ande’?”²⁷

5.6 Viés

Um dos entrevistados comentou, ao final da entrevista, que “sabia por que havia feito aquelas perguntas”. Essa interferência no estudo teria duas prováveis razões.

Algumas perguntas induziam a determinadas respostas, como, a pergunta número 11: “Você acha que todo médico deva lidar com as emoções do paciente?”. Seria adequada uma pergunta mais neutra, como, por exemplo: “Qual o papel do médico sobre as emoções do paciente?”.

Outro possível fator de interferência está no fato de que pesquisador e entrevistados conheciam-se a, no mínimo, 5 anos, sendo colegas de internato durante o estudo. Essa proximidade, no entanto, possibilitou um maior aprofundamento dos tópicos pelo pesquisador. Além disso, os personagens desse estudo são os pioneiros da reforma curricular de 2003 e, por isso, exemplos para as futuras gerações formadas no curso de Medicina da UFSC.

²⁷ CHISTIE D. Bíblia ilustrada ao alcance dos jovens. Citação baseada nas passagens bíblicas Mateus 4, 23-24; 9, 1-8; Marcos 2, 1-12; Lucas 5, 17-27. 1978.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método utilizado propiciou alcançar os objetivos do estudo.

Entre os elementos pesquisados, está a perspectiva do curso de Medicina da UFSC: *um médico com formação ética, humanista, crítica e reflexiva*⁸. Na percepção do pesquisador, esse perfil pôde ser encontrado nas entrevistas, fazendo parte da individualidade de cada um. Foram observados acadêmicos conscientes da realidade vivenciada durante a graduação, com opinião formada sobre as nuances desse processo.

Embora a formação médica seja coletiva, foi notável a diferença de personalidade entre os entrevistados. Essa diversidade, por vezes, aparenta se adequar aos diferentes tipos de serviços de saúde. Também foi notável perceber a ocorrência de mudanças, decorrentes da Medicina, sobre o sujeito. Mudanças essas que, mesmo sutis, podem ser inevitáveis.

No processo da pesquisa, pode ser percebido como a pesquisa qualitativa traz o individual e o coletivo do grupo. Enquanto altruísmo, conhecimento e empatia aparecem como elementos que permeiam todos os entrevistados, porque são próprios do processo da formação acadêmica à qual este coletivo está exposto, o individual emerge no cotidiano, expressando-se no que é sentido ao longo desse processo.

12. REFERÊNCIAS

1. GUSMAO S. História da Medicina: evolução e importância. *Jornal Brasileiro de Neurocirurgia*. Órgão Oficial da Academia Brasileira de Neurocirurgia. Volume 15, Número 1, 2004.
2. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina Resumido. Curso de Graduação em Medicina. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
3. WEBER M. The methodological foundation sociology. In: *Sociological Theory: A Book of Readings* 3ª edição. Toronto: The MacMillan Company, 1970.
4. MINAYO MCS; SANCHES O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública* 9 (3) jul/set, 1993.
5. GROSSEMAN S. Da Proposta à Ação: Currículo integrado do curso de medicina da UFSC. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.
6. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. URSS, 1978.
7. Constituição Federal. Art. 196; Seção II, Da Saúde. Brasil, 1988.
8. ROS MAD. Da Proposta à Ação: Currículo integrado do curso de medicina da UFSC. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.
9. RAMOS-CERQUEIRA ATA; LIMA MCP. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface* – v6, n11, p.107-16, 2002.
10. ZIMMERMAM VB. A formação psicológica do médico. In MELLO FILHO J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
11. BRAUNWALD E; FAUCI AS; KASPER DL; HAUSSER SL; LONGO DL; JAMESON JL. *Harrison – Medicina Interna*. Tradução da 15ª edição do original em inglês *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Rio de Janeiro: MacGraw-Hill, 2002.
12. PEREIRA MJL; SILVA CAJ. Da Proposta à Ação: Currículo integrado do curso de medicina da UFSC. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.
13. SIEGEL BS; ALPERT JJ. *Nelson – Princípios de Pediatria*. Tradução da 5ª edição do original em inglês *Nelson Essentials of Pediatrics*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
14. MOORE KL; DALLEY AF. *Anatomia orientada para a clínica*. Tradução da 4ª edição do original em inglês *Clinically Oriented Anatomy*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

15. DINI SP; BATISTA NA. Graduação e Prática Médica: Expectativas e Concepções de Estudantes de Medicina do 1º ao 6º ano. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.28 nº3, set./dez. Rio de Janeiro, 2004.
16. MARCONDES E. Educação Médica. São Paulo: Sarvier, 1998.
17. PEREIRA MJL; COELHO EBS; ROS MAD. Da Proposta à Ação: Currículo integrado do curso de medicina da UFSC. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.
18. OLIVEIRA GS; KOIFMAN L. Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades. São Paulo: Hucitec, 2004.
19. KAPLAN HI; SADOCK BJ; GREBB JA. *Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Tradução da 7ª edição do original em inglês *Kaplan's and Sadock's Synopses of Psychiatry: Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry*. Porto Alegre: Artmed, 1997.
20. ROCCO RO. Relação estudante de Medicina-paciente. In MELLO FJ. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médica, 1992.
21. BERTODI SG; BRAGA FA; MENDES HA. *Psiquiatria para Estudantes de Medicina*. Porto Alegre: Edipucrs, 2003.
22. GORDON N. O Físico. Tradução do original em inglês *The Physician*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.
23. MOREIRA SNT; SILVA CAN; TERTULINO FF; TERTULINO FMF; VILAR MJP; AZEVEDO GD. Processo de significação de estudantes do curso de medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.30, nº2. Rio de Janeiro, 2006.
24. BROMBERG MHPF; KOVACS MJ; CARVALHO VA. *Vida e morte: laços de existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
25. GROSSEMAN S; PATRICIO Z M. Do desejo à realidade de ser médico – A educação e a prática médica como um processo contínuo de construção individual e coletiva. Florianópolis: Editora da UFSC, 2004.
26. PEABODY F. Citado em Harrison – Medicina Interna. Tradução da 15ª edição do original em inglês *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Rio de Janeiro: MacGraw-Hill, 2002.
27. CHISTIE D. Bíblia ilustrada ao alcance dos jovens. Citação baseada nas passagens bíblicas Mateus 4, 23-24; 9, 1-8; Marcos 2, 1-12; Lucas 5, 17-27. 1978.

APÊNDICE 1

ROTEIRO-ENTREVISTA

- 1- Quais foram as razões que o motivaram a escolher o curso de Medicina?
- 2- Você conhece a perspectiva do curso de Medicina da UFSC para os formandos da reforma curricular?
- 3- Você acha que a graduação em Medicina modificou sua personalidade e/ou valores morais?
- 4- Desde a 1ª fase, foi objetivado transmitir o conhecimento da comunidade e do SUS através de atividades teóricas e práticas. Hoje, você conhece o SUS?
- 5- Em termos de anamnese, exame físico e avaliação, você se sente confiante durante os atendimentos?
- 6- Você acha importante ter a aprovação dos professores através de provas, supervisão das atividades práticas ou outras formas de avaliação?
- 7- A relação entre o currículo elaborado pelos professores e as necessidades dos acadêmicos foi adequada? E em relação às necessidades da população?
- 8- Durante o internato, você se sente parte de uma equipe?
- 9- Existe alguma situação em que você sinta uma maior dificuldade no atendimento ao paciente?
- 10- Em geral, como é sua relação com os pacientes?
- 11- Você acha que todo médico deva lidar com as emoções do paciente?
- 12- Você transmite segurança para o paciente?

APÊNDICE 2

Acadêmica 1

Pesquisador: Quais foram as razões que a motivaram a escolher o curso de Medicina?

Acadêmica 1: Racionalmente, eu não sei. Eu escolhi muito nova, na oitava série. Eu estudava em um colégio de bairro e, se eu quisesse fazer um vestibular mais puxado, teria que fazer um segundo grau melhor. Lembro de um “Desafio de Matemática”, eu adorava fazer desafios, então eu cheguei em casa e falei para minha mãe que queria fazer alguma coisa que tivesse desafios. Foi quando comecei a pensar em fazer Medicina, por isso, decidi mudar de colégio. Não me lembro de outro motivo, nunca tive contato com algum médico próximo que fosse um “espelho”. Depois eu vi que iria ser bom para mim, que eu preenchia o perfil.

Pesquisador: Ao longo da graduação, manteve-se essa motivação em seguir uma carreira desafiante?

Acadêmica 1: Sim, isso faz parte da minha personalidade, sempre fui assim de buscar desafios.

Pesquisador: Quando você entrou na Universidade, tinha uma especialidade que pensava em seguir?

Acadêmica 1: No segundo grau, havia pensado em ser pediatra, depois, cirurgiã. Mas, quando entrei na faculdade, não sabia. Só fui pensar melhor nisso bem depois.

Pesquisador: Hoje, você quer se formar por quê?

Acadêmica 1: Porque eu gosto. Por mais que nós fiquemos cansados, que tenhamos que fazer plantões, visitas e etc, é algo que eu me identifico muito. Eu gosto de fazer Medicina, quero trabalhar com isso, apesar dos altos e baixos. Pensando bem, foi uma boa escolha para mim.

Pesquisador: Por quê?

Acadêmica 1: Porque eu gosto de lidar com pessoas, sempre gostei. A questão de podermos ajudar e orientar, já que as pessoas têm muita necessidade de conhecimento. Elas são ignorantes, no sentido próprio da palavra, sobre o que acontece no corpo e sobre as doenças. O poder de explicar algo me deixa feliz, porque você tranquiliza a pessoa e trata um mal que afeta não só ela, mas as pessoas em sua volta, sua família.

Pesquisador: Você conhece a perspectiva do curso de Medicina da UFSC para os formandos da reforma curricular?

Acadêmica 1: Acho que a expectativa é que nós tenhamos uma visão mais geral do contexto médico atual, principalmente das coisas básicas, que possam ser resolvidas nas ULS ou em emergências. Não acho que seja esperado muitos especialistas, mas sim médicos com uma visão “holística”, voltada para a Saúde da Família.

Pesquisador: Você quer se formar com essa visão?

Acadêmica 1: Não. Essa expectativa não vai mudar a cabeça das pessoas do curso, cada um escolhe o que quer porque acha que tem vocação para isso ou porque quer trabalhar com isso. Não é porque o curso é voltado para a área básica que a maioria vai querer trabalhar com isso.

Pesquisador: Mas você acha que vai se formar uma médica generalista?

Acadêmica 1: Acho que vou ter uma visão boa do geral. Se eu precisar, vou poder trabalhar como médica generalista ou, por exemplo, opinar com clareza sobre a doença de outra especialidade de algum familiar.

Pesquisador: Uma das perspectivas do curso é que o formando tenha os conhecimentos necessários para o ingresso em programas de residência. Você acha que a Universidade nos dá estrutura para isso?

Acadêmica 1: Nunca tinha pensado sobre isso. Hoje, ao estudar para as provas de residência, vejo que as matérias foram dadas, mas faltou um pouco de mim para que eu fixasse esse conhecimento, embora não seja possível guardar tudo que nos é passado. Por isso que, no final do curso, é buscada outras formas de revisão desse conhecimento, como os cursinhos.

Pesquisador: Isso seria uma falha da Universidade?

Acadêmica 1: Não. Eles dão as matérias, as aulas acontecem, embora nem sempre do jeito que nós gostaríamos. Mas não podemos culpar a Universidade, nós somos adultos, temos que saber o que queremos e ir atrás.

Pesquisador: Você acha que a graduação em Medicina modificou sua personalidade ou valores morais?

Acadêmica 1: Sim. É bastante tempo convivendo com as mesmas pessoas, seis anos, você “pega” um pouco de cada, diferente de outros cursos, cuja convivência não é tão forte. Durante a faculdade, sinto que vi as coisas, mais pela Interação Comunitária, onde eu conheci um local muito diferente do meu mundo, embora na mesma cidade. Hoje estou mais atenta ao que acontece ao meu redor. Pela nossa extensa jornada de trabalho, os

pacientes também nos influenciam. Ao observar como eles reagem ao diagnóstico, ao tratamento e às nossas orientações, hoje me sinto mais preparada para os entender e para me comunicar adequadamente com eles.

Pesquisador: Durante esse processo, que mudança foi mais importante?

Acadêmica 1: Tem duas mudanças importantes. A primeira é que minha expectativa no início na faculdade era diferente da atual. No começo, todo mundo diz que a carreira médica é ótima, que vamos ganhar dinheiro, mas depois vemos que não é assim. Chegamos muito sonhadores, hoje somos mais realistas. Percebemos que o vestibular foi só um passo, com muitos outros por vir. A segunda mudança foi ver como a vida das pessoas é diferente da minha. Isso foi uma coisa que me marcou bastante. Eu aproveitei isso da Interação Comunitária, você perceber que a pessoa tem uma vida diferente da sua não só porque vocês não têm o mesmo salário, mas porque a estrutura em volta dela é pior e isso influencia sua maneira de pensar sobre a saúde. Isso faz diferença quando você vai orientá-la sobre um diagnóstico ou tratamento.

Pesquisador: Desde a 1ª fase, foi objetivado transmitir o conhecimento da comunidade e do SUS através de atividades teóricas e práticas. Hoje, você sente que conhece o SUS?

Acadêmica 1: Na teoria, sinceramente, nunca li sobre o SUS. Conheço mais pela visão dos profissionais e pela prática, especialmente, nas ULS.

Pesquisador: Como é essa parte prática do SUS?

Acadêmica 1: Não é tão ruim assim. Acho que as pessoas reclamam muito sem conhecer. Acho que funciona, desde que as pessoas busquem aquilo que desejam e entendam as limitações do sistema, como esperar por uma consulta ou exame. O SUS, na minha visão, resolve bastante coisa.

Pesquisador: Mesmo não tendo um conhecimento teórico adequado do SUS, você se sentiria capaz de trabalhar nele?

Acadêmica 1: Sim. Eu pretendo fazer prova para residência, mas, se eu não passar, acho que eu trabalho com tranquilidade. Terei minhas dificuldades de novata, mas nada que não possa superar.

Pesquisador: Em termos de anamnese, exame físico e avaliação, você se sente confiante durante os atendimentos?

Acadêmica 1: Na anamnese, eu me sinto bem confiante. Acho que, quanto mais nós perguntarmos, melhor, então “pecamos pelo excesso”. No exame físico, aquilo que é

diferente, tenho um pouco de dúvida ainda; mas o que é comum, eu consigo diagnosticar sem dificuldades. De maneira geral, na maioria das coisas que vemos, eu tenho confiança.

Pesquisador: Durante a graduação, o que você acha que foi mais importante para ter essa confiança?

Acadêmica 1: Todas as nossas atividades práticas. Tanto na ULS quanto no hospital, como no ambulatório e emergência.

Pesquisador: Você acha importante ter a aprovação dos professores através de provas, supervisão das atividades práticas ou outras formas de avaliação?

Acadêmica 1: Acho que sim, embora não ligue muito para as notas. Preocupo-me em fazer minha parte, com confiança, sem ser desleixada.

Pesquisador: Qual seria a forma mais adequada de avaliação?

Acadêmica 1: Não vejo outra forma de avaliação de um aluno que não seja por nota. A forma mais adequada seria que um professor acompanhasse de perto o aluno, mas hoje não tem como alguém o conhecer de verdade para dar uma nota específica pela sua evolução. Como não há estrutura para ter, por exemplo, um supervisor para cada três acadêmicos, não vejo outra forma de avaliação que não seja por provas ou trabalhos.

Pesquisador: Alguma vez você achou que foi avaliada de forma inadequada?

Acadêmica 1: Não, nunca tive problemas quanto a isso.

Pesquisador: A relação entre o currículo elaborado pelos professores e as necessidades dos acadêmicos foi adequada?

Acadêmica 1: Foi quase adequada. A idéia de juntar as matérias em blocos foi boa, mas, pela própria inexperiência dos professores com essa reforma, acabou não sendo de forma perfeita. Mas, apesar de sermos a primeira turma, o currículo supriu minha necessidade de aprender o básico e me sinto preparada para aprofundar esse conhecimento no futuro.

Pesquisador: Qual foi o maior defeito desse currículo?

Acadêmica 1: Foi que as pessoas que fazem o currículo novo são as mesmas que faziam o currículo velho. É difícil elas mudarem. Acho que o currículo só muda mesmo quando nós, que estamos sendo formados neste currículo, virarmos professores e pensarmos de acordo com ele.

Pesquisador: A relação entre o currículo e as necessidades da população foi adequada?

Acadêmica 1: Sim. Ele nos deu uma base boa para atendermos a população em geral. Nós sabemos até quando podemos manejar um caso e quando precisamos

referenciar para uma especialidade. É por isso que eu me sinto capaz de trabalhar no SUS, logo depois de formada.

Pesquisador: Durante o internato, você se sente parte de uma equipe?

Acadêmica 1: Sinto-me só uma doutoranda.

Pesquisador: Você não se sente inserida dentro de uma equipe?

Acadêmica 1: Não. Sinto-me uma acompanhante de uma equipe, ajudando-a em alguns procedimentos, mas como uma “observadora-aprendiz”.

Pesquisador: Mas existe uma equipe?

Acadêmica 1: Existe. Os staffs, os residentes, o pessoal da enfermagem e, dependendo do local, outros profissionais também. Mas não é sempre que eu me sinto fora da equipe, em alguns lugares nós temos mais autonomia e opinamos um pouco mais.

Pesquisador: De maneira geral, essa equipe multidisciplinar funciona?

Acadêmica 1: Funciona. Pelo menos, aqui dentro do HU.

Pesquisador: Você acha que a graduação nos prepara para trabalhar dentro dessa equipe?

Acadêmica 1: Não lembro de nada nesse sentido, mas, observando na prática, é possível aprender como trabalhar junto com outros profissionais de forma adequada, sem sermos arrogantes.

Pesquisador: Existe alguma situação em que você sinta uma maior dificuldade no atendimento ao paciente?

Acadêmica 1: Quando eles estão ansiosos ou agressivos. Eu sou muito calma, não tenho jeito para falar alto e as pessoas acabam dominando a situação. Por enquanto, sempre tem alguém por perto, mas tenho medo de me deparar sozinha com alguém muito agressivo, com um problema psicológico ou intoxicado.

Pesquisador: Como você faz para tentar superar essa situação?

Acadêmica 1: Procuo sempre ficar calma. Acho que, se eu ficar mais nervosa que o paciente, não vai dar muito certo. Às vezes, eu vejo que o staff ou o residente, que são as pessoas que eu observo para aprender, se alteram mais que o paciente e conseguem dominar a situação pela força. Mas eu manteria a calma e procuraria ajuda.

Pesquisador: Em geral, como é sua relação com os pacientes?

Acadêmica 1: É boa. Procuo escutá-los bastante, mesmo na emergência, já que, se eles saíram de casa para ir até ali, é porque tem algum motivo. Assim, eles aliviam um pouco seus problemas e se mantêm uma boa relação. Também tento não ser muito

impositiva no que eu falo, até porque, nem sempre nós temos essa autoridade, ainda mais que somos novos e atendemos pessoas mais velhas.

Pesquisador: Você se sente próxima dos pacientes?

Acadêmica 1: Não em termos de amizade, mas em termos profissionais. Existe uma proximidade no ambiente de trabalho, mas eu tenho um certo distanciamento, não converso sobre coisas particulares, por exemplo.

Pesquisador: Você acha que todo médico deva lidar com as emoções do paciente?

Acadêmica 1: Sim, porque a emoção interfere nas atitudes do paciente. Por exemplo, se ele está muito nervoso com um diagnóstico, ele não vai entender as orientações se você não acalmá-lo. Não dá pra deixar de lado a emoção do paciente e achar que, depois que ele for embora do consultório, vai fazer tudo que você pediu.

Pesquisador: Mas você acha possível lidar com as emoções e, mesmo assim, manter um certo distanciamento do paciente?

Acadêmica 1: Eu não sabia que isso era possível, até ver o trabalho da minha atual supervisora da ULS. Ela tem uma relação muito profissional e faz acompanhamento de pacientes psiquiátricos. Eles confiam nela, aderem ao tratamento, desabafam com ela, sempre respeitando o papel de médica. Não sei como eu vou fazer isso, mas eu vejo que não precisa passar a mão na cabeça do paciente para construir uma relação adequada.

Pesquisador: Você transmite segurança para o paciente?

Acadêmica 1: No começo, eu era mais insegura e os pacientes deviam perceber isso, já que são pessoas normais. Agora, eu tenho mais segurança, pelo menos na relação médico-paciente. Mas, sobre às condutas terapêuticas, eu ainda tenho uma certa insegurança, que deverá ser superada pela prática, principalmente quando já estiver trabalhando, pois, então, terei o estresse de “ter que saber” e estarei sozinha.

APÊNDICE 3

Acadêmico 2

Pesquisador: Quais foram as razões que o motivaram a escolher o curso de Medicina?

Acadêmico 2: Sempre admirei a profissão de médico, embora não fosse a profissão de meu pai. Também admirava o estudo do corpo humano e seus sistemas, especialmente a partir da sétima série, quando comecei a me motivar para fazer Medicina.

Pesquisador: Ao longo da graduação, essas motivações se modificaram?

Acadêmico 2: Algumas se reforçaram e outras se perderam. O gosto pela aquisição de conhecimento sobre o corpo humano se reforçou. A ciência médica se mostrou algo bonito para se estudar e se aprender, como a clínica e o tratamento. Agora, perdeu-se um pouco a admiração pela profissão e a idéia de que o médico sempre ajuda o paciente. A realidade da medicina é diferente da visão utópica que eu tinha, pela própria situação econômica do país. Também vejo alguns médicos, até mesmo professores, que perderam o carinho e o cuidado com as pessoas.

Pesquisador: Quando você entrou na faculdade, já tinha alguma especialidade que pensava em seguir?

Acadêmico 2: Sempre gostei de cirurgia e isso se reforçou na graduação.

Pesquisador: O que reforçou essa idéia?

Acadêmico 2: O gosto pessoal em poder intervir fisicamente em uma pessoa e modificar o curso natural de alguma doença, não apenas no consultório em acompanhamento ambulatorial. Durante a graduação, principalmente em atividades práticas, alguns professores reforçaram essa idéia, através de apoio e de amizade; mas outros não, já que não mostravam interesse em acolher o aluno.

Pesquisador: Hoje, você quer se formar por quê?

Acadêmico 2: Em primeiro lugar desejo ser útil, ter uma profissão, conseguir construir uma vida. Em segundo, penso em independência financeira. Não penso em praticar a Medicina só para ajudar as pessoas, apesar de ser um dos maiores objetivos de um médico, que pretendo perseguir sempre.

Pesquisador: Você conhece a perspectiva do curso de Medicina da UFSC para os formandos da reforma curricular?

Acadêmico 2: É difícil saber ao certo, porque ouço coisas diferentes dos professores. De alguns, ouço que esperam profissionais mais humanos, que vejam os pacientes de forma holística, não de forma compartimentada, inseridos em um contexto social. De outros, ouço que as reformas curriculares simplesmente acontecem, sendo algo natural, mas sem modificar a graduação médica de forma importante.

Pesquisador: Uma das perspectivas é que se formem médicos generalistas. Você quer se formar com essa visão geral?

Acadêmico 2: Apesar de gostar mais de cirurgia e estudar mais essa área, tento aprender o máximo que eu puder de tudo, para me tornar o mais capacitado possível para iniciar a medicina geral. Antes de ser cirurgião, pretendo ser um bom médico generalista. Quero que as pessoas me olhem e me procurem não apenas como um cirurgião, mas que gostem do meu serviço como clínico geral.

Pesquisador: Você acha que vai conseguir se formar um bom médico generalista?

Acadêmico 2: Sou cauteloso com minhas qualidades e defeitos. Talvez não seja tão bom quanto eu deseje, mas vou me esforçar para isso, apesar da escola médica e do HU não estarem muito preparados para isso.

Pesquisador: Outra perspectiva é que tenhamos os conhecimentos necessários para o ingresso nos programas de residência. Você acha que a Universidade nos dá essa estrutura?

Acadêmico 2: Não, mas isso depende do aluno, ainda mais que os concursos estão cada vez mais concorridos. A estrutura da Universidade não é ideal, não forma médicos totalmente capacitados para passar em uma prova de residência, mas não fica muito atrás.

Pesquisador: Qual seria a falha da Universidade?

Acadêmico 2: A forma de avaliação, que não estimula o aluno a fixar o conhecimento e difere das provas de concursos de residência, que são de múltipla escolha. Também não costumamos fazer exercícios de fixação com esse fim, apenas algumas cadeiras fizeram isso.

Pesquisador: Você acha que a graduação em Medicina modificou sua personalidade ou valores morais?

Acadêmico 2: Não acho que a Universidade forme a personalidade de ninguém, vejo isso pelos outros e por mim. Mas sinto que aprendi bastante com pessoas diferentes e me tornei uma pessoa muito mais atenta ao que acontece ao meu redor, por me sentir mais útil e capacitado a intervir quando necessário. Eu entrei mais utópico, querendo “mudar o

mundo”, hoje sou mais realista, nas intenções, nos desejos e nas expectativas. Sobre os valores morais, acho que reforcei meu senso de ética.

Pesquisador: Desde a 1ª fase, foi objetivado transmitir o conhecimento da comunidade e do SUS através de atividades teóricas e práticas. Hoje, você sente que conhece o SUS?

Acadêmico 2: Eu conheço dois SUS. Um teórico, no papel, como muitas coisas nesse país; e outro prático, da realidade. O teórico, que foi repetidamente nos passado em inúmeras cadeiras de Saúde Pública, algumas úteis, outras não, é muito bom, muito planejado, encaixa-se muito bem na realidade brasileira, é barato e eficaz. Entretanto, a realidade é muito diferente, é “oito oitenta”. A realidade de Florianópolis é de pessoas carentes que procuram auxílio médico de forma equívoca, no tempo errado: quando deve procurar, não procura; quando não deve, procura, onerando o sistema por falta de educação e planejamento. Além disso, os profissionais de saúde têm má remuneração e trabalham em ambiente insalubre, sem motivação, o que reflete na qualidade dos atendimentos, apesar disso ser antiético. É difícil você dizer para um enfermeiro ou um médico pai de família, que tem que trabalhar quase de graça, em um ambiente insalubre, que ele tem que tratar melhor o paciente. Eu me sinto mal, pois, às vezes, vejo os pacientes não serem bem tratados aqui no HU. Também falta planejamento do sistema e harmonia entre a gestão municipal, estadual e federal. É um ciclo vicioso que eu vi aparecer na minha vida e não vi melhorar.

Pesquisador: Qual seria a maior falha do SUS?

Acadêmico 2: Não atender a demanda. O HU, por exemplo, perdeu a característica de hospital-escola e hoje serve para atender a demanda da população, que está além de sua capacidade. Nós, acadêmicos, somos apenas coadjuvantes desse processo e não somos devidamente valorizados.

Pesquisador: Em termos de anamnese, exame físico e avaliação, você se sente confiante durante os atendimentos?

Acadêmico 2: De maneira geral, sim.

Pesquisador: Durante a graduação, o que foi mais importante para adquirir essa segurança?

Acadêmico 2: As aulas práticas junto com os professores, ao lado do leito, ensinando o que é certo e o que é errado, como fazer um exame clínico correto, são imprescindíveis na formação médica, sendo algo que eu não esqueço. O estágio obrigatório

no internato também é importante, além de sentar e estudar. A estrutura da escola médica é boa, embora falte algumas coisas.

Pesquisador: Você acha importante ter a aprovação dos professores através de provas, supervisão das atividades práticas ou outras formas de avaliação?

Acadêmico 2: Acho importante ter um retorno, ser cobrado. Algumas coisas de maior interesse nós estudamos por conta, mas a maioria não, sendo importante uma avaliação. O problema é como essa avaliação é feita. Nas cadeiras, talvez, não há como mudar o sistema de provas. Foi tentado fazer avaliações globais, mas a maioria eram provas distintas feitas em um mesmo dia. A avaliação de atividades práticas também é importante, mas, no estágio obrigatório, ela é muito falha.

Pesquisador: Por quê?

Acadêmico 2: Observo que, em outros cursos da área da Saúde, os professores estão muito mais próximos dos alunos durante as atividades de estágio, preocupados com o aprendizado e não simplesmente em trabalhar e atender a demanda da população. No internato, falta esse acompanhamento do aprendizado do aluno, falta um diálogo entre os supervisores e os acadêmicos, que seria uma forma de avaliação mais adequada do que provas.

Pesquisador: Alguma vez, durante a graduação, você sentiu que foi avaliado de forma inadequada?

Acadêmico 2: Inúmeras vezes.

Pesquisador: Pode citar um exemplo?

Acadêmico 2: Agora, no internato, percebi que a avaliação de um dos estágios tinha como critério o gosto pessoal do professor e não levava em conta outras atribuições do aluno.

Pesquisador: A relação entre o currículo elaborado pelos professores e as necessidades dos acadêmicos foi adequada?

Acadêmico 2: Em geral, foi, embora a avaliação do internato seja falha. A idéia de iniciar o internato mais cedo e formar médicos generalistas foi boa, apesar de alguns professores recusarem essa nova proposta, principalmente os que não faziam parte desse processo.

Pesquisador: E em relação às necessidades da população?

Acadêmico 2: Também foi adequada. O contato precoce com a comunidade traz benefícios para a comunidade depois de nos formarmos. Lembro que na primeira fase nos foi passado as peculiaridades da cultura local, na disciplina de Medicina Baseada em

Narrativa, que nos levou a uma personagem folclórica da ilha, dona Bilica. Também, em aulas de Saúde Pública, nos foi passado a necessidade de praticar uma medicina mais humana. O conhecimento do SUS também foi importante, mas faltou um embasamento maior em epidemiologia e na parte prática do SUS.

Pesquisador: Durante o internato, você se sente parte de uma equipe?

Acadêmico 2: Sinto-me. Durante as visitas, por exemplo, em alguns estágios, apesar de ainda não estar formado, a enfermagem pede minha opinião sobre os casos, procura dialogar, o que é interessante para meu aprendizado e meu futuro trabalho em equipe.

Pesquisador: Como a graduação nos prepara para esse trabalho em equipe?

Acadêmico 2: A graduação nos prepara muito pouco para isso, é mais na prática que vemos esse conceito de equipe.

Pesquisador: Existe alguma situação em que você sinta uma maior dificuldade no atendimento ao paciente?

Acadêmico 2: Naqueles pacientes cuja doença necessita de um atendimento especializado, tenho dificuldade em saber até onde o médico generalista vai.

Pesquisador: Em geral, como é sua relação com os pacientes?

Acadêmico 2: Em geral é boa, tanto na emergência quanto no ambulatório. Procuro ser atencioso e empático o máximo possível. Acho que tenho conseguido alcançar esse objetivo, conquistando a confiança e o interesse das pessoas que eu atendo.

Pesquisador: Você considera que tem uma relação próxima com os pacientes?

Acadêmico 2: É difícil se envolver emocionalmente com o paciente. Ao longo da faculdade, eu passei por momentos difíceis, pacientes com mau prognóstico, que foram a óbito, vínculos que foram criados e que foram perdidos. Isso me tornou mais capacitado a lidar com essas situações, mas hoje eu procuro manter um limite, envolver-me até certo ponto. Acredito que isso seja bom para o paciente e preserva o profissional com a cabeça tranqüila para poder intervir corretamente.

Pesquisador: Você acha que todo médico deva lidar com as emoções do paciente?

Acadêmico 2: Sim. Essa habilidade torna o profissional menos limitado e faz o tratamento ser mais eficaz. No entanto, essa é outra falha de nossa formação, que não nos prepara para isso. Às vezes, nós mesmos não conseguimos lidar com isso em nossa vida pessoal, então é difícil lidar com os sentimentos de outras pessoas.

Pesquisador: É possível lidar com as emoções e, ao mesmo tempo, manter uma certa distância do paciente?

Acadêmico 2: É possível, mas depende do paciente e depende do médico. Há pacientes que precisam de um envolvimento maior, outros não.

Pesquisador: Você transmite segurança para o paciente?

Acadêmico 2: Eu tento, mas é difícil saber ao certo se eu transmito ou não. Mas, recentemente, uma enfermeira, ao me observar com uma paciente, elogiou a minha segurança.

Pesquisador: O que você acha que é importante para transmitir essa segurança?

Acadêmico 2: Empatia, paciência, ter uma carga teórica adequada para saber o que está fazendo, experiência prática, estar em um ambiente adequado para trabalhar e ser valorizado.

Pesquisador: Normalmente você se sente seguro dentro dessas atividades?

Acadêmico 2: Normalmente, mas, alguma vezes, sinto-me relegado em um segundo plano. Como eu falei anteriormente, o Hospital Universitário perdeu a característica de hospital-escola e funciona para suprir a demanda.

APÊNDICE 4

4.3. Acadêmica 3

Pesquisador: Quais foram as razões que a motivaram a escolher o curso de Medicina?

Acadêmica 3: Até hoje, ainda não sei. Talvez a experiência de ter feito uma cirurgia renal aos treze anos tenha me estimulado, pelo contato com a área médica. Eu também não me via em outras áreas.

Pesquisador: O que você via de atrativo na carreira médica?

Acadêmica 3: O contato com as pessoas. Conversar e tentar, de algum jeito, ajudar.

Pesquisador: Quando você decidiu que iria fazer Medicina?

Acadêmica 3: No primeiro e segundo ano do segundo grau.

Pesquisador: A motivação em querer ter contato e ajudar as pessoas se manteve durante a graduação?

Acadêmica 3: Sim, eu ainda tenho essa vontade de conversar com as pessoas. Às vezes, no entanto, em momentos de maior estresse com a faculdade, isso diminui um pouco, mas não é algo relacionado à Medicina.

Pesquisador: Quando você entrou na faculdade, já tinha uma especialidade que pensava em seguir?

Acadêmica 3: Não.

Pesquisador: Hoje, você quer se formar por quê?

Acadêmica 3: Para isso. Eu não penso no lado financeiro, vou seguir a área que eu quero.

Pesquisador: O que você quer?

Acadêmica 3: Primeiro, penso em fazer Clínica Médica. Depois, ou Nefrologia, ou Medicina Intensiva, apesar dessa última ter um contato diferente com paciente, não em forma de conversa.

Pesquisador: Você conhece a perspectiva do curso de Medicina da UFSC para os formandos da reforma curricular?

Acadêmica 3: Até hoje ainda não sei direito, mas também nunca fui atrás disso. Acredito que esperam médicos mais humanizados.

Pesquisador: Uma das perspectivas é que se formem médicos generalistas, aptos a trabalhar nos mais diversos ambientes de trabalho em medicina geral. Você quer se formar uma médica generalista?

Acadêmica 3: Seria bom. Desde o começo da faculdade, eu concordei com essa idéia. Claro que, seguindo uma especialidade, eu não vá ser generalista, mas acho que, pelo menos, vou saber minhas limitações e quando encaminhar a outra especialidade. Até porque não sei o que vai acontecer no futuro, posso trabalhar no Programa Saúde da Família ou fazer plantões em emergências, por exemplo.

Pesquisador: Você acha que vai se formar com as habilidades de uma médica generalista?

Acadêmica 3: Sim.

Pesquisador: Outra perspectiva é que o formando tenha os conhecimentos necessários ao ingresso em programas de residência. Você acha que a Universidade nos dá essa estrutura?

Acadêmica 3: Não.

Pesquisador: Qual seria a falha?

Acadêmica 3: Falta os professores terem mais ânimo durante as aulas. Houve poucos professores que realmente estavam preocupados com o entendimento dos alunos. Falta um enfoque maior dos próprios profissionais com a prova de residência, que sempre vai ter e não pode ser ignorada. Estar preocupado com a residência é estar preocupado com a educação. Se tivéssemos tido um aprendizado mais intenso ao longo da faculdade, não precisaríamos chegar no final do ano e decorar, porque já estaria dentro de ti. Acontece também que, no internato, ficamos “soltos”, não tem ninguém para nos orientar. É só trabalho manual, você aprende a evoluir o paciente e aprende a fazer uma prescrição, mas falta um preceptor presente.

Pesquisador: Você acha que a graduação em Medicina modificou sua personalidade ou valores morais?

Acadêmica 3: Sim, influenciou positivamente, no sentido de entender o comportamento de algumas pessoas, entender as atitudes delas. Por exemplo, entender porque uma pessoa faltou uma consulta. Influenciou também na minha convivência familiar. Não sei explicar ao certo.

Pesquisador: Você está mais consciente da realidade das pessoas?

Acadêmica 3: Sim.

Pesquisador: Durante a graduação, o que foi importante para essa mudança?

Acadêmica 3: O início do contato com as pessoas, na Interação Comunitária, onde você vê mais a parte primária, o que falta.

Pesquisador: Mais alguma mudança?

Acadêmica 3: O fato de lidar mais friamente com algumas situações. Como, por exemplo, na UTI, onde você acaba não se influenciando com o fato de os pacientes estarem em situação grave. Ao mesmo tempo que isso me comove, porque eu tento ajudar, eu procuro não levar isso para casa, já que, quando isso acontece, eu fico mal.

Pesquisador: Desde a 1ª fase, foi objetivado transmitir o conhecimento da comunidade e do SUS através de atividades teóricas e práticas. Hoje, você conhece o SUS?

Acadêmica 3: Não. Recentemente, não consegui responder um questionário com perguntas básicas sobre o SUS. Apesar do currículo ter esse enfoque na comunidade, as aulas de Saúde Pública foram péssimas. A experiência nas ULSs foi positiva, mas hoje em dia não são mais produtivas.

Pesquisador: Pensando na graduação, o que faltou nesse sentido?

Acadêmica 3: Um dos problemas é que as aulas tinham uma abordagem muito política ou embasada em experiências pessoais dos professores. Faltaram aulas mais dinâmicas, que prendam a atenção do aluno, como acontece nos cursinhos.

Pesquisador: Qual a sua opinião sobre o SUS?

Acadêmica 3: Na teoria ele é bom. Mas não acontece o que teria que acontecer, especialmente na atenção primária, o que acaba sobrecarregando a atenção secundária e terciária.

Pesquisador: Qual seria a falha?

Acadêmica 3: Seria desde a situação econômica do país até a falta de educação das pessoas que costumam confiar mais no médico do hospital. Sempre foi assim, a não ser que crie um vínculo muito grande com o médico do posto.

Pesquisador: Mas falta estrutura?

Acadêmica 3: Aqui em Florianópolis, tem uma estrutura boa. Não sei em outros locais.

Pesquisador: Você teria condições de trabalhar adequadamente no SUS?

Acadêmica 3: Sim, pelo contato precoce com a comunidade. Acho que nos preparamos bem, sabemos como funciona, sabemos as dificuldades de se marcar um exame ou uma consulta.

Pesquisador: Em termos de anamnese, exame físico e avaliação, você se sente confiante durante os atendimentos?

Acadêmica 3: Em geral, sim. Claro que sempre tem uma certa insegurança em algumas áreas, mesmo agora quando tem alguém te orientando. Mas a maioria das condutas nós sabemos, até pelo estágio na ULS ao longo da faculdade.

Pesquisador: Durante a graduação, o que foi mais importante para ter essa segurança?

Acadêmica 3: Bom, a parte de Semiologia não foi muito adequada, talvez pela construção do novo currículo. Acho que foi o contato com médicos que eu julgava exemplos a ser seguidos, enquanto havia outros em que isso não ocorria.

Pesquisador: Isso em sala de aula ou em atividades práticas?

Acadêmica 3: Mais em atividades práticas, onde sempre tem alguém mais experiente que você.

Pesquisador: Você acha importante ter a aprovação dos professores através de provas, supervisão das atividades práticas ou outras formas de avaliação?

Acadêmica 3: Sim, no entanto, nem sempre os professores são imparciais. Deveria haver uma reciclagem dos professores, assim como ocorreu com o currículo. Muitos deles não têm uma visão generalista da medicina e, embora trabalhem em um hospital público, não sabem como o sistema funciona, não sabem a dificuldade de se marcar um exame. Quanto à forma de avaliação, acho provas adequadas até a oitava fase; no internato, tem que ter uma avaliação prática. Acredito que aprendemos mais com seminários, discussão de artigos ou discussão de casos. Isso também possibilita um maior conhecimento do aluno pelos professores.

Pesquisador: Alguma vez você achou que foi avaliada de forma inadequada?

Acadêmica 3: Não estou lembrada. Vejo algumas condutas inadequadas, mas não em relação a mim.

Pesquisador: A relação entre o currículo elaborado pelos professores e as necessidades dos acadêmicos foi adequada?

Acadêmica 3: Não sei dizer. Eles poderiam ter organizado o currículo antes de aplicá-lo, essa foi a maior falha. Como primeira turma, acabamos sofrendo com isso. A reforma foi boa, mas foi muito “propaganda”, na prática não funcionou tão bem. Não havia um ambiente adequado para o médico generalista e tivemos que correr atrás de muita coisa, o que, por um lado, foi até bom.

Pesquisador: E a relação entre o currículo elaborado pelos professores e as necessidades da população foi adequada?

Acadêmica 3: Sim, está sendo. Mesmo aquela pessoa que não tinha tanta habilidade de contato já teve uma mudança no lidar com a pessoa, o que já é válido para a população.

Pesquisador: E a parte clínica foi adequada?

Acadêmica 3: Também foi. Tivemos bem a parte básica, como Anatomia e Fisiologia. Agora, no internato, estamos passando pelos estágios duas vezes, o que torna nossa experiência mais positiva e beneficia a população. No entanto, as aulas teóricas continuaram as mesmas do currículo antigo, a maioria dos professores não mudaram sua forma de dar aula.

Pesquisador: Durante o internato você se sente parte de uma equipe?

Acadêmica 3: Depende da área médica.

Pesquisador: Em que área você se sente parte de uma equipe?

Acadêmica 3: Na ULS e em algumas enfermarias.

Pesquisador: Quem seria essa equipe?

Acadêmica 3: O médico, o pessoal da enfermagem e do atendimento.

Pesquisador: E onde você não se sente parte de uma equipe?

Acadêmica 3: No centro cirúrgico, nas enfermarias da Clínica Cirúrgica, no centro obstétrico do HU, na enfermaria pediátrica... O problema é que nós estamos dentro de um hospital universitário e não somos tratados como universitários.

Pesquisador: Mas sempre existe uma equipe?

Acadêmica 3: Existe uma equipe entre os alunos e entre o aluno e o professor, mas não com os enfermeiros, por exemplo. Com o pessoal da Nutrição, já é possível ter um contato maior sobre a evolução do paciente.

Pesquisador: Como seria essa equipe entre os acadêmicos?

Acadêmica 3: Às vezes, falta um pouco de companheirismo na nossa sala. Mas isso depende muito da personalidade e da afinidade entre determinadas pessoas. Nós não tivemos um aprendizado de trabalho em equipe.

Pesquisador: Você acha que a graduação falhou?

Acadêmica 3: Falhou.

Pesquisador: E como melhoraria isso?

Acadêmica 3: Não sei, é difícil.

Pesquisador: Mas a graduação abordou isso em algum momento?

Acadêmica 3: Sim, nos trabalhos em equipe, como seminários.

Pesquisador: Essa equipe, apesar das falhas, funciona?

Acadêmica 3: Em geral, sim. Na verdade, entre os alunos, existem diferentes grupos, alguns funcionam melhor que outros, mas sempre há respeito entre nós.

Pesquisador: Existe alguma situação em que você sinta uma maior dificuldade no atendimento ao paciente?

Acadêmica 3: Em atendimento psiquiátrico.

Pesquisador: Por quê?

Acadêmica 3: As aulas de Psiquiatria foram boas, não foi um aprendizado ruim. Mas acho que é uma área à parte, tem que ter um “dom”, não sei se é possível “treinar”.

Pesquisador: Não houve uma falha da Universidade?

Acadêmica 3: Não.

Pesquisador: Como você faz para superar essa dificuldade?

Acadêmica 3: Eu acabo levando para o meu lado e não para o lado médico. Tento criar confiança e dar suporte para o paciente. Procuro agir não como uma estudante de Medicina, mas como eu mesma, procurando conversar no mesmo nível da pessoa.

Pesquisador: E funciona?

Acadêmica 3: Tem funcionado. Claro que sempre tem uma hora em que você tem que dar um diagnóstico e tratar, mas acaba sendo algo mais real, que faz parte do treinamento.

Pesquisador: Em geral, como é sua relação com os pacientes?

Acadêmica 3: É boa. Normalmente, eu saio bem feliz dos atendimentos. Quando eu estou mais triste, uma coisa que me motiva é lembrar o que me fez escolher a Medicina, a parte da comunicação.

Pesquisador: Você se sente próxima dos pacientes?

Acadêmica 3: Sim.

Pesquisador: O que seria importante para ter essa proximidade?

Acadêmica 3: Simpatia e bom-humor talvez. Mesmo que você não seja uma pessoa com esse perfil, tem que tentar, senão não vai ter relação.

Pesquisador: Você acha que todo médico deva lidar com as emoções do paciente?

Acadêmica 3: Sim.

Pesquisador: Por quê?

Acadêmica 3: Porque sempre tem um fator emocional envolvido.

Pesquisador: Como o médico faria isso?

Acadêmica 3: Não tem uma técnica, é algo pessoal. Tem pessoas que inspiram mais confiança que outras, mas também depende de cada paciente.

Pesquisador: Você transmite segurança para o paciente?

Acadêmica 3: Às vezes, não me sinto muito segura no que estou fazendo, falta um pouco de conhecimento. Também me sinto insegura quando outra pessoa acompanha o atendimento, como um colega ou supervisor. Prefiro estar sozinha com o paciente. Mas, em geral, acho que consigo transmitir segurança.

Pesquisador: O que seria importante para isso?

Acadêmica 3: Educação.

APÊNDICE 5

Acadêmico 4

Pesquisador: Quais foram as razões que o motivaram a escolher o curso de Medicina?

Acadêmico 4: Foi uma decisão completamente isolada, não tenho médicos na família e nunca me falaram para fazer isso. Acho que isso acontece com muita gente: quando você tem capacidade para fazer o que quiser, fica mais fácil de escolher, você tem na mão aquilo que você quiser. A medicina era o mais desafiante para mim, era o que mais ia pedir da minha capacidade e gostava das informações prévias. Na medicina, você se apaixona do começo ao fim, você não tem só uma profissão, mas assume uma vida diferente. É desafiante adquirir esse conhecimento que vale para toda a hora, ainda mais vindo de uma cidade pequena e de uma família simples.

Pesquisador: Essa motivação se modificou durante a graduação?

Acadêmico 4: Admito que uma coisa que me desmotivou foi o fato de eu ter passado em dois vestibulares e, por algum tempo, fiquei na dúvida se havia feito a escolha certa frente às dificuldades. Isso é normal, aconteceu com outros colegas também. No começo, nas disciplinas básicas como Anatomia, eu também me sentia desmotivado por não ter essa vivência na família, era um mundo novo, eu me sentia um pouco perdido. Mas hoje me sinto muito mais motivado que no começo. A parte clínica é muito desafiante e se esforçar para ajudar o outro continua sendo uma motivação, mas sem tentar “salvar o mundo”.

Pesquisador: Hoje, você quer se formar por quê?

Acadêmico 4: Pelo futuro. Principalmente agora em contato mais com a prática, penso nessa mudança de estilo de vida, em ter uma profissão em que eu precise me dedicar ao máximo. Claro que tem desafios: vamos passar por mais um “funil” nas provas de residência e a situação financeira está cada vez pior. Quem faz Medicina pela questão financeira “entrou em uma furada”. Mas encontro bastante motivação em bons profissionais em que eu posso me espelhar, que são dedicados e que têm uma boa relação com os pacientes.

Pesquisador: Quando você entrou no curso, já tinha uma especialidade que pensava em seguir?

Acadêmico 4: Pensava em fazer Cardiologia, talvez por na família existir alguns cardiopatas e eu ter mais contato com essa parte. Mas isso é como um “chavão”, acho que muita gente entra na medicina querendo fazer Cardiologia. Hoje eu faria a parte clínica da Gastroenterologia, mas isso pode mudar. Quero manter contato com a emergência e a parte hospitalar, mesmo fazendo a clínica ambulatorial.

Pesquisador: Você conhece a perspectiva do curso de Medicina da UFSC para os formandos da reforma curricular?

Acadêmico 4: Isso está vinculado ao que as pessoas acham da reforma curricular. Existem pessoas que não acreditam na reforma e não esperam nenhuma mudança, talvez esperam até uma piora na formação. Acho que a maioria espera que fique a mesma coisa, mas acho que quem teve mais contato com nós tem uma expectativa de melhora técnica e humana. Acredito nisso, visto que temos uma boa relação com o paciente e temos um preparo técnico melhor às vezes.

Pesquisador: Em termos de formação técnica, em que nossa turma foi diferente?

Acadêmico 4: Talvez pelas incertezas da reforma, acabamos nos esforçando mais na parte teórica. Por exemplo, pelo medo de não ter uma matéria no futuro, estudamos por conta própria e, no fim, ainda tivemos esse conteúdo.

Pesquisador: Na graduação, o que aconteceu para que fôssemos mais humanos?

Acadêmico 4: É uma boa pergunta, porque quando vejo isso não consigo pensar em uma razão para isso. Quem sabe, de tanto forçarem isso, acho que acabou entrando, um pouco, por repetição, essa questão da melhora da relação humana com o paciente. Não conheço todas as turmas da Medicina, mas acho que temos isso destacado.

Pesquisador: Uma das perspectivas é que nos formemos médicos generalistas com habilidades para trabalhar em diversos ambientes de trabalho. Você quer se formar tendo essa visão generalista?

Acadêmico 4: Eu realmente quero. Como ideal, todos esperam sair da faculdade sabendo tudo, até pelo retorno pessoal que isso traz. Além disso, há o desafio de buscar esse conhecimento amplo. Mas isso é um pouco utópico, até pela dificuldade de se manter atualizado em todas as áreas.

Pesquisador: Você acha que vai conseguir se formar um médico generalista?

Acadêmico 4: Acho que sim. A não ser que você seja muito tendencioso durante o curso, todos acabam se formando com uma boa carga teórica geral, tendo responsabilidade e sabendo tratar o paciente.

Pesquisador: Outra perspectiva é que os formandos tenham os conhecimentos necessários para o ingresso nos programas de residência. Você acha que a Universidade dá estrutura para isso?

Acadêmico 4: Quando se visa a formação generalista, acaba ajudando em relação à prova de residência, que é uma prova generalista. De maneira geral, acho que a faculdade nos dá essa estrutura, mas na prática não há um apoio em relação a isso. Por exemplo, no internato, não estamos aqui só para aprender, mas para ajudar o serviço. Nem sempre a parte acadêmica é o principal objetivo.

Pesquisador: Você acha que a graduação em Medicina modificou sua personalidade ou valores morais?

Acadêmico 4: Acho que mudou muito pouco, mais a parte sentimental: valorizo mais a vida e tenho uma preocupação maior com a fragilidade da vida.

Pesquisador: Que características da sua personalidade você acha adequada para a profissão médica?

Acadêmico 4: Paciência e respeito. Não costumo fazer julgamentos ou rótulos das pessoas, procuro tratá-las com igualdade. Acho que tenho essa empatia que falam tanto, gosto de lidar com o paciente sem aquela forma arrogante, antiga.

Pesquisador: Desde a 1ª fase, foi objetivado transmitir o conhecimento da comunidade e do SUS através de atividades teóricas e práticas. Hoje, você sente que conhece o SUS?

Acadêmico 4: Acho que foi transmitido parcialmente. Acredito que temos um conhecimento razoável, mas não completo. Conhecemos mais a prática e os defeitos através da vivência. A teoria, como foi dada, fala mais da formação do SUS e do objetivo ideal, mas não fala do planejamento e das etapas para se chegar a esse objetivo. Nós não temos contato com a evolução do SUS e não sabemos o que está sendo feito a curto prazo.

Pesquisador: Mas a parte prática você sente que conhece?

Acadêmico 4: Parcialmente. Acho que esse conhecimento só vem quando você entra profissionalmente no sistema.

Pesquisador: Isso seria uma falha da Universidade?

Acadêmico 4: Sim, porque esse era um dos objetivos do curso. Faltou um encargo teórico adequado e a Universidade não nos colocou dentro do SUS.

Pesquisador: Qual seria a imagem que você tem do SUS?

Acadêmico 4: É um bom programa, com boas idéias, com objetivos e metas muito interessantes, porém utópicos. Como projeto, representa uma evolução do Estado, mas

ainda carece muito de organização, recursos e até um esclarecimento maior da população, que não conhece e não sabe como funciona o SUS, não tendo uma boa visão sobre ele. É um bom projeto, mas ainda falta muito.

Pesquisador: Qual seria a maior falha do SUS?

Acadêmico 4: O desconhecimento da população sobre as etapas que o SUS propõe, em atenção primária, secundária e assim por diante. Ainda há uma ênfase na medicina hospitalar em detrimento da atenção primária, tanto pela população, quanto por alguns profissionais. Também tem a questão financeira, teria que haver mais recursos da máquina pública e melhor remuneração para os profissionais.

Pesquisador: Em termos de anamnese, exame físico e avaliação, você se sente confiante durante os atendimentos?

Acadêmico 4: Confiante, sim. Mas não acho que alguém consiga ter total controle sobre isso, como tirar todas as informações de uma anamnese.

Pesquisador: Durante a graduação, o que foi mais importante para adquirir essa segurança?

Acadêmico 4: Com o contato com a prática, nós temos mais segurança, com o paciente e com você mesmo, e mais calma para fazer uma anamnese mais limpa. Também, percebendo que, mesmo profissionais experientes não conseguem tirar todas as informações do paciente, ficamos mais tranquilos com os nossos atendimentos.

Pesquisador: Seria, então, a parte prática mais importante?

Acadêmico 4: Com certeza.

Pesquisador: Você acha importante ter a aprovação dos professores através de provas, supervisão das atividades práticas ou outras formas de avaliação?

Acadêmico 4: É interessante ter supervisão das atividades práticas pelo retorno que isso pode dar, como você conversar com o professor sobre suas dificuldades. É importante ter aprovação, tudo que você faz na vida precisa passar pela aprovação de alguém. Você sempre está sendo avaliado. Claro que nenhuma avaliação será cem por cento justa, não seria diferente na medicina.

Pesquisador: Qual seria a forma de avaliação mais adequada?

Acadêmico 4: Acho que deveria ser uma avaliação conjunta da carga teórica e da parte prática, com pesos iguais. A teoria é melhor avaliada através de provas, embora não seja uma avaliação totalmente justa. A avaliação prática deve ser mais adequada, principalmente no internato.

Pesquisador: Como você vê a avaliação durante o internato?

Acadêmico 4: É horrível. As avaliações não envolveram conhecimento do aluno, parece que as notas foram dadas “em blocos”, por grupos. Muitas pessoas não concordaram com as notas, tanto as suas, como as dos outros. Acho que, inclusive, algumas notas foram dadas sem sequer conhecer o aluno. Não estamos sendo bem avaliados no internato: não tem metas a cumprir e não é avaliada a evolução do conhecimento. A avaliação normalmente é de forma a beneficiar quem “puxa o saco”, entenda-se como “puxa-saco” aquele que aparece naquelas horas mais “interessantes” para ter retorno de nota e não na parte que interessa, a parte médica: anamnese, exame físico, evolução, prescrição, diagnóstico e diagnóstico diferencial.

Pesquisador: Falta um acompanhamento maior dos professores?

Acadêmico 4: Falta um conhecimento maior em relação aos alunos e um feedback mais imediato, ao fim do estágio, explicando-se as razões da nota. Isso nunca teve e nunca vai ter.

Pesquisador: Durante a graduação, você alguma vez sentiu que foi avaliado de forma inadequada?

Acadêmico 4: Sim, com toda a certeza.

Pesquisador: Quando foi a vez mais inadequada?

Acadêmico 4: Durante o internato. Por exemplo, no estágio da Clínica Médica, tirei nota dez e não acredito que tenha o conhecimento para merecer essa nota; para tirar nota dez em Clínica Médica, tem que ser muito bom. Na Clínica Cirúrgica, por outro lado, em relação à turma, tirei uma nota baixa, sem encontrar uma razão para isso. Mas não que isso cause maiores problemas.

Pesquisador: A relação entre o currículo elaborado pelos professores e as necessidades dos estudantes foi adequada?

Acadêmico 4: Em parte, não. Acredito que deveria ter se dado uma relevância maior a áreas mais importantes para o médico generalista. Não acho que seja correto, por exemplo, ter um internato igual em Cardiologia e Hematologia. Na parte teórica, também, tivemos uma aula de cinquenta minutos sobre Infarto Agudo do Miocárdio e algumas aulas de três horas sobre patologias raras. Mas, de maneira geral, o currículo foi adequado, o serviço da Universidade e do HU é bem explorado.

Pesquisador: E a relação entre o currículo e as necessidades da população foi adequada?

Acadêmico 4: De maneira geral, foi. Claro que teve esses detalhes sobre algumas áreas mais relevantes que não tiveram uma ênfase adequada, mas acredito que estamos

preparados para dar um retorno à população, embora ainda falte uma preparação melhor da vivência burocrática do serviço.

Pesquisador: Durante o internato, você se sente parte de uma equipe?

Acadêmico 4: Sinto-me dentro de uma equipe, mas não em igualdade de relacionamento. Você tem uma responsabilidade bem limitada, com funções menos nobres, porém essenciais, como auscultar os batimentos cardíacos fetais. Não é uma função nobre, você pode até diagnosticar um sofrimento fetal agudo, mas tem que passar para outro profissional. Isso é normal e faz parte do aprendizado. Também existe uma equipe entre os doutorandos, mais igualitária, com as mesmas funções, mesmas dificuldades, não sendo uma equipe hierarquizada.

Pesquisador: Você acha que a graduação nos prepara para esse trabalho em equipe?

Acadêmico 4: Sim. Ela nos dá carga teórica para entender a importância de nossa função dentro dessa equipe.

Pesquisador: Em termos de relacionamento entre a equipe, existe uma preparação?

Acadêmico 4: Sim.

Pesquisador: Como?

Acadêmico 4: Não saberia responder claramente, mas acredito que chegamos preparados, talvez pelo conhecimento empírico de como as coisas funcionam. A maior parte do tempo acho que funciona bem, já que todos estão ali com a mesma finalidade. Claro que, às vezes, não funciona muito bem, porque estamos no meio de egos exacerbados e de pessoas com conhecimento, o que acaba resultando em choques.

Pesquisador: Existe alguma situação em que você sinta uma maior dificuldade no atendimento ao paciente?

Acadêmico 4: Frente a coisas novas, você sente mais dificuldade. Não só pela dificuldade técnica, mas pela dificuldade de se impor no atendimento.

Pesquisador: Teria algum exemplo disso?

Acadêmico 4: Todos os dias você se depara com coisas novas. Por exemplo, se você nunca fez um parto ou se você se depara a alguma situação mais grave.

Pesquisador: Existe alguma área clínica específica que você sinta uma maior dificuldade?

Acadêmico 4: De maneira geral, não. Acho que tenho os mesmos medos de todos, como você estar de plantão em algum lugar e chegar uma mulher em período expulsivo de um parto pélvico, por exemplo.

Pesquisador: Como você faz para superar essa dificuldade?

Acadêmico 4: O principal é ter confiança, pensar que você está ali para isso; sempre vai acontecer, você tem que resolver. Uma qualidade minha é ter raciocínio rápido, pensar naquilo que tem que fazer. “É coisa nova, mas vamos fazer, preparei-me para isso.”

Pesquisador: Em geral, como é sua relação com os pacientes?

Acadêmico 4: É uma boa relação. Em raros momentos, tive problemas como discussão. A única vez que eu lembro de algum problema, não era em relação a mim, mas em relação a outras pessoas. Todos os pacientes que acompanhei por mais tempo, quando nos encontramos, conversamos e percebo um retorno deles.

Pesquisador: O que você considera importante para ter essa boa relação?

Acadêmico 4: Empatia, respeito e sempre tento fazer o máximo que eu posso para ajudar. Nunca fiquei só no papel de fazer prescrição e evolução. Muitas vezes, fui atrás de exames e conversei com profissionais para conseguir exames.

Pesquisador: Você considera que tem uma relação próxima com os pacientes?

Acadêmico 4: Não. Não tenho uma intimidade que foge da relação médico-paciente. Minha relação fica mais na parte profissional.

Pesquisador: Você acha que todos os médicos devam lidar com as emoções do paciente?

Acadêmico 4: Acho que deve. Até assumo uma “meia-culpa”, porque na prática eu mesmo não interajo tanto e não puxo tanta responsabilidade sobre o que o paciente está sentindo.

Pesquisador: Por que você acha que isso acontece?

Acadêmico 4: Pela minha personalidade, sou um pouco mais fechado em relação a parte sentimental. Dou preferência a relacionamentos mais profissionais e técnicos, mas embasados em empatia e respeito.

Pesquisador: É possível lidar com essas emoções e mesmo assim manter uma certa distância?

Acadêmico 4: Acho que é possível, mas isso acaba te influenciando. No fim, você pode terminar o dia melhor ou pior por causa disso.

Pesquisador: Você transmite segurança para o paciente?

Acadêmico 4: Poderia transmitir um pouco mais. Muitas vezes, a confiança vem a partir do conhecimento, você só pode transmitir aquilo que você tem uma certa autoridade para falar. Outra dificuldade é que, ainda como não-médico, as condutas não são suas e você não se sente confiante, sendo normal que você não transmita tanta segurança. Mas isso faz parte do aprendizado e é superado com o tempo e com a experiência.

Pesquisador: E quando você atende algum paciente sobre um assunto que você domine?

Acadêmico 4: Aí, sim. Eu transmito confiança.

Pesquisador: Em geral, isso acontece?

Acadêmico 4: Não. Muitas vezes, ficamos em dúvida sobre a conduta, que nos é passada sem discussão e chegamos para o paciente com uma conduta que não é sua, que você não tem o conhecimento do porquê ela está sendo passada.

Pesquisador: O conhecimento seria o principal para poder transmitir segurança?

Acadêmico 4: Sim, até para se evitar o questionamento do paciente.