

Enfrentamentos do Estudante na Iniciação da Semiologia Médica

Challenges faced by Students when Beginning Medical Semiology

Gilka Paiva Oliveira Costa¹
Thuany Bento Herculano¹
Aléxia Lavínia Holanda Gama¹
Rayanne Pereira Cabral¹
Diogo Berto Campos¹
Davison Noely Salvino de Oliveira¹

PALAVRAS-CHAVE

- Anamnese.
- Exame Físico.
- Educação Médica.
- Psicologia Médica.

RESUMO

Introdução: Uma das maiores expectativas do acadêmico de Medicina é ter contato com o paciente. Tradicionalmente, é na disciplina de Semiologia Médica que este contato se materializa. Este artigo pretende identificar vivências, opiniões e situações adversas enfrentadas por alunos do quarto período a fim de propor estratégias de enfrentamento para esses dilemas na graduação. **Metodologia:** Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, cujos participantes foram 87 alunos do quarto período do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que compuseram 12 grupos focais. As discussões foram transcritas para posterior análise. O material produzido foi submetido a uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD) simples com auxílio do software Iramuteq versão 0.6. **Resultados:** A CHD dividiu o corpus em cinco classes: o paciente; o estudante; a metodologia; reconhecimento; o exame físico. Foram relatadas como barreiras nas primeiras vivências do estudante: a escolha dos pacientes para as primeiras anamneses; a sensação de que não está ajudando o paciente; receio de incomodar; dificuldade de distinguir o normal do patológico; problemas na metodologia de ensino; o desafio de lidar com a intimidade emocional e corporal do paciente; dificuldades técnicas no exame físico. **Discussão:** A percepção de incompetência e de não poder contribuir com o tratamento do paciente gera no estudante ansiedade, angústia, frustrações, insegurança, dúvida e medo, o que dificulta o enfrentamento nos primeiros contatos com o paciente. Tais condições prejudicam tanto o aprendizado, como a saúde mental do aluno e, dependendo de como sejam enfrentadas, podem interferir na formação e na prática médica. **Considerações finais:** Nos primeiros contatos com o doente, o estudante necessita de habilidades que não se sente capaz de demonstrar. Assim, são vivenciados vários sentimentos, que limitam a construção de um conhecimento que é progressivo, mas que acontece num cenário real, onde as demandas se apresentam de forma integral. Por esse motivo, espaços de diálogo são fundamentais para que os graduandos tenham uma rede de apoio para suprimir o estresse do contato com o paciente e os desafios do seu adocimento. É necessária maior integração entre docentes e discentes para melhor aproveitamento das aulas em cenários práticos, bem como respeito às limitações próprias do estudante, de forma que este não as entenda como inadequadas.

KEYWORDS

- Anamnesis.
- Physical Examination.
- Medical Education.
- Medical Psychology.

ABSTRACT

Introduction: One of the greatest expectations of the medical student is having contact with the patient. This contact traditionally materializes in the discipline of medical semiology. This article intends to identify the experiences, opinions and adverse situations faced by fourth-semester students in order to propose coping strategies for these dilemmas within undergraduate training. **Methodology:** A descriptive, qualitative study, with a sample of 87 fourth-semester students from the undergraduate medical course at UFPB, who composed 12 focus groups. The discussions were transcribed for further analysis. The material produced was submitted for simple Descending Hierarchical Classification (DHC) with the aid of Iramuteq software version 0.6. **Results:** DHC split the corpus into five classes: Patient; Student; Methodology; Recognition; and Physical Examination. The students reported the following as barriers in their initial experiences: choice of patients for the first anamneses; believing that they were not helping the patient; fear of disturbing the patient; difficulty in distinguishing between what is normal and what is pathological; problems in the teaching methodology; the challenge of dealing with the emotional; and physical contact with the patient and technical difficulties in the physical examination. **Discussion:** Feeling incompetent and incapable of helping to treat the patient causes anxiety, anguish, frustration, insecurity, doubt and fear in the student, making it difficult to cope in their initial contact with patients. Such conditions undermine both the learning and mental health of the student and, depending on how they are dealt with, may interfere in their medical training and practice. **Final considerations:** Upon first contact with the patient the student needs skills that he or she does not feel capable of performing. Thus, several feelings are experienced that limit the learning process, which is progressive, but happens in a real life scenario, where demands are presented in a comprehensive manner. For this reason, platforms for discussion are fundamental for student doctors to have a support network to resolve the stress of contact with the patient and the challenges of dealing with their illnesses. Greater integration between teachers and students is necessary for the best use of classes in practical settings, as well as respect for the student's own limitations, so that they are not deemed as inadequate.

Recebido em: 4/11/17

Aceito em: 10/12/17

INTRODUÇÃO

A reforma curricular nos cursos de Medicina é bastante discutida e visa encontrar maneiras de promover a formação de um profissional humanizado. A formação médica atual tem buscado seguir o que preconiza o Artigo 3º das Diretrizes Nacionais Curriculares (DNC): “o graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética”¹.

Uma das maiores expectativas do acadêmico de Medicina, desde que inicia o curso, é ter contato com o paciente. Tradicionalmente, é na disciplina de Semiologia Médica que este contato se materializa. Nela, há o aprendizado de técnicas de anamnese e exame físico, sinais e sintomas de algumas doenças, e é também quando se estabelece a construção da relação estudante de Medicina-paciente².

No entanto, embora em vários cursos médicos do País o contato com o paciente já exista desde os primeiros períodos

do curso, ainda é depositada na Semiologia essa atribuição, o que acreditam ser o verdadeiro início da prática médica. Tal expectativa é extremamente cartesiana e baseada na doença e não no doente, além de gerar vários sentimentos experimentados pelo estudante ao se perceber utilizando o paciente como objeto de aprendizado³.

Ao escolherem a carreira médica, muitos estudantes são movidos pelo desejo de curar, ajudar ou salvar. Durante a graduação, no encontro com o paciente, essas expectativas afloram. Entretanto, o aprendizado centrado no diagnóstico e tratamento de doenças pode levar o médico em formação a negligenciar aspectos da subjetividade do paciente. Ao se deparar com situações que colocam em xeque sua resiliência, como na iminência de morte, o estudante acaba negando sua própria subjetividade, em especial a expressão de seus sentimentos⁴.

Segundo a Teoria Social de Parsons⁵, o estudante de Medicina enfrenta expectativas singulares de como deve agir perante o paciente, o médico-professor e os demais membros da equipe de saúde. Entretanto, como essas expectativas não são necessariamente correspondidas, o estudante pode vivenciar diferentes níveis de “conflitos de papéis”, que emergem quando o comportamento do outro diverge do esperado, como, muitas vezes, ocorre na relação com o paciente.

Uma grande dificuldade enfrentada pelo estudante durante o aprendizado da Semiologia Médica reside em construir uma boa comunicação com o paciente, tendo a obrigatoriedade de seguir um roteiro de anamnese que, muitas vezes, o leva a uma entrevista fechada, com perguntas diretas, focadas na pesquisa de informações biomédicas⁶. Além de dificultar a construção de uma boa relação interpessoal, a entrevista é cansativa, com perguntas repetitivas e que, muitas vezes, interrompem a fala do paciente⁷.

Cabe considerar que a relação estudante/médico-paciente vai muito além do domínio da habilidade de comunicação, entendida aqui como uma ferramenta e não como objetivo final. Isto porque, para entender o paciente em sua complexidade e inteireza, é necessária uma formação que contemple outros aspectos, como os conteúdos abordados pelas ciências humanas (Psicologia, Sociologia, Antropologia). Além desse suporte teórico, é importante acompanhar o estudante na prática, com análise crítica das diversas posturas assumidas no contato com o paciente. Assim, permite-se que o futuro médico compreenda as potencialidades e desafios decorrentes do tipo de relação que está sendo construída⁸.

Considerando os desafios enfrentados pelos acadêmicos neste momento do curso e sua relevância na saúde mental do estudante e na formação médica, este artigo pretende identificar as vivências, opiniões e situações adversas enfrentadas por alunos do quarto período, cursando a disciplina de Semiologia Médica, na anamnese e exame físico de seus primeiros pacientes no hospital, a fim de propor estratégias de enfrentamento para esses dilemas na graduação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, do qual participaram graduandos em Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Foram incluídos os estudantes que cursavam os componentes curriculares “MHB4 – O Estudante de Medicina e o Paciente”, que corresponde à Psicologia Médica, e “Semiologia Médica” simultaneamente durante o quarto semestre da graduação, que comparecessem às aulas e às monitorias do MHB4.

O MHB4 corresponde ao módulo horizontal básico que integra o grupo de módulos prático-reflexivos da estrutura

curricular do curso médico da UFPB e cuja proposta de ementa é promover a discussão das vivências na construção da relação entre o estudante de Medicina e o paciente durante o quarto período do curso⁹.

Para coleta de dados, os alunos foram divididos em 12 grupos focais, mediados pelos monitores do componente curricular MHB4. A discussão foi gerada com base nas questões “Quais as principais dificuldades enfrentadas por você na anamnese?” e “Quais as principais dificuldades enfrentadas por você na realização do exame físico?”. As sessões aconteceram no horário da aula de MHB4 nos períodos letivos 2016.1 e 2016.2. Foram gravadas (média de tempo de 60 minutos) e posteriormente transcritas na íntegra, preservando a identidade dos participantes.

O material produzido nas transcrições foi organizado em um único *corpus* (52 páginas), que foi submetido a uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD) simples com auxílio do *software* Iramuteq versão 0.6. De acordo com Camargo e Justo¹⁰, essa análise visa obter classes de Segmentos de Texto (ST) que, ao mesmo tempo, apresentem vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos ST das outras classes.

A CHD, além de permitir uma análise lexical do material textual, oferece contextos (classes lexicais), caracterizados por um vocabulário específico e pelos segmentos de textos que compartilham esse vocabulário⁷. Após a CHD simples, foram consideradas para inserção em cada classe as palavras não instrumentais cuja frequência fosse maior do que a frequência média do conjunto de palavras da totalidade do *corpus* e com qui-quadrado de associação à classe $\geq 3,84$ (pois, $p < 0,05$). As questões sociodemográficas foram submetidas a análise descritiva no *software* SPSS, versão 0.10.4.

A pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos (Parecer nº 2094774 e CAAE:69043417.6.0000.8069) e foi realizada com base nos determinantes instituídos pelas resoluções 196/1996 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

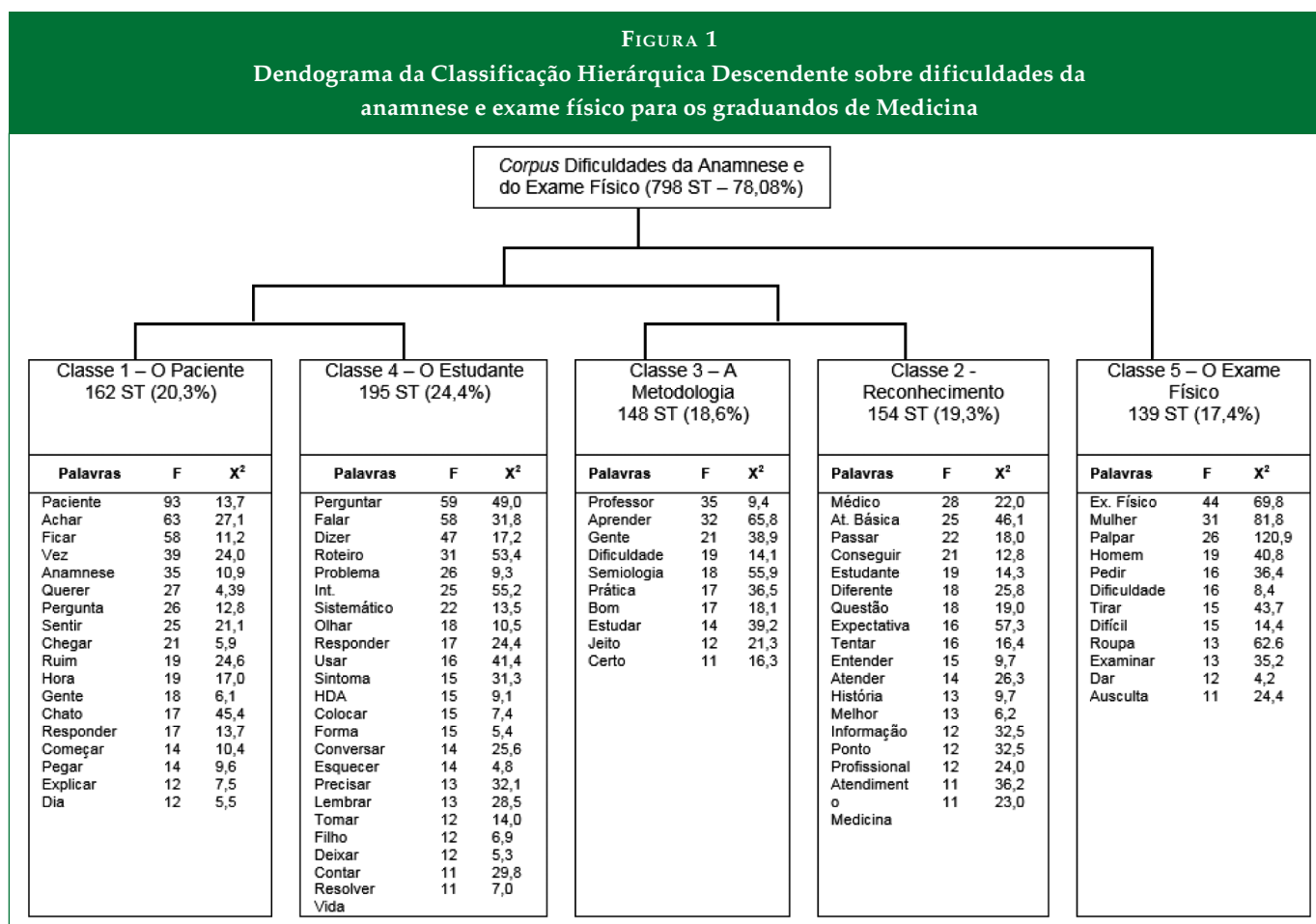
RESULTADOS

Participaram do estudo 87 graduandos de Medicina com média de idade de 23,3 anos (DP = 3,9 anos), cujas idades mínimas e máximas foram de 19 e 37 anos. Destes, 64,4% (56) eram do sexo feminino e 35,6% (31) do sexo masculino. Entre os participantes da pesquisa, 45,9% (40) tinham experiência com outro curso superior, e, destes, apenas 27,5% (11) afirmaram ter concluído o curso. Não exerciam nenhum tipo de trabalho remunerado 79,3% (69).

O conteúdo do *corpus* analisado compreende as dificuldades e incertezas dos estudantes frente ao aprendizado das

técnicas de anamnese e exame físico, mas, sobretudo, se destacam na construção da relação com o paciente. O *software* Iramuteq reconheceu a separação do *corpus* em 1.022 segmentos de texto. A CHD reteve 798 textos, 78,08% do total, e dividiu o *corpus* em cinco classes, conforme indica a Figura 1.

Num primeiro momento (primeira partição), o *corpus* foi separado em dois *subcorpora*: de um lado, um conjunto formado pela futura Classe 5, que está correlacionada ao exame físico, em oposição ao conjunto do que se tornariam as Classes 1, 4, 3 e 2, que abordam diferentes aspectos da entrevista médica.



Fonte: Elaboração própria.

Uma segunda partição originou as Classes 1 e 4; e uma terceira partição resultou nas Classes 3 e 2.

A Classe 1 (“O paciente”) correspondeu a 20,3% do *corpus* e traz comentários sobre as dificuldades do graduando do quarto período em “escolher” um paciente “ideal” para realizar a anamnese. Pela condição de acadêmico, ele tem flexibilidade para encontrar um paciente disposto a responder a sua entrevista e acaba desenvolvendo critérios de elegibilidade dentro das enfermarias para encontrar pacientes que facilitem seu exercício de entrevistar:

[...] com relação à escolha dos pacientes eu, às vezes, escolho algum que eu acho que é mais simpático, que é menos debilitado e que não está com cara de muito entediado. (grupo focal 5)

A procura por um “paciente ideal” ao aprendizado acaba angustiando o estudante, como exposto na fala:

[...] de início eu achava muito esquisito nós escolhermos o paciente, era muito estranho nós sairmos olhando nos quartos [...] eu me sentia mal [...] me sentia estranho! (grupo focal 4)

Entre as dificuldades inerentes ao paciente, estão as condições clínicas graves, que dificultam passar longos períodos respondendo à anamnese, o que é comum num serviço de alta complexidade como o hospital universitário; e a baixa escolaridade, que dificulta a compreensão de termos médicos e a construção de uma história linear a partir do adoecimento.

Outro ponto que merece destaque nesta classe é a percepção do estudante de que não está acrescentando nada ao paciente, pois não pode dar um diagnóstico, solicitar um exame ou instituir a terapêutica. De modo geral, há uma ideia de estar “usando” o paciente como objeto de aprendizado sem retribuição:

Uma das coisas ruins que eu acho em fazer anamnese é que eu sinto como se estivesse gastando o tempo do paciente, como se estivesse usando o paciente. Eu não tenho conhecimento, como vou contribuir para a saúde desse paciente? (grupo focal 6)

Na concepção dos estudantes, alguns pacientes compreendem que estão contribuindo para a formação daquele que os entrevista; por outro lado, outros se mostram preocupados ou desconfortáveis em contar detalhes de sua vida e/ou adoecimento para alguém inexperiente, culminando com alguns que se recusam a responder às questões do graduando.

Nós temos que entender que o paciente sabe que é um hospital-escola, mas, mesmo assim, eu acho que eles se incomodam com tanto exame o tempo todo. (grupo focal 7)

Em oposição à Classe 1 está a Classe 4, nomeada “O estudante”, que correspondeu à maior proporção de segmentos de texto do *corpus* (24,4%), como era esperado em virtude de serem estes os interlocutores dos grupos focais. Seus elementos estão relacionados às incertezas do estudante quanto à própria competência em entrevistar o paciente, como apontou a fala:

Como estudantes, geralmente, não sabemos nem o que fazer nem o que dizer. (grupo focal 4)

Essas incertezas também se manifestam quando o estudante se vê frente aos questionamentos do paciente, colocando-o em posição desconfortável por não conseguir responder de forma resolutiva às perguntas feitas:

Nós não sabemos quase nenhuma doença ainda, e o paciente começa a perguntar se vai melhorar, se tem cura, se pode tomar determinado medicamento [...] (grupo focal 8)

Outros elementos desta classe apontam a inabilidade dos estudantes em adequar termos técnicos e a dificuldade em se desvencilhar de um roteiro estruturado para anamnese, que, para eles, deixa a entrevista mecânica e cansativa. Têm dificuldade em construir uma entrevista global, e temem esquecer dados importantes, sobretudo do interrogatório sintomatológico, ou se perder em meio às narrativas do paciente.

Eu não sigo muito esse negócio de roteiro, porque eu acho que fica muito mecânica a anamnese, apesar de ser bem mais rápida, mas eu prefiro demorar mais fazendo e ir levando mais a entrevista como uma conversa. (grupo focal 3)

[...] quando eu estou conversando com o paciente e ele fala um sintoma ou responde algo que eu perguntei e a conversa vai tomando outros rumos, depois eu não consigo retomar. (grupo focal 1)

O interrogatório sintomatológico foi a parte da anamnese que mais gerou desconforto ao estudante, pois consiste numa revisão dos sintomas dos múltiplos sistemas corporais. Para o graduando, há uma sensação de inadequação das perguntas realizadas às queixas do paciente. Ao mesmo tempo em que não compreendem a aplicabilidade do que se pergunta, também percebem que o paciente não entende o porquê do que é perguntado:

[...] quando você já é médico, já sabe o que perguntar, mas como nós não sabemos, é melhor fazer todas as perguntas do interrogatório sistemático, porque se não, pode ser que a gente deixe de perguntar algo que é muito importante. (grupo focal 1)

A Classe 3, nomeada “A Metodologia”, representou 18,6% do *corpus* e contém as dificuldades dos estudantes em atender às expectativas do professor de Semiologia com relação ao seu aprendizado, o que acaba gerando exigências vistas pelos estudantes como excessivas, como mostram as falas:

Você cai de paraquedas num hospital e tem que saber um monte de termos técnicos que nunca ouviu [...] (grupo focal 9)

Essa para mim é uma das maiores dificuldades: a falta de conhecimento para atender e para lidar com os pacientes na Semiologia; nós temos uma aula teórica e uma aula prática e somos jogados a fazer exame físico. (grupo focal 5)

Outro aspecto abordado nesta classe são as deficiências na metodologia de aprendizagem, como a escassez de aulas práticas em detrimento do excesso de teoria. Além disso, apon-

tam a limitação de pacientes disponíveis, que são disputados com internos e residentes, o que gera uma sensação de abandono do estudante no cenário do hospital, sem ao menos saber como abordar o paciente ou examiná-lo.

Os graduandos também fazem conjecturas sobre condições que, para eles, seriam mais eficazes para alcançar melhores resultados na Semiologia e na construção da relação médico-paciente:

O curso não trabalha o relacionamento interpessoal, as ferramentas de comunicação e até como entrevistar [...] isso é deixado em segundo plano, pois aqui só se consideram as técnicas diretamente relacionadas às questões clínicas, enquanto as outras técnicas [...] são negligenciadas e tidas como coisas menores. (grupo focal 1)

Essa distância da formação com a prática é enorme. Então, aqui, como nós somos muito focados em nota, em prova, essa parte de habilidade interpessoal ninguém está a fim de treinar. (grupo focal 1)

Em oposição à classe “A Metodologia”, está a Classe 2, nomeada “Reconhecimento”, que representou 19,3% do corpus e contém os segmentos de texto em que os estudantes se percebem enquanto médicos em formação, com limitações, inseguranças e potencialidades, e as cobranças e exigências apontadas na classe anterior são dirimidas por essa autocrítica. Como parte desse processo de formação, encontram na empatia, que emerge de forma intuitiva, a capacidade de compreender o paciente e também ser compreendido por ele, como expressou este estudante ao relatar como aborda o paciente e as consequências dessa forma de interação:

Eu ainda não tenho como lhe ajudar a chegar ao diagnóstico, mas no que eu puder lhe ajudar eu não vou me omitir [...]. Isso ajuda muito na criação de empatia com o paciente, dele perceber que, além da sua preocupação com o objetivo da sua conversa, você também está preocupado com aquilo que o paciente precisa. (grupo focal 1)

Como parte desse processo de reconhecimento, os estudantes apontaram como grande desafio lidar com o lado emocional do paciente, sobretudo quando questões da anamnese levam o paciente ao choro:

A paciente começou a chorar muito e disse que tinha três filhos e ninguém queria saber dela [...] E aí, o que eu ia fazer? [...] Você só escuta? Porque você só escutar não vai resolver tanto, não é? (grupo focal 3)

Na classe 2 (“Reconhecimento”), também aparece a percepção do estudante de que sua atuação é distinta na atenção básica e no hospital universitário. Isto porque, na estrutura curricular do curso de Medicina da UFPB, o graduando é inserido precocemente na Estratégia de Saúde da Família, antes de passar pela disciplina de Semiologia. Lá, ele é exposto a atender o paciente sem o professor e só depois discute o caso e o plano terapêutico com o preceptor. Como não há exigência de realizar uma anamnese nos moldes do ensinado na Semiologia, acaba por desenvolver a habilidade de conversar com o paciente sem questões predeterminadas e objetivos rígidos.

Eu acho que na atenção básica a conversa se desenrola mais naturalmente. (grupo focal 4)

A Classe 5, “O exame físico”, correspondeu ao menor número de segmentos de texto do corpus (17,4%), porém evidenciou o incômodo do estudante com suas limitações em distinguir o normal do patológico, como evidencia a fala:

Eu não consigo fazer um exame físico de qualidade, e o pior do exame físico é a palpação, porque, às vezes, você não sabe nem o que está procurando. (grupo focal 2)

O maior número de segmentos de texto dessa classe diz respeito ao constrangimento em examinar pacientes, especialmente do sexo feminino, como ratificou este estudante:

Eu também prefiro pegar homem, pela dificuldade de fazer o exame cardíaco na mulher [...] justamente pela vergonha de fazer ausculta cardíaca no tórax dela. (grupo focal 7)

As dificuldades para aprender a examinar os pacientes são potencializadas pelas condições do ambiente, que não oferece privacidade:

Eu procurei uma enfermaria um pouco mais favorável, porque numa enfermaria lotada você entra e já fica todo mundo olhando para você [...] o quarto lotado e ainda com os acompanhantes. (grupo focal 3)

DISCUSSÃO

De modo geral, no que se refere tanto à anamnese quanto ao exame físico, o que emerge de modo mais marcante em nossos dados é a percepção de incapacidade e limitação do estudante, o que dispara vários sentimentos negativos, também verificados em outros estudos. Merecem destaque os sentimentos de ansiedade, angústia, frustração, insegurança,

dúvida e medo que estão relacionados ao primeiro contato do acadêmico com pacientes que já têm diagnóstico, estão internados e em tratamento. Esta condição também se relaciona ao sentimento de estar usando o paciente como “objeto de aprendizado”^{3,11,12}.

Não contribuir com o tratamento do paciente é destacado na Classe 1 (“O paciente”) e traz à discussão um dos maiores e mais marcantes desafios da formação médica: a necessidade de aprender com o outro sem torná-lo um mero objeto de estudo. Esse dilema é notório nas disciplinas que introduzem o exame clínico, nas quais a capacidade de comunicação do estudante é posta à prova. Tal fato representa um constrangimento para o aluno, que ainda não consegue conceber esta relação de intimidade criada subitamente a partir de uma necessidade e enxerga esta situação como uma invasão de privacidade por não poder estabelecer uma relação de troca com o paciente^{11,13}.

Novamente, a percepção de incompetência se revela na Classe 4 (“O estudante”), neste caso, relativa à incapacidade de entrevistar, direcionando a anamnese para as questões de um roteiro que, para eles, prejudica a relação com o paciente. Sentem-se incapazes de construir uma história que tenha todos os dados relevantes do paciente e sua doença, além do temor de se mostrarem inseguros e de errar. Prendem-se às perguntas de um roteiro cujo sentido não compreendem, quando na realidade a literatura revela que uma boa entrevista e a relação entre médico e paciente decorrem da habilidade de saber conversar e, principalmente, ouvir^{14,15}.

Para Balduino *et al.*⁶, a fixação excessiva do estudante ao roteiro compromete a dinâmica inerente ao processo de encontro com o paciente, tornando a entrevista rígida, assumindo às vezes o caráter de um interrogatório maçante, o que impede uma comunicação mais plena, fluente e empática. Além do mais, os estudos apontam que a entrevista focada nas perguntas induz os estudantes a ignorarem sua habilidade de comunicação, passando a fazer perguntas fechadas, direcionadas apenas às informações clínicas¹⁶.

Outra questão que emerge é a dificuldades percebida pelos estudantes em atender às expectativas do professor (Classe 3). Nesse aspecto, a literatura dialoga sobre a relação professor-estudante, na qual os alunos não são adequadamente preparados para esse momento¹¹, assim como os docentes podem direcionar o processo de ensino-aprendizagem de forma inadequada, o que constitui uma agressão psicológica¹⁷. Isto promove adoecimento, resultante do “trauma cumulativo”, determinado pelo somatório de violências diárias, que podem atingir as esferas pessoal e interpessoal do estudante. Essa situação o torna mais vulnerável ao estresse¹⁸.

Por outro lado, autores apontam que médicos-professores, muitas vezes, carecem de uma formação didático-pedagógica adequada, o que contribui para um processo de ensino deficiente¹⁹, no qual o aluno assume posição de observador e depois tenta (re)produzir a forma como o professor abordou o paciente, o que gera no graduando a necessidade de atender às expectativas daquele professor. Não há, de modo geral, o uso de metodologias ativas que fortaleçam no discente o seu protagonismo e autonomia para construir a relação com o paciente que entrevista.

É descrito ainda na Classe 3 que o ensino acerca do relacionamento interpessoal é subestimado em relação à parte clínica do curso. Para Brasil *et al.*²⁰, há uma concepção de que não é preciso treinar esta habilidade, pois seria algo inerente às características pessoais do indivíduo e de sua capacidade de comunicação, o que constitui um importante entrave no aprendizado de técnicas de entrevista médica, contribuindo para a reprodução de vícios aprendidos pela observação de profissionais mais experientes^{20,21}.

A habilidade de comunicação deve ser ensinada e constantemente treinada no curso médico. Para isso, as faculdades precisam encontrar mecanismos para desenvolver e avaliar a evolução do graduando nesta competência, incluindo, além do paciente, a habilidade de comunicação com os familiares e os demais profissionais da equipe de saúde. A comunicação efetiva também traz bons resultados à saúde física e psíquica do paciente²¹.

Sabe-se que o ensino e o desenvolvimento de práticas que estimulem o profissional de saúde em formação a ter empatia são de fundamental importância²². E, pelo fato de estarem constantemente num local de prática permeado de sofrimento, fazem com que o profissional de saúde desenvolva uma atitude mais empática^{23,24}. Contudo, estabelecer contato com a dor do paciente emerge em nosso estudo como o desafio para lidar com o lado emocional do outro e reconhecer essa limitação (Classe 2, “Reconhecimento”). Isto também se revelou em estudo realizado no Ceará²⁵, em que estudantes do quarto período, em comparação ao primeiro e oitavo, tiveram níveis mais elevados de sintomatologia relativa ao estresse ligados ao fato de não saberem lidar com as condições do doente.

Na classe “Reconhecimento”, a dicotomia entre o papel do estudante na atenção básica e no hospital universitário apresenta a própria ambivalência do currículo da UFPB, que se encontra em processo de transição, iniciado a partir da reforma curricular em 2007. O novo currículo tem estrutura modular: os módulos horizontais técnico-reflexivos têm foco na relação médico-paciente e na formação ética e bioética, como

o MHB4; e os módulos horizontais prático-integrativos têm como eixo pedagógico a problematização da vivência dos estudantes que se inserem em serviços de saúde ao longo dos oito semestres iniciais²⁶.

Apesar de já ter uma década, essa estrutura curricular ainda enfrenta resistência. Muitas vezes, coexistem no mesmo momento do curso metodologias mais tradicionais, cujo cerne é o professor, e metodologias ativas, em que o estudante é corresponsável pela construção do seu aprendizado. Para Gomes *et al.*²⁵, essas diferentes posturas teórico-pedagógicas comprometem o perfil integrativo do curso e intensificam divergências políticas, sendo o estudante o principal sujeito afetado nesse processo.

Na atenção básica, na concepção dos próprios estudantes, foi possível vivenciar formas alternativas de aprendizado que possibilitaram realizar uma entrevista médica global sem as amarras de um roteiro rígido. Dessa forma, a perspectiva de abordagem integral do paciente permitiu uma interação mais adequada e, possivelmente, um vínculo mais forte, o que minimiza os sentimentos de invasão de privacidade e impotência.

Um estudo realizado por Ferreira *et al.*²⁶ num contexto de reforma curricular de uma graduação em Medicina, com inserção precoce do graduando na atenção básica, evidenciou que, ao se relacionar com a comunidade, o estudante constrói seu próprio conhecimento de forma integrada, reunindo atributos afetivos, técnicos e cognitivos. Para os autores, o trabalho com a comunidade, além de um aprendizado contextualizado com a realidade social do paciente, permite a construção do vínculo pessoa-estudante-profissional, por meio do qual se estabelecem relações mais horizontais. Em análise semelhante, Adler e Gallian²⁷ relatam que a inserção longitudinal do estudante na atenção primária, além de fomentar responsabilidade profissional, permite desenvolver habilidades humanísticas por meio da valorização da escuta do paciente e da identificação contextualizada de seus problemas.

Na Classe 5 (“O exame físico”), a dificuldade do estudante em distinguir o normal do patológico ressalta a importância das atividades práticas no treinamento das habilidades necessárias para examinar o paciente, orientadas por professores e monitores³. O desafio de examinar o paciente do sexo oposto e abordar sua intimidade corporal também se dá pelo fato de os estudantes, em sua maior parte, serem adolescentes e jovens que ainda estão aprendendo a lidar com a própria sexualidade¹³.

Além disso, as dificuldades para aprender a examinar os pacientes são potencializadas pelas condições do ambiente, que não oferece privacidade. Além de bem iluminado e confortável, o local deve ser privativo para que o paciente se

expresse sem receios quanto ao sigilo das informações e exposição de seu corpo²³. Este cenário é difícil de ser alcançado num hospital universitário, onde as enfermarias possuem, em média, quatro leitos, e os pacientes são frequentemente abordados por médicos, residentes, internos e estudantes de outros cursos da saúde¹³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apontam estudantes ansiosos, com sensação de incompetência por se sentirem cobrados em habilidades que ainda não conseguem demonstrar. Além disso, estão imersos num cenário de carências, sofrimentos e dificuldades que precisam superar para dar continuidade à sua formação. Nesse contexto, eles esquecem as habilidades que têm para atender demandas engessadas e cujo sentido não conseguem entender. É necessário acolher esses sentimentos e fortalecer as habilidades que já foram construídas para que estas facilitem a construção de outras, ao mesmo tempo em que os alunos possam compreender o sentido do que fazem e do que lhes é exigido.

Grande parte da angústia desse estudante se dá pela ansiedade de querer antecipar habilidades que requerem anos para serem construídas e não se darão no contato inicial com o paciente, como ocorre na Semiologia Médica. Tais sentimentos, se não trabalhados, podem comprometer o desenvolvimento de habilidades e competências do estudante nesse momento, além de interferir na sua saúde mental e nas relações interpessoais, inclusive na construção da relação estudante-paciente.

É fundamental que o curso médico ofereça espaços de diálogo e de acolhimento para que os graduandos tenham uma rede de apoio para dirimir o estresse do contato com o paciente e os desafios do seu adocimento. Além disso, é preciso adequar os docentes a essas demandas e a essa nova proposta de ensino-aprendizagem focada no aluno. Nossos resultados são limitados à amostra, mas esperamos que estes resultados contribuam para promover um olhar mais cuidadoso para a formação médica nessa fase do curso.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº3 de 6 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p.8.
2. Azevedo MH, et al. Iniciação ao exame clínico: primeiras vivências do estudante de medicina na interação com o paciente hospitalizado. XI Encontro de Iniciação à Docência. Nov 2008; João Pessoa, Brasil.

3. Brito LA et al. Aspectos psicoemocionais da relação estudante de medicina-paciente na disciplina de semiologia médica. IV Encontro Universitário da UFC no Cariri. Dez 2012; Juazeiro do Norte, Brasil.
4. Grosseman S, Stoll C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. Rev. Bras. Educ. Med. 2008; 32(3): 301-308.
5. Parsons T. The Social System. New York: Free Press, 1968.
6. Balduino PM, et al. A perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o Olhar do estudante. Rev. Bras. Educ. Med. 2012; 36 (3): 335-342.
7. Sucupira ACSL, Ferrer APS. Uma Experiência de Ensino de Propedêutica Pediátrica em Ambulatório. 2000; 22(2):105-114.
8. Sucupira AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 11(23), 624-627.
9. UFPB. Coordenação do Curso de Graduação em Medicina. Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina. João Pessoa: UFPB/CCS/COPPEM; 2007.
10. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. Temas em Psicologia. 2013; 21(2): 513-518.
11. Quintana AM, et al. A angústia na formação do estudante de medicina. Rev Bras Educ Med. 2008; 32 (1): 7-14.
12. Trindade LMD. Motivações, expectativas e percepções de um grupo de alunos do curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe em relação à sua formação acadêmica. Aracaju; 2008. Mestrado [Dissertação] – Universidade Federal de Sergipe.
13. Muñoz RLS; Silva IBA; Maroja JLS. Experiência do Estudante de Semiologia Médica em Aulas Práticas com o Paciente à Beira do Leito. Rev. Bras. Educ. Med. 2011; 35:376-381.
14. Borrell F. Entrevista clínica: manual de estratégias práticas. Barcelona: SEMFYC, 2004.
15. Wissow LS, Kimel MB. Assessing provider-patient-parent communication in the pediatric emergency department. Ambulatory Pediatrics. 2002; 2(4): 323-329.
16. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides. Academic Medicine. 2003; 78(8):802-809.
17. Costa L, Pereira CA. O Abuso como Causa Evitável de Estresse entre Estudantes de Medicina. Rev Bras Educ Med. 2005;29(3):185-90.
18. Chaves ITS, Grosseman S. O Internato médico e suas perspectivas: estudo de caso com educadores e educandos. Rev Bras Educ Med, 2007; 31(3): 212-222.
19. Brasil MA et al. Psicologia Médica: a dimensão psicossocial da prática médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
20. Grosseman S, Patrício ZM. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a formação da educação médica. Rev Bras Educ Med, 2004; 28(2): 99-105.
21. Souza RO, Marrocos RP, Moll J. Predadores de corpos e almas. 2002; 16: 116-122.
22. Mota RA, Martins CGM, Vêras RM. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. Psicol. estud. 2006;11(2):323-30.
23. Salomé GM, Espósito VHC. Vivências de acadêmicos de enfermagem durante o cuidado prestado às pessoas com feridas. Rev. Bras. Enferm. 2008;61(6):822-7.
24. Aguiar SM, Vieira APGF, Vieira KMF, Aguiar SM, Nóbrega JO. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. J. bras. psiquiatr. 2009; 58(1): 34-38.
25. Gomes LB, Sampaio J, Lins TS. Currículo de medicina na Universidade Federal da Paraíba: reflexões sobre uma experiência modular integrada com ênfase na Atenção Básica. Saúde em Redes. 2015; 1: 39-46.
26. Ferreira RC, Silva RFda, Aguiar CB. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, 2007; 31(1), 52-59.
27. Adler MS, Gallian DMC. Escola médica e Sistema Único de Saúde (SUS): criação do curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos, SP, Brasil (UFSCar) sob perspectiva de docentes e estudantes. Interface (Botucatu), Epub June 05, 2017.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Gilka Paiva Oliveira Costa: concepção e planejamento do projeto de pesquisa; análise dos dados; revisão crítica do manuscrito; e aprovação da versão submetida à revista;

Thuany Bento Herculano: concepção e planejamento do projeto de pesquisa; coleta e análise dos dados; revisão crítica do manuscrito; e aprovação da versão submetida à revista;

Aléxia Lavínia Holanda Gama: coleta e discussão dos dados; redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito; e aprovação da versão submetida à revista;

Rayanne Pereira Cabral: coleta e discussão dos dados; redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito; e aprovação da versão submetida à revista;

Diogo Berto Campos: coleta dos dados; redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito; e aprovação da versão submetida à revista;

Davison Noely Salvino de Oliveira: coleta dos dados; redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito; e aprovação da versão submetida à revista;

CONFLITO DE INTERESSES

Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Thuany Bento Herculano
Rua Tabelaão Stanislau Eloy, 831, Cidade Universitária, João Pessoa – PB
Centro de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Interna – 1º andar



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.