

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Natiele Dutra Gomes Gularte

**A Relação Clínica e o Processo de Comunicação e Informação na
Formação Médica: Resgate e Proposta**

Santa Maria, RS, Brasil

2018

Natiele Dutra Gomes Gularte

**A RELAÇÃO CLÍNICA E O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO NA
FORMAÇÃO MÉDICA: RESGATE E PROPOSTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Ciências da Saúde**.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Teresa Aquino de Campos Velho

Santa Maria, RS, Brasil

2018

Gularte, Natiele
A Relação Clínica e o Processo de Comunicação e
Informação na Formação Médica: Resgate e Proposta /
Natiele Gularte.- 2018.
128 p.; 30 cm

Orientador: Maria Teresa Aquino de Campos Velho
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2018

1. Comunicação 2. Educação Médica 3. Empatia 4.
Humanização da assistência I. Aquino de Campos Velho,
Maria Teresa II. Título.

Natiele Dutra Gomes Gularte

A Relação Clínica e o Processo de Comunicação e Informação na Formação Médica: Resgate e Proposta

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre** em Ciências da Saúde.

Aprovado em 29 de agosto de 2018:

Maria Tereza Aquino de Campos Velho, Dra.
(Presidente/Orientadora)

Gilmor José Farenzena, Dr. (UFSM)

Léris Salete Bonfanti Haeffner, Dra. (UFN)

Santa Maria, RS
2018

DEDICATÓRIA

Ao meu pai Carlos, minha mãe Lídia e meu esposo Élisson, que sempre me apoiaram em todos os desafios de vida e acadêmicos. Dedico também à minha avó Antônia da Silva Dutra, que infelizmente não está mais entre nós para presenciar esse momento, mas se faz necessário agradecer a educação recebida e o amor dedicado que me fortalecem até hoje.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho ocorreu com auxílio e dedicação de várias pessoas. Agradeço a todos que contribuíram para a conclusão deste estudo, em especial:

Primeiramente agradeço a Deus por ter me concedido saúde e perseverança para enfrentar essa jornada chamada vida.

À minha orientadora Maria Teresa Aquino de Campos Velho, pela oportunidade de trabalharmos juntas, pelo auxílio em todas as etapas deste longo caminho, pela paciência e parceria com que desempenhamos este estudo. Com certeza o mestrado me fez crescer como profissional, e como ser humano. Obrigada por respeitar os aspectos éticos das relações humanas e não me deixar desistir da pesquisa qualitativa.

Ao meu esposo, pela paciência com que me acompanhou ao longo desses dois anos de estudo, pelo estímulo diário e pela compreensão em, por vezes, dividir o seu tempo com parágrafos e parágrafos. Também agradeço aos meus pais que sempre me incentivaram a buscar o conhecimento.

À minha colega de mestrado Nagele Beschoren e à professora Juliana Wendt, que dedicaram parte do seu tempo para me auxiliar nas oficinas, tornando o trabalho mais leve e prazeroso.

Aos meus amigos médicos e estudantes que participaram como voluntários do projeto compartilhando seus relatos. A contribuição de vocês foi essencial para alcançarmos o objetivo final de sensibilizar os alunos e despertar a empatia.

À Universidade Federal de Santa Maria, por me acolher durante os seis anos da faculdade de Medicina e por mais dois anos de Pós-Graduação, propiciando-me um ensino público e de qualidade.

Aos professores e funcionários do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde que trabalham com afinco para a permanência deste programa.

E finalmente, aos queridos alunos do curso de medicina que participaram do projeto e nos propiciaram intensos momentos de reflexão e aprendizado.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

Carl Jung

RESUMO

A RELAÇÃO CLÍNICA E O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA: RESGATE E PROPOSTA

AUTORA: Natiele Dutra Gomes Gularte
ORIENTADORA: Maria Teresa Aquino de Campos Velho

A Relação Médico-Paciente, atualmente mais conhecida como Relação Clínica (RC) envolve o contato do médico com o paciente, familiares, equipe de saúde, e é assunto fundamental para ser discutido durante a formação dos estudantes de medicina. No entanto, em meio ao estudo tecnicista de doenças, diagnósticos e tratamentos, há pouco espaço no currículo de medicina para discussão e prática de tais temas subjetivos. Tendo em vista a ampla gama de metodologias ativas disponíveis para ensino-aprendizagem da RC e a importância da mesma na prática médica, torna-se importante proporcionar aos alunos do curso de medicina, oportunidades para aprofundarem seus conhecimentos dentro dessa temática. O projeto constituiu-se da realização de seis oficinas ofertadas para 33 alunos do curso de medicina, a partir do quarto semestre, previamente inscritos. Em cada encontro foram debatidos assuntos específicos relacionados a temática da RC, tais como: habilidades de comunicação, comunicação de notícias difíceis, cuidados paliativos, enfrentamento do luto e da morte. O presente estudo, de caráter quali-quantitativo, avaliou, através da pesquisa quantitativa, o perfil dos alunos e algumas concepções prévias sobre os aspectos da RC por meio da aplicação de questionário estruturado autoaplicativo. A pesquisa qualitativa foi realizada através de dois grupos focais onde foram debatidas as percepções dos alunos acerca do projeto e da importância da RC na graduação e na prática profissional. Após análise de conteúdo foram identificadas quatro categorias principais: aprendendo e ensinando metodologias ativas (trabalho em pequenos grupos, uso da arte, música e cinema, inserção no convívio multidisciplinar); a importância da comunicação na RC (as notícias difíceis e os relatos vivos de pacientes que receberam uma notícia difícil); a morte e o luto – palavras não faladas; os valores como forma de resgate e a empatia como fio condutor da RC. Em nossa experiência, os debates em pequenos grupos, o apoio psicológico e as diversas metodologias ativas desenvolvidas nas oficinas demonstraram efeitos positivos ao mobilizar sentimentos e despertar empatia. Assim, através desse projeto de pesquisa, pretendeu-se retomar a importância da RC propondo espaços para discussão, referenciais teóricos e práticos que sensibilizassem e favorecessem o resgate de ação adequada em tão importante tarefa médica: a comunicação interpessoal.

Palavras-chaves: Comunicação. Educação médica. Empatia. Humanização da assistência.

ABSTRACT

THE CLINICAL RELATIONSHIP AND THE PROCESS OF COMMUNICATION AND INFORMATION IN MEDICAL TRAINING: RESCUE AND PROPOSAL

AUTHOR: Natiele Dutra Gomes Gularte
ADVISOR: Maria Teresa Aquino de Campos Velho

The Physician-Patient Relationship, currently better known as Clinical Relation (CR), involves the doctor's contact with the patient, family members, health team and is a fundamental subject to be discussed during medical students training. However, in the midst of the technical study of diseases, diagnoses and treatments, there is little room in the medical curriculum for discussion and practice of such subjective topics. Given the wide range of active methodologies available for CR teaching and the importance of it in medical practice, it is important to provide students of the medical school with opportunities to deepen their knowledge in this area. The project consisted of six workshops offered to 33 students of the medical course, from the fourth semester, previously selected. At each meeting, specific subjects related to CR themes were discussed, such as: communication skills, difficult news communication, palliative care, coping with mourning and death. This qualitative-quantitative study evaluated, through the quantitative research, the students' previous conceptions about the aspects of the clinical relation through the application of a structured self-administered questionnaire. Qualitative research was carried out through two focus groups where students' perceptions about the project and the importance of CR in graduation and professional practice were discussed. After analysis of content, four main categories were identified: learning and teaching active methodologies (work in small groups, use of art, music and cinema, insertion in multidisciplinary conviviality); influence of communication (bad news and living accounts of patients who have received difficult news); death and mourning - words not spoken; values as a form of rescue and empathy as the guiding thread of CR. In our experience, small-group discussions, psychological support, and the various workshop methodologies have demonstrated a positive effect in mobilizing feelings and awakening empathy. Thus, based on the research project, the intention to retake the importance of RC provides spaces for discussion, theoretical and practical references that sensitize and favor the rescue of one of the main medical actions: interpersonal communication.

Keywords: Communication. Empathy. Humanization of care. Medical education.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição percentual do número de alunos de acordo com a faixa etária.....	57
Gráfico 2 – Distribuição percentual dos alunos participantes do projeto de acordo com o semestre corrente do curso de medicina.....	58
Gráfico 3 – Distribuição percentual dos alunos participantes do projeto por regiões do país.....	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Demonstrativo do grupo de alunos participantes do grupo focal com gênero e semestre do curso correspondente.....	63
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela demonstrativa das características dos alunos participantes das oficinas do projeto no período de outubro a dezembro de 2017.....	59
Tabela 2 – Percepções dos alunos participantes sobre aspectos da RC.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS

CCS – Centro de Ciências da Saúde

HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria

MEC – Ministério da Educação

ND – Notícias Dífíceis

PBL – *Problem Based Learning*

RC – Relação Clínica

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMS – Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 JUSTIFICATIVA	29
3 OBJETIVOS	31
3.1 OBJETIVO GERAL	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	33
4.1 A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO CLÍNICA	33
4.2 COMPONENTES ESSENCIAS DA RELAÇÃO CLÍNICA	35
4.2.1 As habilidades de comunicação na prática clínica.....	35
4.2.2 A Empatia na RC	38
4.3 METODOLOGIAS ATIVAS PARA ENSINO DA RELAÇÃO CLÍNICA.....	41
5 METODOLOGIA	45
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	45
5.1.1 Parte 1 - Estudo quantitativo	45
5.1.2 Parte 2 - Estudo qualitativo	46
5.2 GRUPO DE ESTUDO	48
5.2.1 Critérios de Inclusão.....	48
5.2.2 Critérios de Exclusão	48
5.3 LOCAL DE REALIZAÇÃO DAS OFICINAS	49
5.4 METODOLOGIA DAS OFICINAS.....	49
5.4.1 Primeira oficina: apresentação do projeto, do grupo e modelos de Relação Clínica.....	50
5.4.2 Segunda oficina: comunicação de notícias difíceis – Parte 1	50
5.4.3 Terceira oficina: comunicação de notícias difíceis – Parte 2.....	51
5.4.4 Quarta oficina: comunicação de notícias difíceis na percepção dos pacientes	52
5.4.5 Quinta oficina: cuidados paliativos e final de vida.....	53
5.4.6 Sexta oficina: lutos e perdas	54
6 ASPECTOS ÉTICOS	55
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57
7.1 ANÁLISE E BREVE DISCUSSÃO SOBRE OS DADOS COLETADOS POR MEIO DO QUESTIONÁRIO	57
7.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO QUALITATIVA.....	62
7.2.1 Aprendendo e Ensinando Metodologias Ativas	64
7.2.2 O luto e a morte: as palavras não faladas	79
7.2.3 A importância da comunicação na Relação Clínica: quem deixa falar obtém histórias	86
7.2.4 Os valores como forma de resgate e a empatia como fio condutor da Relação Clínica.....	98
CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	119
APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	121
APÊNDICE III – PERGUNTAS NORTEADORAS UTILIZADAS DURANTE A TÉCNICA DO GRUPO FOCAL.....	123
APÊNDICE IV – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	125
APÊNDICE V – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE VOZ E IMAGEM.....	127

1 INTRODUÇÃO

Na antiguidade, médicos eram considerados também filósofos, pois estavam atentos às artes, à astronomia, à química e à matemática. A medicina não era uma ciência separada das outras, sendo assim, conheciam mais profundamente o ser humano (SCLIAR, 2007). Diante da falta de recursos tecnológicos, os médicos dependiam de uma anamnese e exame físico exímios, até apontarem um diagnóstico e proporem um tratamento. Para isso despendiam horas observando e conversando com o doente e/ou seus familiares.

Nos dias atuais o médico depara-se com uma maior autonomia do paciente na busca de maiores informações sobre seu adoecimento (SENE et al., 2012); motivo que pode gerar ansiedade em profissionais oriundos de antigas escolas, baseadas no ensino paternalista da medicina. O saber médico vem se fragmentando, e para cada demanda há uma especialidade. A necessidade de rapidez no diagnóstico e a existência de exames e recursos tecnológicos sofisticados são salutares, porém podem distanciar a relação entre o médico e o doente.

O tema e as discussões sobre a relação médico e paciente/família não são novas. Nas décadas de 1980 e 1990 Balint (1988) abordou esse tema como sendo um indicador dos processos de mudanças na história da Medicina. Contudo, com os avanços técnico-científicos, criou-se um modelo biomédico centrado na doença, diminuindo, assim, o interesse pela experiência e subjetividade do paciente.

Em todo esse contexto histórico, uma das ferramentas mais utilizadas pelos médicos é a fala. Por meio das habilidades de comunicação, intrínsecas ao ser humano, são transmitidos ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, o tratamento, as orientações oportunas a cada caso e, inclusive, as notícias difíceis. A relação médico-paciente é, atualmente, mais conhecida como Relação Clínica (RC), pois vai além do encontro situacional entre esses dois intérpretes. Nessa expressão, englobamos o relacionamento do médico com os familiares, com a equipe e com os seus pares. Saber como falar, o quê e quando falar é um desafio para todo médico e estudante de medicina. De nada adianta ter conhecimento sobre os últimos consensos e diretrizes e sobre os medicamentos mais modernos se o

paciente for informado de maneira inadequada ou insuficiente. Tal deficiência pode conduzir a uma baixa aderência terapêutica e resistência às orientações dadas pelo profissional, pois o vínculo formado não foi adequado.

Entre os vários aspectos que compõe a RC, a empatia merece destaque. Para Davis (1996), empatia é um processo psicológico conduzido por mecanismos afetivos, cognitivos e comportamentais frente à observação da experiência do outro. A habilidade de comunicar-se é, sem dúvida, outro instrumento indispensável da Relação Clínica. Aprofundar o estudo da empatia e da comunicação é de extrema importância na formação médica atual, pois essas são competências que devem ser aprendidas e incorporadas pelas pessoas que trabalham e cuidam de outras pessoas. Imaginar que o aluno, por pretender ser um profissional da saúde, tem essas habilidades inatas, constitui um ledor engano.

A graduação médica no Brasil possui duração de seis anos e, se acrescentarmos o período de residência médica, atribuiremos em média mais quatro anos à essa trajetória formativa. Ao todo, o aluno perpassa dez anos de um processo educacional preponderantemente técnico. No entanto, é importante ramificar essa carga horária com estratégias humanizadoras, voltadas para a estruturação de valores fundamentais para a consolidação dos conhecimentos (WEAR et al., 2015), tais como discussões em pequenos grupos, uso do cinema, da literatura e das artes.

Dessa forma, na presente proposta de trabalho, surgiu a ideia de criarmos espaços para discussão de temas relacionados à humanização e à RC, aplicadas a pequenos grupos de alunos do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. As diretrizes curriculares do Ministério da Educação para o curso médico, desde 2001, já preconizavam o desenvolvimento da humanização e das habilidades de comunicação na formação do aluno de medicina. Em 2014, o Ministério da Educação estabeleceu a utilização de metodologias ativas na formação médica dos estudantes (BRASIL, 2014). Nesse contexto, o projeto teve o intuito de realizar oficinas teórico-práticas com vistas à aplicação dessas metodologias, tais como a utilização do cinema, da música, do trabalho em pequenos grupos, da abordagem multidisciplinar e das narrativas, com vistas a resgatar e aprofundar o estudo da RC.

Durante os doze semestres da graduação em medicina, os alunos são muito cobrados para desenvolver competências técnicas, habilidades de sutura,

raciocínio clínico, listas de problemas e diagnósticos. Todavia, é preciso aprender a considerar a subjetividade do paciente, pois antes de demonstrar todas as nossas destrezas clínicas e cirúrgicas precisamos estabelecer uma relação interpessoal com o paciente que nos procura.

Os médicos são historicamente conhecidos por manterem um certo distanciamento pessoal de seus clientes. Talvez como maneira de proteção psíquica, utilizando por vezes mecanismos de defesa. No entanto, sabe-se que uma relação médico-paciente sólida propicia um canal aberto para comunicação e troca de informações, sendo um dos fatores protetores mais significativos diante da inerente judicialização da saúde (CAPRARA e FRANCO, 1999). O paciente, em geral, não possui conhecimentos técnicos da medicina suficientes para avaliar corretamente deficiências médicas dessa ordem. Por outro lado, consegue detectar deficiências de ordem humana (BLASCO, 2010). É importante que o médico e o estudante de medicina preocupem-se com esses aspectos e dediquem estudo e reflexão não só para a teoria e a técnica, mas também para a análise e o aperfeiçoamento de seus comportamentos.

Para Balint (1988), a personalidade do médico é o primeiro medicamento que se administra ao paciente. Por vezes, esse ensinamento perde-se ao longo do curso, em meio à ampla gama de novos fármacos e novos exames que os alunos devem conhecer. Da mesma forma que os medicamentos, a atuação do médico pode ser benéfica ou causar efeitos colaterais indesejáveis. Cabe ao professor acompanhar seus alunos e identificar esses possíveis efeitos adversos. Treinar o toque, o cumprimento, a identificação, a empatia, a solidariedade. Resgatar valores e ensinar a sentir antes de prescrever. Todos esses aspectos subjetivos podem e devem ser desenvolvidos durante a graduação, pois formar um profissional ético, reflexivo e sensível talvez seja um desafio muito maior do que formar um *expert*, com múltiplas publicações científicas.

É necessário então, que além de prescrever fármacos o médico saiba “receitar-se” adequadamente (BALINT, 1988, p. 11). Para tal, é preciso estar sintonizado consigo, com o paciente e com a medicina. Orquestrar essa sintonia é uma tarefa árdua que deve ser desempenhada pelos professores na graduação, estimulando o aprendizado científico e o fortalecimento das relações interpessoais. É imprescindível estar atento aos alunos que demonstram inabilidades de comunicação, pois a técnica clínica ou cirúrgica pode ser bem

aplicada, mas palavras ditas de maneira inapropriadas ou omitidas podem ferir ou desorientar o paciente.

Assim, tendo em vista a ampla gama de métodos disponíveis para ensino-aprendizagem da RC e a importância da mesma na prática e formação médica, torna-se pertinente proporcionar aos alunos do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) oportunidades para aprofundarem e exercitarem os seus conhecimentos e habilidades dentro dessa temática que, em um universo de valorização extrema da tecnologia, tem ficado em segundo plano.

Portanto, propomo-nos a realizar uma retomada necessária dos conhecimentos na RC por meio de seis oficinas teórico-práticas desenvolvidas com os alunos da graduação em medicina da UFSM. Para isso, propiciou-se espaços, referenciais teóricos e práticos que favoreceram o resgate de atitudes adequadas em importantes tarefas médicas: a empatia e a comunicação interpessoal.

2 JUSTIFICATIVA

A Relação Clínica é um tema relevante e que deve ser aprendido por todo estudante de medicina. Criar oportunidades para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e promoção de empatia é fundamental para a educação médica.

Uma boa RC pode não ser ensinada totalmente, mas pode ser moldada durante o curso de medicina e será uma importante ferramenta do médico em suas atividades, aliada ao conhecimento técnico fundamental (clínico e/ou cirúrgico).

Dentro do currículo do curso de medicina, temas mais subjetivos, como a prática da RC, que é uma relação interpessoal como qualquer outra, ainda são preteridos em relação ao estudo das doenças, diagnósticos e tratamentos. Entretanto, há que se pontuar que são atividades e ações complementares. É fundamental que o aluno seja capaz de aliar o saber técnico-científico com a capacidade de conhecer e compreender o contexto de seu paciente.

Assim, torna-se necessário despertar, entre os alunos do curso de medicina da UFSM, o interesse para temas fundamentais relacionados ao estudo da RC. Para tal, aplicou-se uma metodologia de trabalho que visou promover a melhor atuação prática dos alunos, embasada em referenciais teóricos fundamentais, pois além de tema relevante, constitui-se queixa frequente dos pacientes o atendimento e escuta inadequados por parte dos médicos. Dessa forma, as oficinas oferecidas pelo projeto proporcionaram um maior espaço de reflexão e deliberação, com intuito de produzir efeitos nos comportamentos práticos relacionais.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Propor e realizar oficinas didáticas com estudantes do curso de medicina da UFSM sobre temas relacionados à Relação Clínica (RC), visando analisar a proposta, ampliar o conhecimento e resgatar a reflexão acerca dessa temática por meio da percepção dos alunos e pesquisadores.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Avaliar de modo quantitativo e descritivo, por meio de questionário estruturado (Apêndice I), o perfil geral dos estudantes participantes da pesquisa e algumas de suas concepções prévias sobre o tema Relação Clínica.

3.2.2 Propor, ensaiar e analisar as metodologias ativas utilizadas nas oficinas para incrementar o aprendizado da Relação Clínica e da empatia dentre o grupo de estudo.

3.2.3 Avaliar, por meio dos grupos focais, a percepção dos alunos sobre os temas discutidos, o ensino desses temas na graduação, a metodologia proposta e as possíveis mudanças percebidas nas suas atuações práticas e reflexivas.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão da literatura apresenta-se dividida por temas, considerando os assuntos que abordamos com os alunos ao longo do projeto, os quais foram: a importância da RC, os componentes da RC e o uso das metodologias ativas para ensino aprendizagem da RC.

4.1 A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO CLÍNICA

“O distanciamento começou quando René Laënnec fez um rolo de cartolina que mais tarde evoluiu e se transformou no estetoscópio” (Bernard Lown, 1997).

No cenário internacional, as competências relacionais, que envolvem particularmente habilidades comunicacionais, empatia e construção de vínculo, têm sido amplamente estudadas por referência às suas implicações na prática e formação médica. Já em 1995, uma ampla revisão de literatura publicada na *Social Science Medicine* apresentava uma metanálise mostrando relação positiva entre aumento da qualidade da atenção à saúde como um todo e comunicação socioafetiva (que inclui aspectos da subjetividade do paciente e promove vínculo), e relação negativa entre adesão ao tratamento e comunicação instrumental (focada nos aspectos biomédicos do adoecimento). Observou-se, também, associação positiva entre informações ao paciente de forma insuficiente ou inadequada e aumento de sintomas psiquiátricos, principalmente depressão e ansiedade (ONG et al., 1995).

Ouvir o paciente e facilitar a expressão de emoções é um aspecto importante da educação médica, pois, médico e paciente podem aprender que conversar sobre os problemas, ou até mesmo sobre assuntos alheios à Relação Clínica, é apropriado e pode ser terapêutico (DEL PICCOLO, 1998). Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina apontam a necessidade de formar um profissional humanizado, crítico, reflexivo e ético, capaz de trabalhar em equipe, desenvolver relações horizontais e comunicar-se adequadamente (BRASIL, 2014).

Dessa forma, seria importante que os coordenadores dos cursos de medicina atentassem para a valorização da RC nas bases curriculares. As novas e sofisticadas técnicas e a disponibilidade de exames complementares cada vez mais avançados assumiram um papel importante no diagnóstico, em detrimento da relação pessoal entre o médico e o paciente. Porém, segundo Amaral, Domingues e Zeferino (2007), as habilidades para realizar história, exame físico e para comunicar-se com o paciente continuam as mais importantes e eficazes ferramentas diagnósticas e terapêuticas diante de um caso clínico.

É preciso resgatar a significância do exame físico e da conversa franca entre médico e paciente, pois ao longo do tempo o médico de sucesso tem se tornado aquele com mais titulações, publicações e conhecimento dos grandes *trials*. No entanto, percebemos que para os pacientes apenas esses aspectos não têm sido suficientes. Diversos estudos apontam a insatisfação de pacientes com médicos que não os examinam, não os escutam e focam apenas no aspecto biológico e orgânico da relação (CAMPOS VELHO et al., 2016; SUCUPIRA, 2007; ROCHA et al., 2011; BRANDÃO, 2013).

Constituiu-se importante referencial teórico deste projeto o livro “O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada”, do autor José Carlos Ismael (2005), considerando que o autor durante muitos anos foi paciente e necessitou de orientações médicas das mais diversas. Essa obra apresenta um estudo sobre as expectativas dos pacientes em relação à figura do médico, bem como depoimentos de vários professores de medicina sobre o assunto. Aborda ainda, de maneira crítica, a postura do médico com seu paciente ao longo da história e ressalta o papel do paciente como o principal instrumento para o diagnóstico, buscando por sua subjetividade. O autor destaca a importância da RC, além da mera solicitação e interpretação de exames, bem como o fornecimento de prescrições. Muitos pacientes também sofrem de problemas pessoais que interferem nas suas condições orgânicas e desejam compartilhá-los como forma de aliviar o sofrimento psíquico que por vezes se soma ao sofrimento do corpo.

Frente a isso, diferentes autores expressam a necessidade de um processo de humanização na medicina, em particular da relação do médico com o paciente, e reconhecem a necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento do outro (UMENAI et al., 2001; BLASCO, 2010; VAITSMAN e RIEVERES, 2005). “Ressalta-se o papel do profissional da saúde como responsável pela efetiva

promoção da saúde, considerando o paciente em sua integridade física, psíquica, social e espiritual e não somente de um ponto de vista biológico” (CAPRARA e FRANCO, 1999, p. 647).

Para facilitar esse almejado processo de humanização, é importante novamente, observar o currículo das graduações médicas de forma que se contemple o processo de reflexão, diálogo, apreciação e compreensão humana. Esses valores precisam ser mais trabalhados durante toda a graduação, para que sejam incorporados na prática médica, ao longo da vida profissional (WEAR et al., 2015). A literatura reitera a importância da humanização da RC mas ainda há poucos estudos que orientam como conduzir esse processo (UMENAI et al., 2001; BLASCO, 2010; VAITSMAN e RIEVERES, 2005). Dessa forma, a compreensão de como se estabelece uma RC adequada e de seus componentes pode auxiliar no desenvolvimento de estratégias pedagógicas que auxiliem na abordagem do tema na graduação médica (AYRES et al., 2013).

4.2 COMPONENTES ESSENCIAS DA RELAÇÃO CLÍNICA

Um dos eventos centrais na prática médica é a consulta médica. Essa envolve ao menos duas pessoas (médico e paciente) e necessita de uma interação através da linguagem verbal e não verbal para que transcorra de maneira satisfatória (GUSSO e LOPES, 2012). Dessa forma, para que o médico relacione-se da melhor maneira com seu paciente e com os demais personagens ligados à RC (família, colegas, equipe) são necessárias habilidades de comunicação e empatia. Nos próximos parágrafos discutiremos sobre as particularidades desses aspectos, considerados componentes essenciais da RC.

4.2.1 As habilidades de comunicação na prática clínica

“O clínico é como um instrumento musical, que deve ser constantemente afinado para que faça boa música” (Epstein, 1999).

Nas décadas de 1970 e 1980, acreditava-se que as habilidades de comunicação eram herdadas e aconteciam de maneira intuitiva. Assim, partia-se da perspectiva de que os profissionais possuíam ou não esse dom. Os médicos

ficavam alienados e acreditavam não ser possível desenvolverem-se para lidar melhor com situações difíceis na condução do tratamento de seus pacientes (RIDER, LOWN e HINRICHS, 2004). Nos últimos 15 anos, pesquisadores têm mostrado que as habilidades de comunicação podem ser capacitadas e desenvolvidas assim como as outras técnicas clínicas (RIDER, LOWN e HINRICHS, 2004; ASPEGREN, 1999).

A comunicação é inerente ao ser humano, seja ela verbal, não verbal ou escrita. Para os profissionais da saúde ela é essencial, pois é necessário que as queixas dos pacientes sejam identificadas e vinculadas a um diagnóstico, bem como os termos técnicos sejam reestruturados para uma linguagem coloquial passível de compreensão leiga. As habilidades de comunicação estão relacionadas à capacidade de conduzir esse processo de forma clara, reduzida de ruídos, de forma que o receptor compreenda o exposto pelo locutor, e vice-versa (OLIVEIRA, 2002). Também é preciso estar atendo às possíveis barreiras de comunicação, dado que “tudo aquilo que torna o médico diferente do paciente atuará como uma barreira (nível cultural, idade, sexo, aspecto, etc.)”, de acordo com Carrió (2012, p. 346).

O ensino-aprendizagem dessas habilidades deve desenvolver-se ao longo da graduação em todos os cenários de práticas dos alunos, em pequenos grupos e trabalhados com metodologias ativas (RIOS, 2012; CHARON, 2001). Reforçar a prática da abordagem centrada na pessoa também pode facilitar o estabelecimento de uma comunicação mais eficaz. Segundo Stewart e al. (2017, p. 14):

[...] levar em consideração a experiência da doença, a pessoa como um todo e seu contexto, assim como elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas, melhora os resultados em relação à saúde e à satisfação dos doentes e também aumenta a satisfação do médico. [...] a medicina baseada em evidências e o método clínico centrado na pessoa são conceitos sinérgicos.

A abordagem centrada na pessoa descreve quatro componentes interativos do processo de atendimento: a) explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; b) entendendo a pessoa como um todo (indivíduo, família, contexto); c) elaborando um plano comum de manejo dos problemas; d) intensificando o relacionamento entre pessoa e médico (GUSSO e LOPES, 2012). Para perpassar por esses componentes é necessário estabelecer uma comunicação efetiva com

o paciente, que pode ser treinada desde as primeiras disciplinas práticas da graduação.

No início do curso médico, o aluno costuma ter contato com os aspectos básicos, como a introdução à conversa durante nas anamneses. Ao longo da trajetória acadêmica essas propostas vão tornando-se mais complexas, envolvendo a comunicação em cenários específicos, situações de conflito e comunicação de notícias difíceis (RIOS, 2012). Para auxiliar nessas tarefas, foram criados protocolos de comunicação, com a função de serem guias metodológicos para profissionais de saúde, auxiliando principalmente nas chamadas notícias difíceis (ND), favorecendo a qualidade da relação médico-paciente e auxiliando para que haja uma comunicação sincera com pacientes e familiares (MULLER, 2002; BAILE et al., 2000). As notícias difíceis devem ser transmitidas com cuidado e sensibilidade, em um ambiente de tranquilidade que propicie a manifestação sincera de apoio, no tempo e ritmo do paciente/família e sempre demonstrando abertura para dúvidas e questionamentos, tantos quanto forem necessários. Entretanto, “por ser uma tarefa tão estressante, muitos médicos a evitam ou a realizam de maneira inadequada”, aponta Lino et al. (2011, p. 52).

Na literatura, vários trabalhos avaliam as habilidades de comunicação antes e após algum processo de treinamento específico, como participação em grupos de simulações, com colegas ou pacientes simulados, e consultas gravadas. No geral, os treinamentos mostram-se efetivos e os participantes demonstram melhora na comunicação nas avaliações pós-treinamento (INSTITUTO..., 2010; CARRIÓ, 2012; LEITE, CAPRARA e COELHO FILHO, 2007; ROTER et al., 2004; DE MARCO et al., 2010).

Há várias competências relacionais desejáveis que o aluno desenvolva. Por exemplo, estabelecer contato visual, transitar por perguntas abertas e fechadas, não interromper o paciente antes do primeiro minuto da consulta, negociar a agenda do paciente com a agenda do médico (limite de queixas, tempo da consulta), prevenir demandas aditivas (posso ajudar em algo mais?), utilizar a decisão compartilhada, resumir e assegurar assimilação e fornecer recomendações personalizadas (DE MARCO et al., 2010). Outro enfoque importante, relacionado a comunicação não verbal é a teoria do eco emocional, proposta por Carrió (2012). Ela sugere que o médico, de maneira consciente, sorria para seus pacientes e receba um eco emocional favorável, que reforçará

um clima positivo. “Se estamos sérios, vamos receber seriedade, se sorrimos, vamos receber cordialidade” (CARRIÓ, 2012, p. 346).

Constituiu-se aspecto relevante no decorrer das oficinas propostas pela presente pesquisa trazer à reflexão o paradoxo técnica *versus* humanização inerentes à profissão médica. Durante as oficinas, intencionamos ressaltar a importância do respeito e da abertura à subjetividade do paciente. Os encontros também foram um espaço de deliberação, pois a aprendizagem deveria ser básica e obrigatória na formação acadêmica (GRACIA, 2016).

Conforme foi apresentado, fica evidenciado que a melhoria da comunicação entre médico e paciente passa, inicialmente, por uma reflexão sobre a subjetividade respeitada nessa relação. É preciso que a comunicação eficiente seja pautada pela empatia, constituindo-se, assim, relações interpessoais satisfatórias. Não se almeja que pelos treinamentos/ensinamentos o aluno apenas aprenda a seguir um roteiro de consulta com falas e respostas previamente estruturadas (RIOS, 2012), mas sim que ele entenda a importância da RC e projete maneiras adequadas de desenvolvê-la ao longo de sua carreira.

4.2.2 A Empatia na RC

Ter a capacidade de se colocar no lugar do outro é um dos requisitos fundamentais para ser um médico empata. Segundo Provenzano et al. (2014), o termo empatia advém da palavra grega *empathia*, a qual significa afeição. A empatia é considerada, para o autor, um conceito multidimensional, como explicado na citação abaixo:

Quatro dimensões básicas foram definidas: emocional, moral, cognitiva e comportamental. Dessa forma, empatia corresponderia à habilidade de imaginar os sentimentos do paciente (emocional), à motivação pessoal de ser empático (moral), à capacidade de identificar e entender as reações do paciente (cognitivo) e, por fim, à técnica de transmitir ao paciente essa compreensão (comportamental) (PROVENZANO et al., 2014, p. 20).

Ao longo do curso de medicina, o aluno tem contato com muitas doenças; muitos conceitos devem ser aprendidos e são cobrados pelos professores. No entanto, há pouco espaço para reflexões mais subjetivas que considerem os sentimentos despertados nos alunos por essas condições estudadas e pelos

pacientes atendidos. Esse enfoque majoritariamente teórico e fisiopatológico pode contribuir para a diminuição da empatia ao longo da graduação e da carreira médica (CHEN et al., 2007; HOJAT et al., 2004; HOJAT et al., 2009; MARCUS, 1999; WOLOSCHUK, HARASYM e TEMPLE, 2004; RAMÍREZ e VALLEJOS, 2017). De acordo com Halpern (2001), a empatia entre médico e paciente é fundamental porque é capaz de deixar o paciente mais seguro e disposto a colaborar, relatar com mais tranquilidade seus problemas, sintomas e dúvidas. Dessa forma, a confiança e a colaboração do paciente contribuem para a efetividade dos processos diagnósticos e terapêuticos, indispensáveis para a prática médica.

Khademalhosseini e Mahmoodian (2014) avaliaram a empatia entre estudantes de medicina do sul do Irã e concluíram, com significância estatística, que dentre os 260 alunos avaliados os níveis de empatia foram maiores nos alunos do primeiro ano em comparação com os do último ano do curso. Tal achado sugere que disciplinas relacionadas ao aspecto de humanização devem estar presentes durante todos os anos da graduação e não concentradas, apenas, nos semestres iniciais.

Estudo semelhante foi realizado com 456 alunos ingressantes no *Jefferson Medical College*, em 2002 (n = 227) e 2004 (n = 229), que completaram a Escala Jefferson de Empatia Médica¹ em cinco momentos diferentes: na entrada da faculdade de medicina e, posteriormente, no final de cada ano letivo. Análises estatísticas mostraram que os escores de empatia não mudaram significativamente durante os dois primeiros anos da faculdade de medicina. No entanto, um declínio significativo nos escores de empatia foram observados no final do terceiro ano, persistindo até a conclusão da graduação (HOJAT et al., 2009). Essa publicação clássica, intitulada “*The devil is in the third year*”, serve de alerta aos educadores médicos.

Em contrapartida, outros trabalhos encontraram discreta ou nenhuma diferença nos níveis de empatia, analisados por escalas, durante a graduação médica (NASCIMENTO et al., 2018; MORETO et al., 2014; CHRISTIANSON et

¹ A *Jefferson Scale of Physician Empathy - student version* (JSE-S) foi desenvolvida por Hojat e colaboradores (HOJAT et al., 2002). Esta escala destina-se a avaliar a empatia de estudantes de medicina, e define a empatia com base em três fatores: tomada de perspectiva, compaixão e capacidade de se colocar no lugar do paciente (HOJAT, 2002).

al., 2007; ESQUERDA et al., 2016, GRAU et al., 2017). No entanto, independente dessas aferições quantitativas, sabemos que a empatia é um componente fundamental de aprimoração da entrevista médica, além de ser uma capacidade cognitiva que pode ser modificada e ensinada (NASIMENTO et al., 2018, MORETO, BLASCO e PIÑERO, 2018, ESQUERDA et al., 2016). Desenvolver ferramentas para a percepção dos sentimentos do paciente, sem que isso impessa o bom juízo profissional, é um desafio e ainda motivo de poucas pesquisas (NEUWIRTH, 1997; KARR, 1994).

A falta de exemplos adequados por parte dos formadores, uma grande quantidade de informação técnica a ser aprendida, com conseqüente limitação do tempo para abordar questões humanísticas, o paradoxo entre os ideais apresentados pelos alunos no início do curso e a realidade da prática clínica cotidiana são questões apontadas como possíveis causas dessa oscilação dos níveis de empatia entre os médicos (MORETO, BLASCO e PIÑERO, 2018; NEUMAN et al., 2011). A sobrecarga emocional que se origina do contato diário com o sofrimento dos doentes pode gerar um distanciamento profissional diretamente relacionado à uma atuação menos empática (NEUMAN et al., 2011).

Por outro lado, maiores níveis de empatia estão associados com uma melhor competência clínica e satisfação profissional, reduzindo o risco de demandas por má prática médica (SPIRO, 2009; LEVINSON et al., 1997; HOJAT et al., 2002; LARSON e YAO, 2005; NEUWIRTH, 1997). Apesar de estabelecida a importância da empatia, ainda há dificuldades em proporcionar ferramentas que promovam o seu desenvolvimento ou evitem o seu deterioramento (MORETO, BLASCO e PIÑERO, 2018). Tal aspecto foi fato significativo na idealização dessa pesquisa. Para tal, destacamos a participação dos professores, por meio da certificação de que o aluno tenha compreendido as condutas clínicas, mas também se foi capaz de entender os aspectos peculiares de cada doente. Outro ponto, seria o aprendizado de uma abordagem centrada no paciente e nas suas percepções, não focando apenas no processo biológico do adoecimento (GRAU et al., 2017). Essa abordagem também foi apontada como significativa para o aprendizado das habilidades de comunicação. (STEWART et al., 2017);

Estudo inovador conduzido por Chinato et al. (2012) proporcionou a vivência da hospitalização voluntária, por 24 horas, para os alunos que cursavam a disciplina de relação médico-paciente na Universidade do Oeste de Santa

Catarina (UNOESC). Através das análises dos relatórios produzidos por esses alunos percebeu-se que “quando o aluno sai da sua posição de médico em formação e se coloca num leito como um paciente, as interações com o meio hospitalar promovem reflexões que somente são possíveis quando se está na posição de doente” (CHINATO et al., 2012, p. 32). Atividades pedagógicas como essa podem estar relacionadas à formação de profissionais mais empáticos (HARLAK et al., 2008) e constituem um escopo de metodologias denominadas como ativas, descritas no tópico a seguir.

4.3 METODOLOGIAS ATIVAS PARA ENSINO DA RELAÇÃO CLÍNICA

Atualmente várias pesquisas têm sido conduzidas com intuito de encontrar respostas para o desafio de melhorar a educação das emoções dos estudantes de medicina e, conseqüentemente, seu desenvolvimento afetivo. Entre a variedade de possibilidades educativas surge a música, as narrativas, a literatura e o cinema (MORETO, BLASCO e PIÑERO, 2018). Esses recursos podem ser agregados à chamada aprendizagem baseada em problemas (*Problem Based Learning* – PBL)², constituindo um escopo de técnicas agrupadas dentro das chamadas metodologias ativas (CURTIS, INDYK e TAYLOR, 2001). Para Mitre et al. (2008, p. 2136), essas metodologias são estratégias de ensino/aprendizagem motivadoras para o discente, “pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas”.

O Ministério da Educação (MEC) recomenda, desde as últimas diretrizes curriculares, que as metodologias ativas sejam implementadas nas graduações da área da saúde com intuito de formar profissionais mais autônomos, críticos e reflexivos (BRASIL, 2014). Porém, os resultados encontrados por D’Maria e Leal (2017) vão de encontro a essas recomendações. A pesquisadora analisou os currículos de 101 faculdades de medicina do Brasil, sendo 52 privadas e 49 públicas. De todas as analisadas, 70 ainda adotam as metodologias tradicionais de ensino, cinco combinam as metodologias tradicionais com as metodologias

² Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem Based Learning* – PBL) configura-se como um método aplicável a partir de uma situação-problema, na qual o estudante irá utilizar conhecimentos pré-adquiridos para refletir sobre essa situação e, ao mesmo tempo, agregar novas informações àquelas já existentes (FIGUEIRA et al., 2004).

ativas, 18 já adotam as metodologias ativas do tipo PBL, e oito delas adotam outros tipos de metodologias ativas, sendo que mais de 60% dos cursos que empregam as metodologias ativas são privados. Esses dados esboçam a dificuldade dos cursos médicos em aderirem às recomendações do MEC na busca por um ensino menos fragmentado e mais centrado no aluno.

Para um processo de ensino-aprendizagem efetivo é importante que os alunos estejam motivados a aprender e que os conteúdos sejam interessantes e aplicáveis à realidade prática (MORETO, BLASCO e PIÑERO, 2018). Vale ressaltar, que o ensino tradicional também tem seu papel definido, e o ideal seria uma equalização das metodologias. O ensino tradicional contribui para que o estudante já tenha um conhecimento prévio sobre o conteúdo que será abordado em um grupo tutorial baseado na PBL, por exemplo, contribuindo para uma aprendizagem mais significativa (MELLO, ALVES e LEMOS, 2014). Em nossa pesquisa as metodologias ativas utilizadas foram: o trabalho em pequenos grupos, a abordagem interdisciplinar, as simulações de como conduzir uma consulta (problematização da abordagem clínica), o emprego da música, dos vídeos e do cinema. Essas técnicas foram empregadas na abordagem de temas como: empatia, ética médica, comunicação de notícias difíceis, luto, final de vida e cuidados paliativos.

Para Moreto, Blasco e Piñero (2018) tais metodologias estão indicadas, especialmente, para abordagem de temas considerados menos técnicos, pois têm maior facilidade em induzir introspecção e reflexão. Já para Bzuneck e Guimarães (2007) essas abordagens, consideradas ativas, contribuem para a autonomia (com sugestões de temas a serem estudados, por exemplo), favorecem o envolvimento pessoal (não há exposição de conceitos soltos), e constituem um cenário de baixa pressão e alta flexibilidade, tornando o ensino mais apropriado e motivador.

Particularizar o ensino médico é essencial para que o aluno não apenas reproduza o saber existente sem refletir ou acrescentar algo novo (MELLO, ALVES e LEMOS, 2014). Reiteramos o exposto pela literatura revisada, ou seja, a importância de estimular que o aluno busque o conhecimento através das problematizações, e desenvolva, ao longo da graduação, uma personalidade humanística, pautada em valores morais e condutas éticas. Nesse contexto, Carabetta Júnior (2016, p. 114) sintetiza a importância da mudança do perfil do ensino médico:

Para uma nova realidade educacional é preciso haver mudança de postura na relação professor-conhecimento-aluno, deslocando-se o foco da simples reprodução de conhecimentos para o desenvolvimento de competências e habilidades que devem caminhar junto com a construção do conhecimento socialmente estabelecido com a criação de situações que incentivem constantemente o pensamento dos alunos.

Outra metodologia ainda pouco utilizada nas escolas médicas brasileira é a Medicina Narrativa (CHARON, 2001). Essa proposta busca representar uma prática clínica configurada pela teoria e prática de ler, escrever, contar e receber histórias. O que podemos traduzir como escuta cuidadosa, respeito e valorização da história narrada por quem procura o profissional de saúde. Absorver as narrativas dos pacientes é uma maneira crucial de praticar empatia e estimular a humanização da formação médica (GROSSMAN e CARDOSO, 2006).

Aliada a isso, a literatura também vem sendo estudada como ferramenta metodológica para garantir as competências narrativas necessárias para o estabelecimento da Relação Clínica. A análise dos textos literários pode auxiliar na interpretação das narrativas dos pacientes, por vezes caóticas (GALLIAN, 2017; GROSSMAN e CARDOSO, 2006; CHARON, 2001). O cinema, por sua vez, também tem sido campo de estudo para o ensino da ética e valores (MORATALLA, 2010). As situações vivenciadas pelas personagens muitas vezes espelham a realidade e, quando a arte imita a vida, parece ser mais fácil compreender a riqueza da dimensão humana (MORETO, BLASCO e PIÑERO, 2018).

Dessa forma, evidenciamos a significância das metodologias ativas para o ensino superior, especialmente para o curso de medicina e, particularmente, na abordagem de assuntos mais subjetivos. Algumas sugestões apontadas na literatura, como exemplo dessas metodologias, foram utilizadas nas oficinas do projeto. Assim, esses métodos menos convencionais de ensino são importantes para auxiliar no desenvolvimento da Relação Clínica e das competências desejadas segundo as diretrizes curriculares para o curso de medicina (BRASIL, 2014; CARABETTA JÚNIOR, 2016).

5 METODOLOGIA

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esse estudo, de caráter quali-quantitativo, constituiu-se em um trabalho de intervenção, com análise descritiva dos resultados obtidos, além de propor, como metodologia qualitativa, a realização de dois grupos focais para avaliar as percepções dos alunos participantes sobre o processo de ensino-aprendizagem da RC.

Ao todo foram realizadas seis oficinas teórico-práticas, relatadas na sequência, abordando assuntos dentro da temática da RC. O projeto foi realizado no período de outubro a dezembro de 2017, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM. Ao final do semestre, foram realizados dois grupos focais, explicitados na descrição da parte qualitativa. Para facilitar a compreensão, os métodos serão descritos em duas partes: parte 1 (pesquisa quantitativa), e parte 2 (pesquisa qualitativa).

5.1.1 Parte 1 - Estudo quantitativo

No primeiro encontro os alunos participantes do projeto preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice II) e um questionário estruturado (Apêndice I), ambos elaborados pela pesquisadora, após devida revisão de literatura. A primeira parte buscou obter informações sobre dados sociodemográficos dos participantes e a segunda parte versou sobre questões relacionadas ao tema do projeto, sendo as respostas apresentadas no modelo da escala de *Likert*³.

Ao término da coleta, os dados provenientes dos questionários foram digitados duas vezes no programa Microsoft Excel®, por pessoas distintas, comparando as duas digitações para correção dos erros identificados. Os

³ Escala psicométrica com intuito de avaliar o nível de concordância com uma afirmação. O formato típico consiste em cinco itens: discordo totalmente, discordo parcialmente, indiferente, concordo parcialmente e concordo totalmente (RIBEIRO, 1999).

resultados foram analisados estatisticamente de forma descritiva, pois não se constituía objetivo dessa pesquisa testar associação entre as variáveis.

5.1.2 Parte 2 - Estudo qualitativo

Optamos pela metodologia qualitativa por considerá-la mais adequada para entender e interpretar os sentidos e significações dos fenômenos e fatos relatados pelas pessoas e observados em suas vidas. “Quando estudamos o ser humano não convém fixar variáveis definidas, devendo manter a pesquisa aberta para sua complexidade”, aponta Turato (2011, p. 55). Sendo assim, acreditamos que essa metodologia estaria mais adequada para desvelar as impressões/percepções dos alunos de medicina da UFSM sobre as formas de abordagem da Relação Clínica durante a graduação e no projeto de pesquisa.

A coleta dos dados qualitativos foi obtida através de diário de campo (registros anotados pela pesquisadora durante o desenvolvimento das seis oficinas teórico-práticas) e da realização de dois grupos focais. “No diário de campo o pesquisador registra as conversas informais, observações do comportamento durante as falas, manifestações e suas impressões pessoais, que podem se modificar com o decorrer do tempo”, conforme apontamentos de Araújo et al. (2013, p. 54).

Já a técnica dos grupos focais foi escolhida porque proporciona “uma vivência de aproximação, permite que o processo de interação grupal se desenvolva, favorecendo trocas, descobertas e participações comprometidas” (RESSEL et al., 2008, p. 169). O grupo focal é uma técnica de pesquisa que consiste na reunião de um grupo de pessoas com características comuns, de interesse aos objetivos do estudo, estimuladas ao debate sobre algum tema específico. Na medida em que diferentes opiniões e pontos de vista acerca desse tema vão sendo colocadas pelos sujeitos, podem ser elaborados pelo grupo percepções que estavam em condição de latência (DALL’AGNOL e TRENCH, 1999).

Os grupos focais foram realizados em dois encontros, em dias e horários distintos, na semana seguinte à última oficina do projeto. Os alunos foram convidados a participar de forma espontânea. Sete alunos participaram do primeiro grupo e oito participaram do segundo. Os encontros foram previamente

agendados e realizados em sala do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da UFSM, com duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos, considerando a saturação das falas dos alunos. Cada encontro foi gravado na íntegra e transcrito pela pesquisadora no dia subsequente, de maneira literal, ou seja, procuramos do modo mais fiel possível, escrever tal e qual foi falado pelos participantes. Para cada hora de gravação foram necessárias em torno de quatro a seis horas de transcrição.

O grupo da pesquisa é considerado de caráter intencional porque selecionou um grupo de interesse em função de suas características, que devem ser compatíveis com as intenções e os interesses da pesquisa (TURATO, 2011). Sobre o tamanho do grupo é necessário enfatizar que em pesquisas qualitativas não se objetiva uma amostra estatisticamente significativa, pois a pesquisa não tenciona generalizar resultados, mas sim propor uma análise em profundidade das temáticas sugeridas.

Nos grupos focais os alunos foram dispostos em círculo, incluindo o pesquisador e dois observadores, com o gravador alocado no centro da mesa. O encontro foi pautado por perguntas norteadoras, com intuito de orientar a discussão. O papel dos observadores era “registrar aspectos da linguagem não verbal dos participantes, estilo e alterações formais da fala, gesticulações, mímica facial, mudanças no timbre da voz, riso, choro” (CRESWELL, 2010, p. 196).

Após lançar a pergunta norteadora os pesquisadores mantinham-se em silêncio e os participantes tinham liberdade para responder e ilustrar conceitos de forma aleatória, seguindo a livre associação de ideias, permitindo que questões não previstas inicialmente fossem verbalizadas (BARDIN, 2011). As perguntas norteadoras estão descritas no Apêndice III.

Para manter a confidencialidade dos dados e o anonimato dos alunos, os mesmos foram identificados por algarismos arábicos, de um até quinze. Após a transcrição, realizou-se a exploração dos dados, seguindo a análise do conteúdo proposta por Bardin (2011). A pré-análise constituiu-se da leitura flutuante do material transcrito, permitindo conhecimento do texto, até chegar a uma fase de “impregnação” dos resultados. Em seguida, realizou-se a etapa de categorização, definindo os grandes tópicos, observando os critérios de repetição das falas e relevância dos temas. Delimitadas as categorias, passou-se à sua descrição e interpretação, à luz dos referenciais teóricos.

5.2 GRUPO DE ESTUDO

O grupo de estudo foi constituído por estudantes a partir do quarto semestre do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Tal escolha deu-se porque a partir da Semiologia (disciplina ministrada no quarto semestre) os alunos aumentam o contato com o paciente. A UFSM é uma universidade pública, localizada na região central no Rio Grande do Sul. O curso de medicina foi criado em 1954 e atualmente oferece 108 vagas anuais para ingresso.

Por meio de cartazes, divulgação em redes sociais e correio eletrônico, os alunos foram convidados a participar do projeto e frequentarem as oficinas. O projeto tinha duração prevista de um semestre. Foram ofertadas 30 vagas, considerando-se possíveis desistências, visando possibilitar adequado trabalho de grupo. Um grupo desse tamanho se faz necessário e é preconizado pedagogicamente (INSTITUTO..., 2010). O elo central é a intervenção continuada, por isso grandes grupos prejudicariam a efetividade das discussões. Os alunos que tiveram interesse em participar das oficinas realizaram a inscrição por correio eletrônico até data limite pré-estipulada. Foram admitidos todos os alunos que manifestaram desejo de participar do projeto, compondo um grupo de 35 alunos.

5.2.1 Critérios de Inclusão

Alunos matriculados regularmente no curso de medicina que estivessem cursando o quarto semestre ou semestres subsequentes, durante o período de início das oficinas.

5.2.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos dois alunos que não obtiveram ao menos 75% (4 encontros) de frequência nas oficinas realizadas. O controle da frequência foi realizado pela assinatura em ata dos participantes presentes, ao final de cada oficina.

5.3 LOCAL DE REALIZAÇÃO DAS OFICINAS

Os encontros foram realizados quinzenalmente, em horários pré-definidos em conjunto com os alunos participantes, com duração de duas horas cada. As oficinas foram desenvolvidas em sala previamente reservada para tal, no Centro de Ciências da Saúde da UFSM.

5.4 METODOLOGIA DAS OFICINAS

Os 35 alunos inscritos compareceram na primeira oficina e após, por questão de incompatibilidade de horário, foram divididos em dois grupos, em dias de semana diferentes. Dessa forma, cada oficina foi desenvolvida duas vezes na mesma semana. As atividades foram conduzidas pela mestranda em conjunto com uma psicóloga também mestranda, e com o apoio das professoras Maria Teresa de Campos Velho e Juliana Wendt. Durante alguns encontros também foram convidados outros profissionais, como integrantes do grupo de cuidados paliativos do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), médicos e um estudante de graduação, os quais proferiram relatos pessoais de suas experiências como pacientes.

Nas oficinas foram realizadas atividades como estudo e leitura de casos ético-clínicos, apresentação e discussão de trechos de filmes, dramatizações, procura por artigos científicos relacionados ao tema, reportagens, relato de experiências vividas e problemas enfrentados pelos alunos em seu cotidiano como entrevistadores. Os temas foram discutidos com embasamento teórico de artigos e livros relacionados aos assuntos propostos.

As oficinas eram iniciadas com uma breve apresentação teórica do assunto e, após, os alunos expressavam suas opiniões e compartilhavam suas experiências. Os organizadores disponibilizaram, previamente, via correio eletrônico, material teórico referente a cada tema que seria abordado. Fato interessante foi de que no decorrer do projeto, alunos sugeriram temas que gostariam de abordar, e as oficinas subsequentes foram planejadas com base nessas solicitações, ajustando-se aos temas que teriam sido propostos inicialmente para cada encontro. Nos parágrafos a seguir será relatado brevemente o assunto e a abordagem realizada em cada encontro.

5.4.1 Primeira oficina: apresentação do projeto, do grupo e modelos de Relação Clínica

Ao iniciar o primeiro encontro realizou-se a apresentação do grupo entre si e dos organizadores. Os alunos foram questionados os motivos pelos quais escolheram a Medicina e foi explicada a proposta de se propiciar espaços de discussão, permitindo um diálogo aberto e interdisciplinar de temas subjetivos dentro da temática da RC.

Na sequência, discutiu-se um texto sobre os modelos de Relação Clínica, através da leitura de um diálogo entre médico e paciente, simulando os vários tipos dessa relação. Adicionalmente, solicitamos que os alunos refletissem por qual médico e com qual diálogo gostariam de deparar-se caso estivessem na situação de paciente. Após, abordaram-se alguns aspectos da comunicação e simulou-se um início de consulta com perguntas abertas. Pretendíamos demonstrar que ao deixar o paciente falar abertamente ele sente-se valorizado, acolhido e com maior autoestima.

Discutiram-se, também, algumas charges a respeito da relação médico-paciente, demonstrando a distância dessa relação e o quanto o paciente esforça-se para conseguir a atenção do seu médico. Ao final do encontro os alunos foram orientados a observar questões da sua prática clínica, aspectos positivos e negativos dos atendimentos realizados no hospital por eles mesmos ou por outros profissionais. Esses elementos foram utilizados como subsídios para discussões em encontros subsequentes.

5.4.2 Segunda oficina: comunicação de notícias difíceis – Parte 1

Um tema que gera ansiedade nos alunos de medicina e acabou tornando-se um assunto muito debatido durante os encontros foi a comunicação de notícias difíceis. No intuito de auxiliar nesse aprendizado, apresentamos, em conjunto com a psicóloga apoiadora do projeto, o protocolo *SPIKES*, que elenca uma série de etapas a serem observadas quando necessitamos compartilhar uma notícia difícil com paciente ou familiares.

Após essa parte teórica os alunos assistiram a trechos de filmes nos quais médicos comunicavam diagnósticos ou prognósticos desfavoráveis a seus

pacientes. Cada aluno foi convidado a pontuar os aspectos positivos e negativos que haviam notado nesse processo de comunicação. Os alunos relataram também casos em que tinham observado professores ou residentes dando notícias difíceis aos pacientes e pontuaram o que julgaram adequado ou inadequado nesses processos. Houve momentos de compartilhamento de experiências pessoais, tirando o foco da transmissão de conhecimento de forma passiva, como é praticado em muitas disciplinas na graduação. Como já observado, esse é um tema que desperta bastante interesse nos estudantes, sendo discutido também nas duas oficinas subsequentes.

5.4.3 Terceira oficina: comunicação de notícias difíceis – Parte 2

A oficina iniciou com apresentação de um vídeo motivacional: “Por que ser médico?”, corroborando o que muitos alunos disseram no primeiro dia, a saber, que desejavam ser médicos para poderem ajudar as pessoas. Os vídeos são importantes, pois propiciam momentos de reflexão pessoal e sensibilizam os alunos para o uso de tecnologias leves (conversa e escutas) a despeito de tecnologias duras (exames de imagem, protocolos, etc.). Nesse encontro, os alunos realizaram vários questionamentos para a psicóloga, inclusive sobre como dar más notícias para crianças. Eles foram orientados a buscar bibliografia no protocolo do Instituto Nacional do Câncer (INSTITUTO..., 2010) sobre comunicação de notícias difíceis, assim como utilizar questões lúdicas para auxiliar nesses processos.

Ainda nesse encontro, debateu-se brevemente sobre a filosofia da *slowmedicine* (medicina sem pressa) e, após, procedeu-se com a leitura, em grupo, de um artigo escrito por uma Médica de Família⁴ e publicado no *site* do movimento *slowmedicine* no Brasil. O texto refletia sobre a rotina exaustiva do médico, ponderando sobre o porquê às vezes ele age de forma mais ríspida. Na pressa de atender muitos pacientes no mesmo turno alguns profissionais acabam pecando na relação médico-paciente. Aproveitando o enfoque do texto, debateu-se sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa. Esse método é considerado o

⁴ Couto (2017).

“carro chefe” da Medicina de Família e Comunidade e um pilar importante para alicerçar uma RC satisfatória, pois considera o contexto e a percepção do paciente.

Destacando a importância da empatia em todos os processos de relação humana, um aluno sugeriu que seria interessante compreender como um paciente recebe uma notícia difícil, pois a parte do médico que transmite o diagnóstico já tinha sido bastante discutida. Outra aluna sugeriu que fosse discutido sobre a importância dos cuidados paliativos e da abordagem do processo de luto, morte e morrer, uma vez que esses assuntos também são pouco discutidos na graduação médica. As sugestões serviram de base para as oficinas de número quatro e cinco, evidenciando a relevância da aplicação da pesquisa qualitativa, a qual permite ajustes ao longo do projeto.

5.4.4 Quarta oficina: comunicação de notícias difíceis na percepção dos pacientes

Na prática costuma-se relacionar a comunicação de más notícias com comunicação de óbitos. No entanto, qualquer diagnóstico que imporá mudanças deletérias na vida do paciente, a curto ou longo prazo, como diabetes num adolescente ou cardiopatia num atleta, uma resposta inadequada a determinada terapêutica, diagnóstico de patologias graves, em geral, são considerados pelos pacientes como uma má notícia. Vê-se, então, que o ato de transmitir más notícias provavelmente estará presente em algum momento da atuação profissional da maioria dos médicos.

Com o objetivo de sensibilizar os alunos para esse tema e trabalhar a questão da empatia, foram convidados três profissionais médicos e um estudante, que haviam passado pela experiência de serem pacientes e terem recebido notícias difíceis, para compartilharem seus relatos. Um médico recebera o diagnóstico de esclerose múltipla e, após, de neoplasia cerebral, necessitando de procedimento cirúrgico e posterior internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Quando descobriu o diagnóstico de neoplasia ele foi chamado em particular, sem acompanhante, para receber a notícia. Ao consultar com o neurocirurgião, a primeira frase que ouviu foi: “então, me conte a sua historinha triste”.

A esposa, também médica, relatou, com detalhes, como é para a família acompanhar todo esse processo. Outra médica havia ficado mais de 30 dias internada em uma UTI após acidente automobilístico grave. Foi submetida a vários procedimentos invasivos, necessitando, inclusive, de cirurgia no crânio. Em seu relato ela destacou como um paciente sente-se solitário em uma UTI, ou como é visto como uma “atração”, quando apresenta uma patologia muito grave ou atípica.

Outro participante era aluno da graduação e havia ficado paraplégico após acidente automobilístico, aos 18 anos de idade. Ele compartilhou a experiência exitosa de ter recebido uma notícia difícil de maneira adequada pelo seu neurologista e traumatologista. Os relatos foram realmente impactantes e conseguiram abordar em profundidade os temas: empatia e comunicação (adequada e inadequada) de notícias difíceis.

5.4.5 Quinta oficina: cuidados paliativos e final de vida

Para debater esse tema foram convidadas profissionais do grupo de cuidados paliativos do HUSM (psicóloga, enfermeira e médica), as quais relataram suas experiências e exemplos reais de cuidado com o paciente terminal e suas famílias. Esse tema abriu espaço para a discussão de alguns dilemas éticos relacionados à terminalidade, diretivas antecipadas de vontade e tratamento fútil.

Nesse encontro não foi utilizado nenhum material audiovisual, apenas a conversa e o compartilhamento de experiências. Os alunos relataram vivências, relatos de pacientes ou familiares com os quais eles tinham acompanhado o processo de morte e morrer, assim como os sentimentos despertados. Discutiuse a importância de respeitar os desejos dos pacientes quanto à não realização de medidas invasivas.

Essa oficina transcorreu levemente, embora o tema fosse considerado “pesado” e de difícil abordagem. Houve uma interação importante entre profissionais e alunos, os quais puderam esclarecer várias dúvidas a respeito da temática com pessoas capacitadas em suas áreas de atuação – psicologia, enfermagem e medicina. Foi apresentado aos alunos um baralho que contém frases que expressam desejos e ajudam a trabalhar as questões das diretivas antecipadas de vontade com pacientes em cuidados paliativos.

5.4.6 Sexta oficina: lutos e perdas

Esse tema costuma ser negligenciado durante a formação médica e foi um assunto sugerido pelos participantes ao longo do projeto. Pacientes e profissionais podem entrar em processo de luto por perda de entes queridos, oportunidades não aproveitadas, por situações e objetos aos quais se apegaram, perda da saúde, do emprego, perda de bens para pagar o tratamento, entre outros fatores.

No início da oficina apresentou-se e debateu-se um vídeo sobre empatia e um caso clínico, no qual o diálogo entre médico e paciente (em processo de luto) era inadequado. Realizou-se uma breve explanação teórica sobre os conceitos e estágios do luto e, após, analisou-se um segundo caso clínico, com um diálogo mais adequado entre médica e paciente (em processo de luto por perda da mãe). Foram avaliados os aspectos positivos e negativos dos dois diálogos.

Por fim, aplicou-se um questionário de enfrentamento do luto pelo profissional (qual o primeiro luto que recordavam, quais os sentimentos despertados, etc.) e alguns compartilharam suas respostas. A psicóloga destacou a importância de saber lidar com o próprio luto para que se possa saber orientar o luto dos pacientes e suas famílias. Como fechamento da oficina, debateu-se as sensações despertadas durante o processo de vivência individual do luto e a importância de não rotular o luto como uma patologia. Essa foi a última oficina realizada e nessa oportunidade os alunos foram convidados a participarem dos grupos focais, os quais tiveram sua dinâmica descrita na metodologia qualitativa.

6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, número do CAAE 69059317.1.0000.5346. Toda a pesquisa foi conduzida de forma ética, obedecendo as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, as quais regulamentam a pesquisa que envolve seres humanos no país. Respeitou-se o princípio da autonomia do sujeito de pesquisa através da aplicação do TCLE (Apêndice II) e os pesquisadores comprometeram-se em manter a confidencialidade dos dados identitários dos participantes (Apêndice IV).

A pesquisa foi caracterizada como de risco mínimo, ou seja, os participantes realizaram algumas atividades que iam além da sua rotina como alunos de medicina. Era possível que ocorressem desconfortos como cansaço ao participar das oficinas e ao responder os questionários. Para diminuí-los os pesquisadores adotaram período de intervalo de 15 minutos durante as atividades. Os benefícios desse projeto caracterizaram-se como benefícios diretos aos alunos participantes, pois pretendia-se ofertar aprendizado e aquisição de conhecimento.

Por fim, solicitou-se aos participantes autorização para utilização de voz e imagens (Apêndice V), com finalidades exclusivamente acadêmicas. Após finalização do projeto os arquivos serão excluídos.

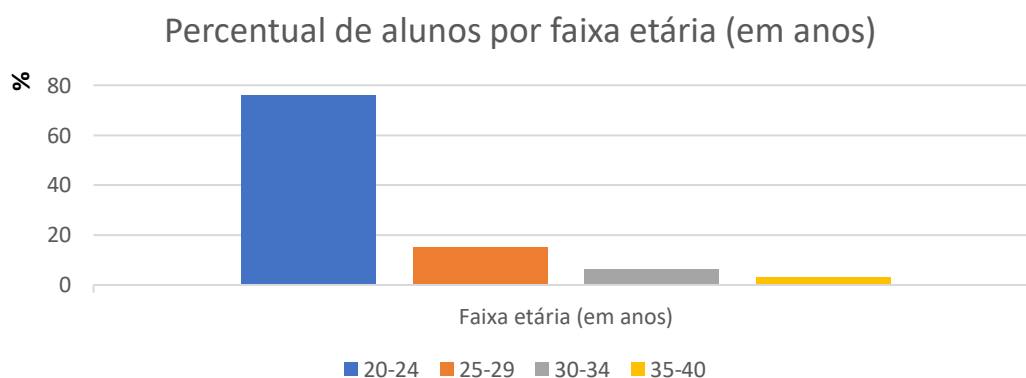
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com intuito de facilitar a escrita e o entendimento do tema optamos por apresentar os resultados e a discussão da parte quantitativa e da parte qualitativa, separadamente. Destacamos, como já explicitado, que esses métodos são complementares e não excludentes. Com a exposição descritiva dos dados coletados sobre alguns dos atributos e opiniões dos participantes do grupo, por meio de um questionário aplicado previamente às oficinas, pretendeu-se apenas demonstrar algumas características dos alunos que participaram das oficinas.

7.1 ANÁLISE E BREVE DISCUSSÃO SOBRE OS DADOS COLETADOS POR MEIO DO QUESTIONÁRIO

Os dados abaixo são referentes ao questionário estruturado aplicado no primeiro encontro do projeto. Dentre os 33 alunos que participaram, as idades variaram de 20 a 37 anos, com média de 23,5 anos (DP $\pm 3,8$). Desses alunos, 15 eram do sexo feminino (44%) e 18 do sexo masculino (56%). A amostra foi formada por conveniência para adequar-se apenas ao trabalho a ser realizado em pequenos grupos de estudantes. Os participantes homens tiveram pequena preponderância em sua participação. O gráfico abaixo ilustra a distribuição dos alunos por faixa etária, em anos.

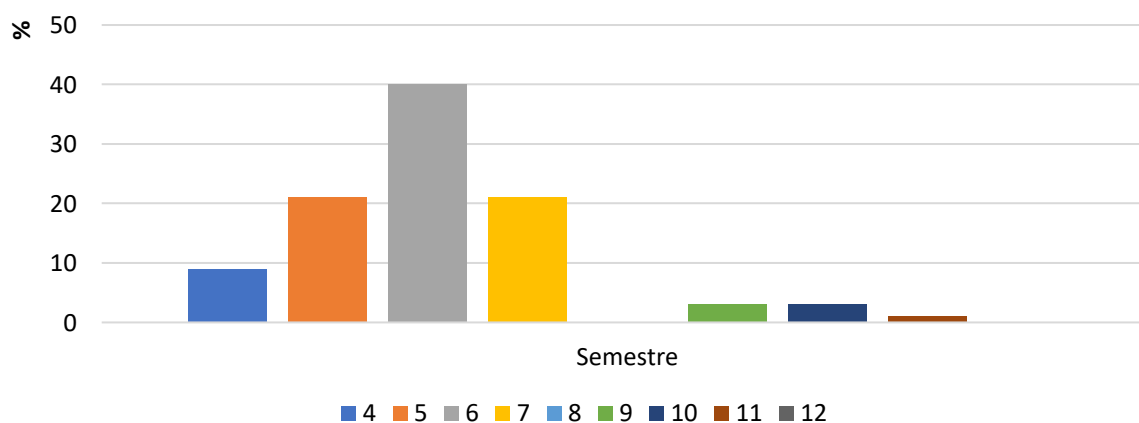
Gráfico 1 – Distribuição percentual do número de alunos de acordo com a faixa etária.



Fonte: dados da autora, 2018.

Do total de participantes do projeto 30 (91%) eram do quarto, quinto, sexto ou sétimo semestre do curso de medicina da UFSM. Apenas um aluno frequentava o nono, um o décimo e um o décimo primeiro semestre. Esse dado é importante, pois revela que alunos do internato curricular, que possuem grande carga horária prática e maior contato com o paciente, demonstraram menor interesse ou disponibilidade de tempo para participar do projeto. O gráfico abaixo ilustra a distribuição dos alunos por semestres do curso.

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos alunos participantes do projeto de acordo com o semestre corrente do curso de medicina.



Fonte: dados da autora, 2018.

Essa dissertação não visa elucidar o porquê da participação dos alunos dos semestres finais ter sido menor, mas cabe destacar os vários estudos encontrados na literatura que relacionam a diminuição dos níveis de empatia e interesse por temas humanistas nos alunos dos semestres finais do curso comparando-os com os semestres iniciais (HOJAT et al., 2009; CHEN et al., 2007; RAMÍREZ e VALEJOS, 2017).

Ramírez e Vallejos (2017) sugerem que o ensino hospitalocêntrico poderia estar relacionado com essa redução ou estabilização da empatia ao longo da graduação médica. Contudo, a maior parte desses estudos é estadunidense ou espanhol. No Brasil, Nascimento et al. (2018) encontrou uma tendência discreta dos concluintes do ensino médico serem mais empáticos do que os ingressantes.

O questionário buscou também averiguar algumas das características e opiniões dos participantes do estudo sobre aspectos importantes da RC. A Tabela 1, a seguir, apresenta algumas características dos alunos participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Tabela demonstrativa das características dos alunos participantes das oficinas do projeto no período de outubro a dezembro de 2017.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	18	56%
Feminino	15	44%
Naturalidade		
Fora do RS*	14	46%
RS	19	54%
Possui familiar médico		
Sim	6	18%
Não	27	82%
Já esteve hospitalizado		
Sim	17	52%
Não	16	48%
Total	33	100%

*RS: Rio Grande do Sul. n: número %:porcentagem

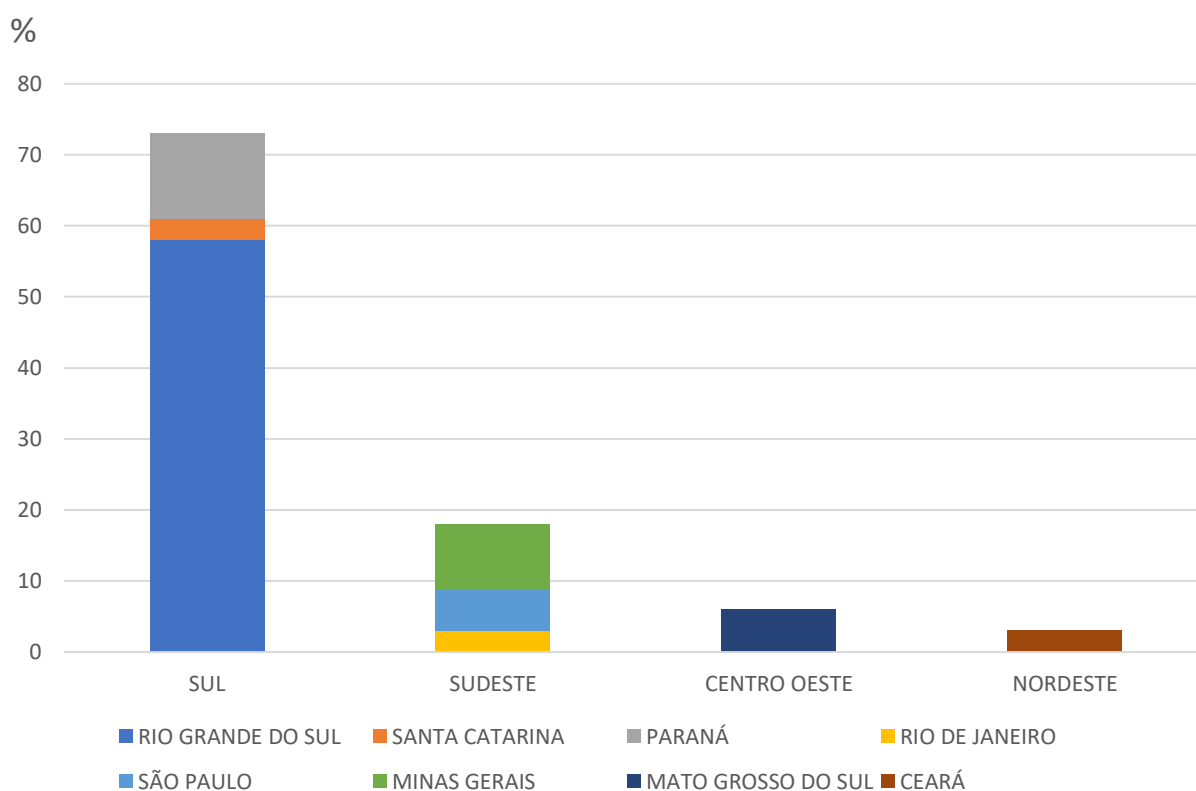
Fonte: Dados da autora, 2018.

Esquerda et al. (2016) aponta que os estudantes com familiares médicos possuem menores níveis de empatia global. Já a maioria dos estudos revisados evidencia que já ter sido internado ou diagnosticado com uma patologia grave, bem como já ter acompanhado amigo ou familiar internado, está diretamente relacionado com níveis maiores de empatia. A especialidade clínica médica também está diretamente relacionada com a empatia dos profissionais (ESQUERDA et al., 2016; CHINATO et al., 2012; GRAU et al., 2017). No presente trabalho 27 alunos (82%) optaram pela especialidade de clínica médica, caso tivessem que decidir naquele momento. Os outros seis (18%) dividiram-se entre cirurgia, ginecologia/obstetrícia e pediatria.

Em relação à procedência, 19 alunos (58%) eram naturais do estado do Rio Grande do Sul, 14 alunos (42%) de outros estados, sendo que apenas três alunos (9%) eram naturais de Santa Maria/RS. O segundo estado com maior número de alunos foi Paraná, com quatro alunos (12%), seguido de Minas Gerais, com três alunos (9%).

Esses dados de procedência são relevantes pois destacam a importância de considerar o contexto do aluno, suas ideias e valores prévios ao curso, de acordo com seu local de origem (AYRES et al., 2013; BLASCO, 2010). O gráfico abaixo demonstra a distribuição percentual dos alunos participantes do projeto, de acordo com seus estados e regiões de procedência.

Gráfico 3 – Distribuição percentual dos alunos participantes do projeto por regiões do país.



Fonte: dados da autora, 2018.

Quanto aos aspectos relacionados à comunicação, 25 alunos (76%) gostariam de ter mais aulas sobre habilidades de comunicação, enquanto oito alunos (24%) julgaram que o tema estava sendo abordado de maneira suficiente.

No entanto, todos os participantes assinalaram que gostariam de participar de grupos de discussão e treinamento em habilidades de comunicação durante a graduação.

A literatura mostra a importância do treinamento, principalmente no que tange à comunicação de notícias difíceis. Isso pode incluir a simulação de consultas em pequenos grupos, com pacientes treinados, ou as videograções de consultas com posterior discussão em grupo – método conhecido como PBI – *Problem Based Interview* (INSTITUTO..., 2010; BACK et al., 2007; BAILE et al., 1999; DE MARCO et al., 2010).

Alguns aspectos da RC também foram indagados junto aos participantes. Todos os alunos concordaram que questionar o paciente sobre o que se passa na sua vida privada auxilia na compreensão das queixas físicas, bem como a vivência como paciente facilita o aprendizado da RC. Em 94% das respostas os alunos concordaram que o senso de humor do médico pode contribuir para resultados clínicos melhores. A pergunta que mais dividiu opiniões foi se eles consideravam difícil para o médico notar as demandas/notícias/enfrentamentos na perspectiva do paciente. Do total, 18 alunos (55%) concordaram total ou parcialmente, 12 alunos (36%) discordaram e três alunos (9%) não opinaram. Essas respostas estão ilustradas na Tabela 2, situada na página seguinte.

Por fim, destacamos um dado que consideramos importante e recompensador para os pesquisadores. A assiduidade dos participantes às oficinas foi um fato muito positivo do projeto. Dos 33 alunos, 12 (36%) não faltaram em nenhum encontro e 17 (52%) faltaram em apenas um. Essa porcentagem elevada de comparecimento, mesmo em horário extraclasse, pode estar relacionada ao interesse pelas metodologias propostas, como tentaremos demonstrar a seguir, por meio das falas dos alunos e sua discussão na parte qualitativa. Nessa análise trataremos o tema com mais profundidade e levantaremos aspectos que, possivelmente, não seriam alcançados por meio de um estudo quantitativo.

Tabela 2 – Tabela demonstrativa (%) das percepções dos alunos participantes sobre aspectos da RC.

Questão	Respostas	n(%)
Você acredita que fazer perguntas ao paciente sobre o que sua vida privada ajuda na compreensão das queixas físicas?	Concordo parcialmente	9 (27%)
	Concordo totalmente	24 (73%)
Você acredita que a vivência como paciente facilita o aprendizado da RC?	Concordo totalmente	33 (100%)
Você acredita que é difícil para o médico ver as coisas na perspectiva do paciente?	Não Concordo totalmente	12 (36%)
	Concordo parcialmente	1 (3%)
	Concordo totalmente	17 (52%)
	Indiferente	3 (9%)
Você acredita que o senso de humor do médico contribui para resultados clínicos melhores?	Não Concordo totalmente	1 (3%)
	Concordo parcialmente	21 (64%)
	Concordo totalmente	10 (30%)
	Indiferente	1 (3%)
Total		33 (100%)

Fonte: Dados da autora, 2018.

7.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO QUALITATIVA

Após ler, reler e analisar todo o material transcrito, foram elencadas quatro categorias principais, observando os critérios de repetição e relevância das falas dos participantes, conforme análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Algumas categorias foram divididas em subcategorias para facilitar a compressão e discussão dos tópicos. Essas subdivisões permitem a compressão das falas dos

sujeitos e a correlação com os assuntos propostos pelo projeto. As categorias foram validadas com a professora orientadora do projeto, a qual também realizou a leitura do material transcrito. As categorias e subcategorias estão descritas no esquema a seguir:

1. Aprendendo e Ensinando Metodologias Ativas
 - 1.1 A arte, o cinema e a literatura evocam os sentimentos: buscando o humanismo
 - 1.2 A arte de trabalhar em equipe: um aprendizado
 - 1.3 Pequenos grupos favorecem a exposição de afetos e ideias
2. O luto e a morte: as palavras não faladas
3. A importância da comunicação na RC
 - 3.1 As particularidades da comunicação das notícias difíceis
 - 3.2 As notícias difíceis na visão dos pacientes – as experiências vivas
4. Os valores como forma de resgate e a empatia como fio condutor da RC

Na sequência discriminaremos as categorias e subcategorias propostas (resultados), incluindo citações literais das falas dos alunos e discorreremos sobre elas (discussão). O quadro abaixo representa os alunos presentes no grupo focal e os respectivos semestres do curso (Quadro 1). Os participantes foram identificados pela letra “A” seguida de algarismos arábicos (de um até 15), a fim de manter a confidencialidade identitária.

Quadro 1 – Demonstrativo do grupo de alunos participantes do grupo focal com gênero e semestre do curso correspondente.

A1	<i>Masculino, quinto semestre</i>	A9	<i>Feminino, sexto semestre</i>
A2	<i>Feminino, quinto semestre</i>	A10	<i>Feminino, sexto semestre</i>
A3	<i>Feminino, quinto semestre</i>	A11	<i>Feminino, sexto semestre</i>
A4	<i>Masculino, nono semestre</i>	A12	<i>Masculino, sexto semestre</i>
A5	<i>Feminino, quarto semestre</i>	A13	<i>Feminino, sétimo semestre</i>
A6	<i>Masculino, sexto semestre</i>	A14	<i>Feminino, sétimo semestre</i>
A7	<i>Masculino, sexto semestre</i>	A15	<i>Masculino, sexto semestre</i>
A8	<i>Feminino, sexto semestre</i>		

7.2.1 Aprendendo e Ensinando Metodologias Ativas

Essa primeira categoria constitui-se um dos objetivos principais do projeto: propor e ensaiar novas maneiras de abordar e trabalhar a RC. As metodologias ativas são estratégias de ensino centradas na participação efetiva dos estudantes, estimulando o envolvimento direto, participativo e reflexivo no processo de aprendizagem de algum tema e no desenvolvimento de competências (BACICH e MORAN, 2018). Essas metodologias contrastam com o ensino tradicional centrado no professor, o qual transmite preponderantemente os conhecimentos que julga serem importantes para os alunos.

A diversidade de técnicas pode ser útil se bem equilibrada e adaptada entre o individual e o coletivo (BACICH e MORAN, 2018). Com intuito de melhorar a educação das emoções dos alunos e o desenvolvimento afetivo surgem várias possibilidades educativas como a música, as narrativas, a literatura e o cinema (MORETO, BLASCO e PIÑERO, 2018). Cabe ressaltar que o ensino tradicional e as metodologias ativas podem ser estratégias complementares, e o docente tem liberdade para escolher quais assuntos são mais ou menos pertinentes de serem abordados com metodologias ativas (MELLO, ALVES e LEMOS, 2014). As novas teorias sobre personalização da aprendizagem têm redimensionado o papel do professor “tornando-o cada vez mais um gestor e orientador de caminhos coletivos e individuais” (MORAN, 2015, p.39).

Na educação Médica, é consenso que o ensino-aprendizagem da comunicação deve desenvolver-se ao longo da graduação de forma sistematizada, em diversos cenários de ensino e, preferencialmente, em pequenos grupos trabalhados com metodologias ativas (RIOS, 2010). No entanto, é comum haver insegurança e resistência no processo de inovação do ensino. Nesse sentido, seria pertinente que os professores se apropriassem mais das novas metodologias, buscando maneiras alternativas à aula expositiva.

Quando começam as atuações práticas, em hospitais ou unidades de saúde, “o discente vive uma contradição: de um lado, as habilidades de comunicação e a tensão psicológica de chegar a um bom diagnóstico e, do outro, os valores morais oficiais e os valores reais que observa em seus tutores” (CARRIÓ, 2012, p. 346). Ensinar para um aluno da graduação habilidades de entrevista e relação médico-paciente pode ser considerado um desafio, pois

muitas vezes esse ensino é pautado apenas exemplo sem ter um enfoque curricular, e em outras há uma abordagem teórica não relacionada à prática. No entanto, não basta que o docente saiba fazer uma entrevista clínica, é preciso saber explicá-la ao aluno e envolve-lo nesse processo. Nesse ponto incluímos as metodologias ativas como formas de tornarem essa explicação mais atraente e dinâmica.

As oficinas do projeto tiveram o intuito de criar um espaço de discussão sobre temas relevantes, propondo o resgate da importância da Relação Clínica e das habilidades de comunicação na formação do estudante de medicina. Para tal, foram utilizadas metodologias ativas, com a ideia de agrupar alunos de diversos semestres em rodas de discussão, permitindo o compartilhamento de conhecimentos, sentimentos e reflexões, buscando atividades inovadoras no contexto do ensino médico.

Essas atividades realizadas e a forma como os assuntos foram abordados deram origem às subcategorias da metodologia ativa, sendo elas: A arte, o cinema e a literatura evocam os sentimentos: buscando o humanismo; A arte de trabalhar em equipe: um aprendizado; Pequenos grupos favorecem a exposição de afetos e ideias. Cada subcategoria será discutida a seguir.

7.2.1.1 A arte, o cinema e a literatura evocam os sentimentos: buscando o humanismo

“O tema do humanismo médico não é algo novo, mas preocupação sempre presente nos acadêmicos que comentam acerca do equilíbrio que sempre se deu na medicina, entre as duas facetas que a compõem: a medicina como ciência, e a medicina como arte” (Blasco, 2011 p. 12).

A primeira subcategoria engloba a utilização da música, da leitura, da poesia, das artes, dos filmes e dos vídeos como forma de despertar o humanismo. Sabemos que questões mais subjetivas que envolvam a ética, a empatia, a comunicação, entre outras temáticas, podem ser mobilizadas nas pessoas por meio da utilização desses recursos (GALLIAN, 2017; BLASCO, 2010; VIEIRA, CARDIN e GOMES, 2016). Para tal, foi previsto no projeto a inserção desses modos de sensibilizar as pessoas, preconizados na literatura (TAPAJÓS, 2002;

RIOS, 2010; TAYLOR, 1995). Segundo Landsberg (2009), as obras de arte, a literatura e o cinema podem auxiliar no processo de desenvolvimento da empatia, qualidade substancial para os profissionais da saúde.

Antes da abordagem de alguns temas específicos durante as oficinas realizadas para a coleta de dados dessa pesquisa foram apresentados aos participantes músicas com letras otimistas e vídeos motivacionais que relatavam a experiência de ser médico na sociedade atual, o conceito de empatia, dentre outros. A literatura consultada pontua que os vídeos e os filmes podem promover uma reflexão individual e/ou coletiva por meio da sua assistência e discussão. Os autores afirmam que eles simulam situações reais, funcionando como um laboratório de vida e emoções (VIEIRA, CARDIN e GOMES, 2016; MORATALLA, 2010), levando os assistentes a percepções, reflexões e conclusões a respeito das temáticas tratadas.

Para Moreto, Blasco e Piñero (2018) o cinema é um aliado importante na formação humanística, pois as cenas, se bem escolhidas e empregadas, mesmo que não abordem temas médicos, geram atitudes reflexivas, acionam a memória afetiva e facilitam o aprendizado. Os autores destacam ainda que se pode ensinar conhecimento com livros e artigos científicos, bem como habilidades com a repetição de técnicas. No entanto, para prover atitudes é necessária uma reflexão prévia do aluno, a fim de estimular a decisão de moldar seu comportamento diante das situações ético-clínicas. Dessa forma, “as emoções e a empatia são constantes da equação ética” (MORETO, BLASCO e PIÑERO, 2018). Tal fato foi destacado pelos alunos, como ilustrado nas sentenças abaixo:

[...] eu gostei dos encontros porque era uma coisa mais assim, tipo, eram relatos, eram conversas, pedaços de filmes, leituras, a gente foi aprendendo, assim, com exemplos, é bem diferente daquela aula teórica [...]. Esses exemplos acho que ajudaram muito assim, me fizeram pensar muito mais do que se eu tivesse tido uma aula, como as que a gente tem (A3).

[...] um aspecto positivo foi os filmes que traziam sobre história de algum acontecimento, alguma notícia que tinha que dar. Por exemplo do médico que tinha câncer e aí como que ele ia receber ou como que as pessoas falaram isso pra ele. Então eu acho que nessa parte ajudou, porque a gente conseguiu ver exemplos práticos né, não ficou só na teoria. Foi através do filme, mas ajudou a gente ver como que acontece isso de dar a notícia, ou como que as pessoas recebem também (A2).

[...] eu achei a parte didática, bem, bem legal mesmo. Me atraiu, pelo menos, por ser essa questão da gente falar, de ver um vídeo. Até eu fui

procurar os vídeos em casa. Os diálogos também acho que, o fato da gente não ter que levar pra casa pra ler, de ser ali, que daí faz com que a gente preste atenção, porque senão, eu, pelo menos, acabo deixando para outra hora e não faço. Achei os temas bem abordados, temas bons (A1).

Nas anotações e observações realizadas pela pesquisadora ao longo dos encontros (diário de campo), os alunos pontuaram, sobremaneira, o fato de que a didática utilizada nas oficinas não foi baseada, apenas, na exposição de *slides* e protocolos. Nesse ponto, reiteramos a relevância da utilização de materiais audiovisuais (telas, vídeos e filmes), além das leituras como ferramentas que envolvem ativamente o aluno, estimulando a crítica e a reflexão (BAUMAN, 2001; BLASCO, 2010; BRASIL, 2003).

O uso dessas metodologias também é estudado no cenário internacional. Um estudo conduzido com alunos de medicina da Eslovênia concluiu que o ensino aliado ao cinema é vantajoso para a discussão de temas como: empatia, cuidados paliativos, dilemas éticos, comunicação e morte (KLEMENC-KETIS e KERSNIK, 2011). Tais assuntos são semelhantes aos abordados em nosso trabalho.

No Brasil, o livro “A Literatura como remédio”, do historiador Dante Gallian (2017), relata as experiências do autor com o laboratório de leitura (LabLei) e laboratório de humanidades (LabHum) da Universidade Federal Paulista (UNIFESP). A ideia seria de estimular o resgate da subjetividade através da imersão na vida das personagens dos livros clássicos. A criação desses laboratórios surgiu a partir de pesquisa na qual o autor constatou que os alunos julgavam ineficazes as técnicas de humanização que vinham sendo utilizadas até o momento no curso de medicina. Para eles as teorias que tentavam ensinar ou incutir o humanismo eram apenas “mais um conjunto de conteúdos e técnicas que precisavam ser incorporadas num pacote de competências e habilidades já considerado demasiadamente pesado e exigente” (GALLIAN, PONDÉ e RUIZ, 2012, p. 49).

Concatenamos essa experiência com a realidade da UFSM e destacamos a dificuldade em abordar temas subjetivos, como as humanidades e a relação médico-paciente de uma maneira menos teórica e mais prática. Segundo Blasco (2014) é necessário discutir significados, ao invés de apenas estabelecer protocolos. Assim sendo, percebemos pouco espaço para essa discussão no

ambiente acadêmico. Os fragmentos das falas dos alunos descritas a seguir ilustram essa questão.

Eu quis participar do projeto por essa deficiência no curso mesmo. Acho que o nosso curso tá bastante voltado para a técnica e eu acho que acaba faltando um pouco essa humanização da medicina. Eu acho que aqui a gente pôde discutir, conversar, cada um pode falar [...] não era aquela coisa maçante de *datashow* ali, professor falando e tu ouvindo quietinho (A6).

Eu acho que o que eu mais gostei, o que me interessou para entrar no projeto foi essa deficiência no curso que tem, como a gente disse, da disciplina de RMP que pra mim assim, não acrescentou quase nada. E.. daí eu gostei dos encontros porque eram metodologias diferentes, a gente podia compartilhar o que via de certo ou errado no HUSM (A8).

E para mim essa experiência eu acredito que tenha sido mais reflexiva mesmo, na medida que muitos desses assuntos assim eu não tinha vivenciado tanto, até hoje o que eu passei no curso (A5).

É importante considerar, na graduação de nível superior, que o aluno possui uma história de vida, e cabe ao professor permitir que os conhecimentos e a cultura prévia de cada um se exteriorizem. O uso da literatura, da música e do cinema pode auxiliar a evocar e aflorar essas particularidades (MORATALLA, 2010; BACICH e MORAN, 2018; GALLIAN, 2017).

Em vista disso, a literatura indica que em palestras ou aulas expositivas conseguimos manter atenção plena dos ouvintes apenas durante os 15 minutos iniciais (LAKATOS e MARCONI, 2000). Cientes dessa questão, intencionamos promover conhecimento e mobilizar emoções através de músicas, filmes, leituras e conversas. Percebemos, assim, que os alunos valorizaram essas metodologias e, principalmente, esse espaço livre para discussão, como observado nos discursos a seguir:

[...] enquanto no projeto a gente não tinha essa obrigatoriedade, [de ler os temas em casa] mesmo que falasse o mesmo assunto das nossas aulas, a gente ia mais leve, a gente ia querendo ouvir, querendo conversar, é bem diferente da aula, que a gente fica pensando quanto tempo falta para acabar (A4).

[...] quando eu vi que as aulas de RMP iam ser dadas pelos próprios alunos, que todas as aulas iam ser seminários, as que não iam ser seminários iam ser vídeos ou filmes aí eu vi que não ia ser suficiente, porque se os alunos que iam dar aulas, era a mesma coisa que nós leramos em casa sozinhos (A2).

Nas aulas de história de medicina, com o professor X, que é um cara tipo, ele pensa fora da caixa assim, de um médico. Ele tem mestrado e doutorado em educação, já começa assim né. Então é diferente. E é isso

aí, sabe, eu acho que o **único** (grifo nosso) momento assim, que a gente teve durante a graduação pra refletir alguma coisa (A6).

Inclusive a gente dizia assim: ah vamos lá para a terapia em grupo (risos), antes de começar a aula (de história da medicina) (A4).

Nessas últimas colocações percebemos o quanto os alunos consideram significativo o suporte do professor ao longo desse processo. Não basta apenas propor a utilização de vídeos, filmes ou literatura, é importante demonstrar aos alunos como essas metodologias podem ser eficazes na construção de humanidades, conduzindo às atividades práticas e às discussões em grupo (GALLIAN, PONDÉ e RUIZ, 2012; NAKAMOTO, 2008, MORATALLA, 2010).

De acordo com as teorias da neuroeducação (MORA, 2010), o cérebro precisa emocionar-se para aprender. Acreditamos que essa seja uma proposta para o ensino da RC. Diminuir o tempo de aulas teóricas e propiciar contato com cenas, relatos, músicas e filmes impactantes referentes aos assuntos que se deseja abordar. Esses elementos e métodos são capazes de surpreender e despertar a atenção dos alunos, o que é imprescindível para o processo de aprendizagem.

Em contrapartida, a abordagem integral do paciente foi outro ponto lembrado pelos alunos, sendo que a contemplação das artes auxilia nesse comportamento (LANDSBERG, 2009). Muitas vezes, durante a graduação, tem-se a tendência de dicotomizar o paciente. Essa individualização estanque é uma das principais inadequações do ensino e que se reflete no aluno de medicina. Os estudantes são instigados pela pressa, pela necessidade de prescrever um grande número de doentes e, por vezes, acabam negligenciando outros aspectos particulares dos pacientes (WEAR et al., 2015). Nas falas abaixo notamos o reconhecimento dessas nuances:

Eu acho que o projeto nos chama mais assim, porque ele nos coloca na roda ali. O assunto é nós e o paciente, o que a gente vai fazer lá depois. Enquanto outras disciplinas [...] parece que agora é só a disciplina sabe? Ah é só infecto, eu preciso decorar isso aqui, esse vírus ali, não parece que a gente entra na jogada. Então, eu acho que foi por isso que o projeto não se tornava maçante (A5).

[...] então, perceber por esse lado assim, de quão importante é toda essa integralidade da pessoa, nesse sentido eu acho que foi o que mais me deixou satisfeita assim, em tá participando, em perceber o quão importante é esse lado (A7).

Acho que as discussões do projeto me ajudaram a pensar na forma como que a gente vê o paciente talvez, essa necessidade de aprender a lidar além da questão técnica, né (A6).

Mediante essas afirmações, percebemos a preocupação dos alunos em considerarem o paciente em seu contexto geral. Esse fato, como já foi explicitado, pode ser facilitado pelo estudo das artes. Podemos dizer que contemplar uma tela e atribuir-lhe significado é um exemplo prático de como avalia-se um paciente e contempla-se um significado e um contexto às suas queixas (PEABODY, 1927).

Os relatos expostos até o momento corroboram o que é dito pelos autores a respeito da utilização de metodologias ativas na educação em saúde. Essas metodologias precisam permear aspectos não apenas biológicos e clínicos, mas também aspectos humanísticos, emocionais e sociais que fazem parte das relações clínicas (RATTO e SILVA, 2011). Lembramos, entretanto, que essas metodologias auxiliam em determinadas questões e não no ensino como um todo, pois possuem um papel complementar que acrescenta autonomia e participação no processo de ensino-aprendizagem (BACICH e MORAN, 2018).

Dado o exposto, constatamos ao longo do projeto, de modo similar à literatura já descrita, que os métodos de ensino utilizados contribuíram para a manutenção do interesse dos pesquisados durante a execução do projeto: estavam atentos, expressavam opiniões, contribuíram com experiências próprias, fizeram relatos, leram textos, ouviram músicas, assistiram vídeos e filmes. Foi relevante o fato observado de que houve poucas faltas dos participantes nos encontros, realizados em horário extracurricular e depois das atividades do dia letivo.

7.2.1.2 A arte de trabalhar equipe: um aprendizado

Durante as seis oficinas realizadas no projeto contamos com a presença de diferentes atores. Participaram dos encontros uma psicóloga aluna do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde (MPCS), uma ginecologista e professora de bioética, uma professora do departamento de clínica e médica de família e comunidade, uma anestesista, uma psicóloga infantil, uma enfermeira do grupo de cuidados paliativos e uma enfermeira intensivista.

Atualmente no currículo de medicina da UFSM o contato dos alunos do curso com profissões/profissionais não-médicos ainda é escasso, o que alerta para a demanda desses alunos por uma abordagem multidisciplinar. Tal observação fez-se muito presente nas falas transcritas. Assim, após análise dos dados, propusemos uma subcategoria da categoria principal das metodologias ativas: A arte de trabalhar em equipe – um aprendizado.

Na literatura vários autores reconhecem a interdisciplinaridade como componente das metodologias ativas (RATTO e SILVA, 2011; SANTOS e SOARES, 2011; CARABETTA JUNIOR, 2016). Cabe aqui um esclarecimento sobre as diferenças entre os conceitos de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. A primeira é entendida como uma simples justaposição de saberes e disciplinas, com objetivos múltiplos sem que interajam a fundo. Segundo Thiesen (2008, p. 548), a interdisciplinaridade caracteriza-se pela “intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real dos conhecimentos, com intuito de favorecer um bem comum”. Nem sempre esse trabalho multiprofissional é interdisciplinar.

Assim, por exemplo, na assistência a um doente internado na enfermaria de uma determinada especialidade médica, o mesmo paciente pode ser atendido por uma equipe de enfermagem, um assistente social, um psicólogo e médicos de duas ou mais especialidades sem a devida preocupação da integração de diferentes concepções para o cuidado integral. Alguns alunos testemunharam essa realidade ao responderem algumas questões que lhes foram feitas sobre o que consideraram impactante no projeto.

[...] o que mais me chamou atenção foi essa questão de não ser só médico. Eu acho que a gente acaba, no curso de medicina ficando muito médico, médico, médico, professor médico. E falta a gente ter a visão do psicólogo, do enfermeiro, do técnico, né (A3).

[...] eu acho que o mais legal foi quando trouxeram pessoas de outras profissões para falar. Ouvir sempre, como falaram já, outras visões, do que é a morte, qualquer outro assunto assim, é importante pra nós sabe? (A1).

A literatura consultada corrobora a importância da inserção de outras profissões no processo de formação dos futuros médicos. Segundo Turato (2011), a graduação médica deve ansiar pela interdisciplinaridade, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento teórico. Assim, podemos fazer com que as

disciplinas e profissões interliguem-se, remando contra a fragmentação do saber e, conseqüentemente, contra a fragmentação do cuidado ao doente. Salientamos o destaque que os alunos deram ao convívio multi e interdisciplinar e, ao mesmo tempo, esboçaram sugestões, como nos seguintes relatos:

Eu acho que uma coisa que seria interessante em relação ao projeto assim, é trazer alunos dos cursos que convivem com o pessoal da medicina sabe? Enfermagem que tá sempre ali junto, sei lá, fisioterapia, pra gente tentar abordar essa conversa com outros cursos [...] seria bem interessante vê a visão deles em relação ao nosso trabalho e a nossa visão em relação ao trabalho deles, acho que isso seria muito importante (A13).

Eu acho que seria mais uma coisa que a gente poderia tirar da teoria, né. Porque no curso a gente fala de trabalhar com profissionais de outras áreas, que é uma equipe, que não sei o que, mas na prática eu acho que acaba faltando um pouco (A14).

Eu faço uma DCG que é de formação interdisciplinar no SUS, que a gente tem colegas de outro cursos mas mesmo assim, dentro da própria DCG eu acho que é bem superficial (A11).

Sobre essa temática, Ratto e Silva (2011) enfatizam a potência dos encontros interdisciplinares como processos (trans)formadores, sobretudo quando educação, linguagem e saúde constituem os termos comuns. Os autores destacam que essa mescla de saberes vitalizam o processo da formação profissional como experiência auto formativa de caráter, para além da formação de competências e habilidades técnico-científicas. Quando interpelamos aos alunos se durante a graduação já tinham tido a oportunidade de interagir com estudantes de outros cursos, a resposta, em ampla maioria, foi de que essa experiência praticamente inexistia. Apenas dois, dos 15 alunos participantes do grupo focal, relataram essa experiência – de convívio com alunos de outros cursos –, ainda que de maneira insipiente, em projetos de extensão e ligas acadêmicas.

Eu acho aqui, que a maioria tá no sexto, sétimo semestre, então já passou da metade do curso, vamos dizer assim, e ainda não tivemos essa oportunidade né (A8).

Na graduação não, mas eu participava de uma liga, que era aberta para outros cursos, eu acho que é necessário que tu tenha contato com esses estudantes de outros cursos. Porque depois que a gente chegar no HUSM, o paciente não vai tá fragmentado: essa parte é da medicina, essa parte é da enfermagem, essa parte é do serviço social. Tu vai ver um paciente ali e a gente vai ter que saber trabalhar com todos os profissionais em benefício desse paciente né (A15).

Vinculando as ideias dos alunos com a bibliografia consultada, Gomes e Deslandes (1994) salientam a dificuldade de conceber o diálogo e a interação das disciplinas para além das tentativas multidisciplinares que apenas produzem conhecimentos justapostos em torno de um mesmo problema. A complexidade de inserir os alunos de graduação no convívio interdisciplinar foi relatada em estudo qualitativo de Garcia et al. (2006). Os autores realizaram entrevistas semiestruturadas com 44 sujeitos envolvidos nas atividades de ensino e serviço da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (São Paulo, Brasil), incluindo coordenadores dos cursos de medicina, fisioterapia, enfermagem, terapia ocupacional, odontologia e fonoaudiologia; funcionários das unidades de saúde e alunos de cada ano dos referidos cursos. Esse estudo concluiu que a interdisciplinaridade está presente na proposta curricular e como intenção da Universidade, mas na prática a integração de saberes é escassa e, quando acontece, ocorre por iniciativas individuais e de maneira pontual.

Sabemos da importância de correlacionar as competências dentro da área da saúde com intuito de alcançar uma aprendizagem mais crítica e reflexiva, porém as universidades ainda carecem de metodologias para fazê-lo de forma satisfatória (RODRIGUES, 2008). Tal limitação constitui-se queixa frequente dos pacientes, conforme relato dos participantes, os quais expressaram a sensação de competição e distanciamento entre as profissões, fato muito bem observado nas falas a seguir:

Eu acho que é uma das maiores reclamações hoje na área da saúde né, a falta de diálogo entre as diferentes áreas da saúde. Parece que cada uma quer mandar mais do que a outra, parece que tem necessidade de mostrar que é mais importante do que a outra. Mas nosso objetivo é comum né, é o paciente (A8).

Eu acho que às vezes acaba que, as pessoas, ficam naquelas, de ai não gosto do fulano porque é de tal curso, não gosto do cicrano porque ele faz tal curso. Então acho que se agente conseguisse abordar mais os assuntos juntos [...] porque querendo ou não o pessoal da enfermagem vê muita coisa que falta no nosso curso. Eles tão ali com o paciente todo dia, a gente vai lá às vezes. Então acho seria interessante ver a visão deles em relação ao nosso trabalho e a nossa visão em relação ao trabalho deles (A10).

Dessa forma, em muitas instituições de saúde evidenciam-se as dificuldades de comunicação e relacionamento entre as equipes, espelhando um

serviço que compartilha apenas o espaço físico e institucional, carecendo da troca de saberes e globalização do cuidado com os pacientes (GARCIA et al., 2006). Diante do exposto pelos alunos durante as oficinas e, principalmente, durante o grupo focal, os participantes destacaram a importância do convívio do estudante de medicina, especificamente, com profissionais da psicologia. Para Medeiros e Lustosa (2011), os profissionais da saúde estão acostumados a cuidar do sofrimento alheio, mas muitas vezes não tem tempo, nem meios, para cuidar da sua dor, o que pode refletir-se em adoecimentos.

Nesse contexto, quando interrogados em quais aspectos o projeto mais auxiliou, os alunos sentiram a importância de disporem de uma equipe interdisciplinar na prática clínica. Explicitaram o tema por meio das falas descritas abaixo:

Eu penso que, também eu me sinto mais aliviado em saber que existem outras pessoas que podem fazer aquilo quando eu não me sentir preparado. Eu até tava falando com outra pessoa que faz o projeto também e como seria importante eu acho, a gente passar uma semana inteira com um psicólogo; eu queria só ver como vocês falam com as pessoas sabe (olhando para a psicóloga) [...] é bom saber que eu tenho assistente social, eu tenho enfermeiro, eu tenho o psicólogo, até o técnico de enfermagem que às vezes sabe lidar muito melhor com as palavras, que ta ali sempre com o paciente sabe? (A1).

Eu participei de uma jornada de psicologia hospitalar lá no hospital de clínicas. Até a minha mãe me falou assim: mas o que tu quer fazer num evento de psicologia ? Mas acho que talvez seja importante ver o outro lado sabe. E lá, na verdade, foi um evento multidisciplinar. E foi bem interessante ver esse lado, de que, na verdade, o paciente precisa de um apoio integral né (A11).

[...] tipo, já era algo que eu já percebia, que a gente, independentemente da área que for trabalhar, se for se especializar, sempre tem que ter essa visão de um todo assim. De não deixar passar certas coisas que não são da função daquela especialidade [...] (A7).

Outros cursos da área da saúde também reconhecem a importância de propiciar essa vivência aos seus alunos. Santos e Rodrigues (2007) avaliaram a estrutura curricular de 31 cursos de Fonoaudiologia do estado de São Paulo e concluíram que apenas 12 apresentavam disciplinas ligadas à área da psicologia. As autoras reconhecem a necessidade do contato dos alunos com profissionais dessa área, salientando a importância da visão interdisciplinar na graduação.

Ao longo da rotina agitada dos serviços de saúde e dos múltiplos profissionais que cuidam de um paciente não é raro depararmos com a falta de

tempo e espaço para a troca de informação entre as equipes. O compartilhamento de ideias, planos e projetos é visto como desnecessário, ou postergado em detrimento de outras atividades – até mesmo burocráticas –, que devem ser realizadas (GOMES e DESLANDES, 1994), preterindo a interdisciplinaridade.

Assim, os alunos de medicina são formados nesse contexto limitador para o aprendizado, seja por desconhecerem tal proposta ou por tornarem-se indiferentes a essa necessidade. Portanto, é conveniente realizarmos mudanças no ensino para que os profissionais sejam capazes de dialogar com suas equipes. É salutar que os docentes sejam habilitados para experimentarem novas oportunidades de agir e interagir, bem como estimularem os discentes a estabelecerem relações horizontais com os variados profissionais que constituem as equipes de saúde (RODRIGUES, 2008).

7.2.1.3 Pequenos grupos favorecem a exposição de afetos e ideias

“Ninguém é tão ignorante que não tenha algo a ensinar, nem tão sábio que não tenha algo a aprender” (Blaise Pascal).

“Segundo a neurociência nosso cérebro aprende conectando-se em rede”. (BACICH e MORAN, 2018 p. 7). No contexto atual essas redes podem ser sociais, tecnológicas, pessoais, grupais e constituem-se em grandes oportunidades de troca, colaboração e compartilhamento entre pessoas com habilidades diferentes e objetivos comuns (BACICH e MORAN, 2018). Assim, o trabalho em grupo também é considerado um excelente recurso para a aprendizagem ativa.

O fato das oficinas do projeto terem sido desenvolvidas com um grupo pequeno de alunos foi um ponto positivo destacado por vários participantes. Dessa forma, optamos por separar essa temática em uma subcategoria, objetivando melhor discussão do assunto.

No currículo da graduação em medicina há uma grande carga horária destinada às atividades teóricas, atendimentos em ambulatórios e enfermarias, mas há pouco ou nenhum espaço previsto para discussão e troca de experiência entre os alunos, incluindo os diferentes semestres do curso. Essa limitação pode-se refletir na formação de profissionais que apresentam dificuldades em compartilhar suas angústias com seus pares. Por exemplo, muitos médicos que

atuam na área de oncologia pediátrica não compartilham suas inquietudes com colegas da equipe e percebem como imprópria ou não aceitável a necessidade humana de expor a sua dor (KUSHNIR, RABIN e AZULAI, 1997).

Revisando o diário de campo, percebemos que muitos alunos pontuaram a necessidade de possuírem um tempo e um espaço “protegido” para refletirem e introspectarem pensamentos, ideias e sentimentos aflorados no exercício das suas tarefas curriculares diárias – a exemplo das atividades realizadas nas oficinas. A reflexão em grupo pode ser uma alternativa para viabilizar as resoluções dessas necessidades. É importante destacar que discutir emoções e expressar sentimentos, em conjunto, auxilia nas identificações/soluções de problemas, diminui o sofrimento e aumenta a confiança e a capacidade de resiliência na prática clínica (INSTITUTO..., 2010).

Quanto ao trabalho em grupos menores, como foi proposto nessa pesquisa, os alunos relataram mais facilidade para expressar seus sentimentos e emoções, assim como acolher as considerações dos colegas, principalmente com pessoas que possuem modos de pensar similares e afinidades – como observamos na constituição do grupo de pesquisa. Nos diálogos dos grupos focais, foi marcante o descontentamento dos alunos com a abordagem de assuntos mais subjetivos em turmas grandes e heterogêneas, a exemplo do que ocorre em algumas disciplinas. Essa insatisfação fica evidente nas falas a seguir:

Porque se falar do mesmo assunto numa sala com 60 pessoas, que alguns não querem nem saber disso, não querem ouvir, é muito difícil. Não vai fluir (A6).

[...] porque se a gente tivesse numa sala que tivesse mais gente, o professor prefere que ninguém fale nada, para poder acabar logo a situação e ir em frente [...] mas pelo menos, para a gente, é muito melhor né [grupos pequenos], para se sentir à vontade para falar. Eu particularmente acho que falei até bastante no grupo (A4).

E o convite de participar [do projeto] chamou atenção de quem realmente gosta dessas discussões e numa turma com 60 tem gente que não gosta, tem gente que gosta, então por isso que eu acho que grupos menores é melhor (A9).

Quando questionados sobre a abordagem da Relação Clínica, particularmente, sobre aspectos da relação médico-paciente, até o presente momento da graduação, os alunos pontuaram que eram atividades mais teóricas,

com muitos alunos, o que mais uma vez dificultava a prática das metodologias ativas, como apontado nas falas arroladas abaixo:

[...] acredito que é um assunto bastante importante de ser abordado em sala de aula, mas acredito que também, o fato de ser algo obrigatório não leva tanto a reflexão. Porque instintivamente todo mundo acaba pensando: Ah, isso ai não é tão importante assim, eu não preciso saber (A12).

E nenhuma dessas cadeiras abordava dessa maneira, era sempre essa coisa assim, com a turma inteira, dai quando tem muita gente tu fica inibido de fazer pergunta. Porque todo mundo quer ir embora, e não quer discutir o assunto. Dai manda uns polígrafos lá para todo mundo ler, ou algumas coisas assim, que acaba que ninguém lê [...] Não podemos discutir, dizer o que pensa a respeito [...] (A4).

A gente teve a disciplina de RMP, mas não foi acho que tão discutido né, foi bem superficial (A8).

[...] na nossa turma de 60 alunos, na aula de notícias difíceis, não teve uma pergunta pra professora, mas não foi porque não tinha dúvidas, foi porque ou tavam com vergonha de perguntar, ou tavam com medo de perguntar e atrasar o colega que queria ir embora [...] no grupo menor fica muito mais fácil de falar (A15).

[...] era uma aula expositiva, e com toda turma. Então, às vezes, a gente ficava inibido de conversar e trocar ideia. Diferente daqui, que tinha menos gente e a gente conseguia conversar e falar melhor. e eu acho que esse espaço de tu se sentir a vontade pra conversar, eu acho importante. E eu me sentia bem nos encontros (A9).

Percebemos a abertura e a disposição dos alunos durante os encontros, pois trouxeram e compartilharam exemplos pessoais e de familiares de acordo com cada temática abordada. Como bem destacado nas falas acima, em grupos maiores, muitas vezes essa exposição de ideias não ocorre, seja por timidez ou por receio de atrasar o cronograma de uma aula programada.

Por outro lado, a literatura corrobora a importância de que os alunos tenham espaço para falar sobre as experiências vivenciadas, pois “isso pode auxiliar a repensar os eventos de vida, dando-lhes sentido” (BACICH e MORAN, 2018, p. 82). Já para WEAR et al. (2015), é interessante que as discussões em pequenos grupos sirvam como um espaço para exploração pensativa, perguntas e sentimentos como desconfortos e ambivalências. Eles devem ocorrer mesmo na enfermaria lotada, com a criação de breves períodos para apreciação dos dilemas e reflexões. A significância que os alunos atribuíram às discussões realizadas, em grupos menores, durante o projeto, também pode ser observada nas citações.

[...] teve uma real discussão, teve opinião, cada um pôde ter espaço para dar sua opinião, pra escutar a opinião do outro, pra discutir, pra gente conseguir ver o que que tem que ser tirado de cada um desses temas, né [...] (A13).

[...] de falar e se o outro não aceitar ter uma conversação sabe, não ficar essa coisa de um fala, aí o outro não gosta, mas também não tenta discutir porque que não gosta. Então eu acho que no grupo a gente teve a possibilidade de dar opinião e aceitar a opinião do outro (A14).

Eu acho que acabou participando aqui e continuou participando das oficinas quem realmente tava interessado, tava gostando e queria contribuir, queria trazer alguma coisa, queria falar, ou talvez só escutar mas tava participando e às vezes nos 60 alunos isso fica bem mais difícil (A11).

Conforme relatado pelos alunos, alguns assuntos quando abordados em grandes grupos, prejudicam a expressão de dúvidas, opiniões e sugestões. Em grupos de maiores dimensões até pode-se englobar mais perspectivas e pontos de vista, mas é maior a probabilidade de haver descomprometimento de alguns membros. O número ideal de participantes em um grupo de discussão varia, de acordo com a literatura, dependendo da metodologia proposta. No entanto, um número entre oito e doze participantes é preconizado (TURATO, 2011; COSTA, 2014).

Reiteramos o exposto na discussão das metodologias ativas: nem todos os assuntos necessitam ser discutidos em grupos pequenos. Conteúdos mais teóricos podem ser abordados com grandes grupos. Entretanto, gostaríamos de frisar a importância de propor espaços de discussão com um número menor de alunos quando a temática proposta envolver aspectos da RC e da humanização.

Em nosso projeto, as oficinas foram divididas em duas partes, totalizando 15 alunos por encontro. Considerando-se algumas faltas, a maioria dos encontros transcorreu com algo em torno de 12 alunos, sendo os grupos focais constituídos por sete e oito alunos cada. Essa limitação no número de participantes é preconizada também pela metodologia qualitativa com intuito de facilitar as discussões e análise dos conteúdos dos discursos (TURATO, 2011; BARDIN, 2011; GOLDENBERG, 2010).

Dessa forma, ao criarmos condições para a interação entre grupos menores e de diferentes semestres do curso de medicina percebemos as potencialidades desses encontros na promoção de debates e troca de experiências. Essa proposta

poderia ser incorporada em algumas disciplinas ao longo do curso de medicina, pois as deliberações entre pares têm o potencial de estimular a escuta de opiniões, a participação ativa, a colaboração para resolução de problemas e todo o conjunto de competências necessárias para o trabalho em equipe, inerente à profissão médica (COSTA, 2014; AYRES et al., 2013; FARIAS e MARTIN, 2015).

7.2.2 O luto e a morte: as palavras não faladas

“A ciência não consiste apenas em saber o que se deve ou se pode fazer, mas também em saber o que poderia fazer, mas que, talvez, não se deva fazer” (Umberto Eco, 1980).

O luto e a morte são temas pouco abordados nas disciplinas do curso de medicina. No entanto, em contrapartida, são situações frequentes na prática médica. Esse assunto não havia sido planejado no início do projeto, mas foi demandado pelos alunos, que demonstraram interesse e preocupação com essa temática ao longo do projeto. Dessa forma, devido à prevalência do tema nas falas dos participantes das oficinas, constitui-se a categoria: O luto e a morte – as palavras não faladas.

Ao falar sobre luto e morte deparamo-nos com a finitude da nossa própria vida, o que por vezes torna o assunto rechaçado. Todavia, durante o desenrolar deste projeto, e ao longo das oficinas realizadas com os alunos de medicina, percebemos o contrário. Reiteramos que não tínhamos planejado, inicialmente, discutir sobre o luto e a morte. Ficamos surpresos, de certa forma, pelo interesse dos acadêmicos que ansiavam por debater tais assuntos considerados tabus; contrariando as teorias de serem temas exclusivos. O relato abaixo evidencia essa preocupação:

Quando eu tava decidindo que curso eu ia fazer, uma médica foi na minha escola, e a pergunta que eu fiz pra ela, que era uma coisa que me preocupava era: se na faculdade ensinavam a gente a lidar com a morte? E ela disse que não. E era uma coisa que me preocupava muito. E eu achei muito importante ter essa oportunidade, principalmente porque eu to no semestre que eu to começando a relação com o paciente que é a semiologia é bom já entrar nisso com essas noções [...] (A5).

Freud (1915), no texto “Reflexões para o Tempo de Guerra e Morte”, afirma que a morte é o resultado da vida e por isso devemos enfrenta-la com

naturalidade, sem repúdio ou evitações. No entanto, na sociedade atual, a tendência é negá-la, silenciá-la, colocá-la de lado, eliminando-a da vida (MARTA et al., 2009). Quando o médico e a equipe de saúde defrontam-se com pacientes que vão morrer, são mobilizados por ideias, sentimentos e fantasias de variadas intensidades. Na maioria das vezes esses conteúdos não são conscientes, incluindo angústias e defesas deles decorrentes. Sua dinâmica depende de como constituiu-se o mundo interno desse profissional, ou seja, a constituição de sua própria subjetividade (EIZIRIK, POLANCZYK e EIZIRIK, 2000).

Alguns alunos, participantes do grupo focal, destacaram que essa oficina foi uma das que mais despertou interesse e atendeu às expectativas, conforme ilustrado pelas observações seguintes.

Eu salientei um aspecto né, que foi a morte, eu acho que eu escolhi a medicina em si por medo dela sabe? Por medo de um dia ter que encarar ela, mas mal sabia eu que estaremos lidando sempre com a morte. E essas oficinas, elas mudaram o meu jeito de ver, sabe, o processo que é a morte, sabe [...] E eu acho que abordar esses assuntos tabus assim, me deixou muito mais tranquilo para manejar essa situação (A1).

Eu acho que pra mim o ponto mais forte foi a discussão sobre o luto, justamente porque eu não sabia lidar direito com isso, nunca vi um paciente morrer (A2).

Essa abertura dos alunos para o debate de tais temas, considerados culturalmente censurados, é pertinente para a formação de uma identidade profissional. Muitos autores pontuam que para abordar o luto dos familiares, ou o próprio luto do paciente que se depara com perdas ao longo do seu tratamento, precisamos saber elaborar os nossos lutos (SULLIVAN et al., 2005; CATALDO e ARAÚJO, 1996).

Dessa maneira, além de disciplinas que estudem, basicamente, as fases da morte, descritas por Kübler-Ross (1926-2004), é necessário propiciar espaços para deliberações sobre cuidados paliativos, luto e abordagem de pacientes fora de possibilidade terapêutica. Segundo Silva e Ayres (2010, p. 216):

Durante a formação acadêmica, estudantes e residentes iniciam o contato com a morte sem subjetividade, sem história. Trata-se de um encontro com a “morte morta” e sem alma por exemplo, ao estudar anatomia em cadáveres, sem história. Mais tarde em sua prática, encontram a morte vivida onde corpo, alma, alegrias e dores se apresentam intensamente, quando importantes conflitos e paradoxos são experimentados.

Percebemos, nas observações realizadas ao longo do projeto (diário de campo), que vários alunos disseram apresentar dificuldades em lidar com o luto ou até mesmo com o processo de morte dos pacientes, pois nunca vivenciaram tal experiência e carregam apenas o escasso conhecimento teórico sobre o assunto. Essa insuficiência pode ser tipificada na alocação a seguir:

Eu acho que além dessa questão que ele falou, da gente muitas vezes não ter vivenciado nenhum luto e não saber direito como lidar por que eu acho que isso vai de acordo com cada pessoa [...] (A2).

Em um dos momentos de compartilhamento de ideias, registrado no diário de campo, um estudante relatou que quando cursava o quarto semestre sua turma estava acompanhando uma paciente internada por intercorrências devido à uma neoplasia de pulmão. Os alunos estabeleceram um bom vínculo com ela, porém, em três dias, quando foram visitá-la novamente, seu nome estava na lista de óbitos. O aluno expressou que ele e seus colegas ficaram sentidos com o ocorrido, relatando que, ao questionarem o professor sobre o falecimento, ouviram a seguinte frase: “isso é assim mesmo, acostuma”.

Tais dizeres corroboram os achados da literatura (SILVA e AYRES, 2010), na qual os autores pontuam a pouca habilidade dos médicos nesse tipo de ensinamento. No exemplo citado, esse seria o momento para falar sobre o processo de morrer, o luto, as perdas, independente da especialidade do preceptor. Existem, sabidamente, temáticas que são universais na educação médica, e essa seria uma delas. Perdem-se oportunidades importantes para inserir ensinamentos que vão ao encontro das necessidades e anseios dos alunos nos momentos em que afloram e são indagados. Desse modo, tornar-se-ia favorável o manejo de sentimentos e emoções dos alunos, auxiliando a permanência da humanização dos seus atos, e não o contrário: o endurecimento e o enrijecimento frente às realidades da profissão (MARTA et al., 2009).

A partir dessa colocação houve um debate, no grupo participante, sobre a morte. Os alunos perguntaram se esse tipo de atitude mais impessoal e distante com relação ao tema, e às vezes até indiferente, pode estar relacionado à diminuição da empatia ao longo da carreira profissional. Azeredo et al. (2010) refletem sobre essa limitação e enfatizam que há uma falta de acolhimento e continência aos aspectos emocionais dos estudantes, os quais podem reproduzir-

se, mais tarde, em semelhante falta com seus pacientes. Os autores acrescentam que na formação acadêmica é muito presente o discurso da impessoalidade e do distanciamento de fatos que cotidianamente enfrentam-se nas práticas diárias: a dor, o sofrimento e, principalmente, a morte.

Durante a revisão de literatura encontramos artigos de pesquisas qualitativas nas quais as falas dos participantes com relação aos temas supracitados foram muito semelhantes, o que pode expressar uma realidade que sobrepassa a local (não ter experiências com o luto, valorizar a presença e o aprendizado com psicólogos, além dos médicos, etc.) (AZEREDO et al., 2010; QUINTANA et al., 2008; GROSSEMAN e STOL, 2008).

Com relação ao aspecto da observação, realizada via diário de campo, percebemos outros fatos relacionados ao assunto. Durante a oficina de luto questionamos se os alunos já tinham acompanhado o processo de morte de algum paciente ou familiar. Uma aluna expôs a experiência de vivenciar a morte do avô, o qual estava acamado há algum tempo e faleceu em casa, ao lado família. Ao descrever o momento da morte, a aluna emocionou-se, o que refletiu um dos objetivos dos nossos encontros: permitir o compartilhamento de sentimentos e emoções. Esses são, por vezes, esquecidos ao longo da agitada rotina acadêmica.

Outra participante relatou nunca ter acompanhado a morte de nenhum paciente ou familiar e refletiu que em algum momento passaria pelo processo de luto, já que seus quatro avós estavam vivos. Ela destacou, ainda, a importância de estar dialogando sobre esse tema antes de vivenciá-lo, pois assim poderia estar mais preparada para lidar e identificar as etapas do processo de luto.

Englobando esses aspectos, os alunos também solicitaram que fosse discutido sobre a temática dos cuidados paliativos. Esse tema ainda é recente dentro da medicina, em especial, no Hospital Universitário de Santa Maria, que está estruturando seu grupo de trabalho em cuidados paliativos desde 2017.

Destacamos a relevância dessas discussões com os alunos de graduação, frente a importância de modificar o pensamento curativo que cerceiam os médicos, principalmente recém-formados (MARTA et al., 2009). Muitas vezes os profissionais da saúde encaram o falecimento do paciente como um fracasso pessoal ou da equipe. Embora convivam rotineiramente com a morte e o processo de morrer em sua prática diária, costumam estar afastados emocionalmente ou

até negá-los, como tentativa de não entrar em contato com experiências dolorosas (ARANTES, 2016). Isso aponta ainda mais a importância de os alunos manifestarem interesse pela abordagem dessas temáticas.

Durante as oficinas, contamos com a participação da psicóloga mestranda do MPCPS e de integrantes do grupo de cuidados paliativos do HUSM. Para aclarar e aproximar o tema do final de vida é importante entender quais são as possibilidades e limites no tratamento que está sendo proposto. Na atualidade, com o crescimento e valorização dos cuidados paliativos, auxilia-se, sobremaneira, os tempos finais da vida de uma pessoa, proporcionando os cuidados possíveis (ARANTES, 2016). Frisamos a importância de educar e preparar os futuros médicos para oferecerem e possibilitarem a continuidade de cuidados, mesmo que não sejam mais curativos. Debates a proposta de cuidado integral prevista no paliativismo, fornecendo suporte clínico, emocional, espiritual e social aos pacientes e familiares (EIZIRIK, POLANCZYK e EIZIRIK, 2000). Sobre esses temas, os alunos relataram:

[...] para mim foi, aquela aula, aula não, aquela conversa que a gente teve sobre a morte, porque eu vivenciei na UBS esses dias, um jovem, era mais novo do que eu, já era alcoólatra, e aí conversando, eu descobri que ele tinha perdido a mãe há 5 anos[...]ele não tinha todo aquele apoio social sabe, apoio familiar e aí ele viu no álcool uma solução. E aí que eu vi a importância de se ter um luto bem vivido, e eu nunca teria essa percepção se não fosse por aquela conversa sabe, acho que me impactou muito (A12).

Uma das coisas que eu acho que mais mudou pra mim, pós projeto, foi uma roda de conversa que a gente teve sobre luto e a morte em si, que eu achei bem interessante sempre ter outros profissionais, não ser só a questão médica, porque eu também me considero sensível, empática e tudo mais, mas eu acho que eu aprendi muito a respeitar a decisão do outro com o projeto, porque o que eu acho que é melhor para o paciente nem sempre é o melhor, como ele vê melhor (A7).

O trecho acima destaca a importância da discussão dos temas relacionados ao tratamento fútil, a obstinação terapêutica⁵ e o respeito à autonomia dos pacientes, já durante a graduação de medicina. Em um contexto internacional, apesar de crescentes iniciativas a esse respeito, Eizirik, Polanczyk e Eizirik (2000) citam dados apresentados por Kathleen e Foley (1997), estimando que apenas cinco das 126 faculdades de medicina dos Estados Unidos possuíam um curso

⁵ A insistência em implementar a intervenção considerada fútil ou inútil resulta na situação a que damos o nome de obstinação terapêutica (PESSINI, 2001).

específico voltado ao cuidado do paciente terminal, assim como somente 26% dos 7.048 programas de residência médica ofereciam um curso a respeito dos aspectos médico-legais no cuidado desse tipo de paciente.

Em contrapartida, os alunos participantes do presente estudo mostraram-se receptivos e maduros para debaterem tais conceitos. Segundo Moritz (2005), os temas referentes à terminalidade devem ser trabalhados ao longo do curso de medicina, com intuito de formar profissionais preparados para lidar com tais situações, *a posteriori*. As colocações abaixo demonstram as dificuldades desse trabalho e a percepção da importância da abordagem sobre o tema:

Eu gostei muito das que a gente falou sobre luto e sobre cuidados paliativos, porque acho que é uma coisa que eu tava precisando ouvir, assim, entender um pouco mais. Gostei que a gente teve a conversa com a anestesista, e uma psicóloga infantil, que elas colocaram visões diferentes em alguns pontos, mas que deu um debate bacana assim, de como tu falaria [...] Eu acho que pra mim foi o ponto mais forte das reuniões (A6).

[...] tinha uma disciplina com uma monitoria e os monitores falavam para gente ir num paciente terminal, e perguntar para ele como é que era. Foi uma coisa que o meu monitor não fez e que eu achei até meio absurda. Como é que tu vai abordar isso? Chegar uma pessoa no leito de morte, literalmente e abordar isso, perguntar: o que é que o senhor acha da morte se aproximando? Esse tipo de coisa, então eu acho que, sei lá, poucas pessoas são capazes de conduzir bem uma situação dessas [...] (A10).

Percebemos, nos relatos, uma dificuldade de encarar o paciente terminal porque a maioria dos médicos é formada para curar. De acordo com Kovács (2003), combater a morte pode dar a ideia de força e controle; entretanto, quando ocorrem perdas sem possibilidade de elaboração do luto, não há permissão para expressão da tristeza e da dor, trazendo graves consequências – como maior possibilidade de adoecimento. Já para Medeiros e Lustosa (2011), quando o profissional priva-se de suas emoções, usando como escudo uma pretensa neutralidade científica, o paciente é, muitas vezes, transformado em objeto. Desta forma, seu corpo passa a ser considerado um meio através do qual se podem observar fenômenos científicos. Segundo as autoras, os espaços para discussão em grupo e a acolhida dos professores quando os alunos anseiam por dialogar sobre esses temas é fundamental para todo esse processo.

Com base nesse referencial, outro ponto significativo abordado com os alunos foi o amplo conceito de luto. Keleman (1997) define que o luto vai além do processo de enfrentamento da perda de entes queridos, podendo estar ligado a relacionamentos desfeitos, mudanças nas etapas do ciclo de vida, oportunidades não aproveitadas, perda de objetos a que se apegou, perda da saúde, do emprego, etc. O encontro com essas circunstâncias pode causar intenso sofrimento, necessitando de tempo para adaptação e acolhida. O autor salienta também a importância de não medicalizar o luto. Ainda, Horwitz e Wakefield (2010) já criticavam o DSM-IV⁶ e o momento atual da psiquiatria (agora baseado na quinta edição), que faz diagnósticos ignorando a relação entre os sintomas e o contexto do paciente. É necessária atenção para não patologizar o sofrimento, que poderia ser encarado como uma capacidade natural humana, uma função adaptativa de reações normais à perda, resultado de um projeto biológico. A fala da aluna compilada abaixo, exemplifica esse conceito.

E outra, eu também gostei muito quando a gente conversou sobre o luto, e que cada pessoa tem um tempo né para viver esse luto, e para conseguir passar por isso. Eu acho que eu nunca tinha parado para pensar nisso e me ajudou bastante a ver que cada um lida de um jeito e passa de um jeito por isso (A14).

Nesse sentido, observamos o quanto os acadêmicos de medicina, participantes do projeto, relataram não possuírem, em sua formação acadêmica, preparo teórico e prático suficiente para lidar e enfrentar situações difíceis, como a morte e o luto. Esse assunto pode ser considerado tabu e há falta de espaços para reflexões sobre essas temáticas no currículo médico, bem como carência de vivências e acompanhamento de pacientes em cuidados paliativos. O contato com o paciente terminal pode diminuir o receio do aluno ao deparar-se com tais situações. Porém, é imprescindível haver um preparo adequado para essa experiência, tanto dos estudantes quanto dos docentes que irão orientar essa prática (AZEREDO et al., 2010).

Essa dificuldade de abordagem do luto e da morte não compreende apenas o curso de medicina da UFSM. Silva e Ayres (2010) conduziram um estudo com

⁶ O DSM-5, oficialmente publicado em 18 de maio de 2013, é uma edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (ARAÚJO e LOTUFO NETO, 2014).

o objetivo de compreender como a formação médica lida com o processo de morte de um paciente e o que os estudantes desejam e sugerem em relação ao tema. Esse estudo qualitativo, baseado na narrativa de 19 sujeitos (estudantes e residentes de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte), identificou não só que o tema “morte” é evitado e pouco abordado, como também que a experiência do estudante com o óbito de um paciente, quando acontece na graduação, ocorre nos últimos anos do curso ou é presenciada de forma acidental. A maioria dos estudantes, segundo os autores, até o final do curso, não havia acompanhado o processo de morte de um paciente.

Por fim, consideramos ser importante que os profissionais de saúde percebam a existência da morte em sua prática diária, sendo a educação e a preparação para enfrentar essas situações a alternativa mais viável. Reforçamos a necessidade de que os próprios alunos também encontrem amparo institucional e docente quando necessitarem expor sentimentos e emoções acerca disso. Segundo Kast (2016) dessa forma obteremos maior êxito em formar profissionais que acolham pacientemente as pessoas, ouçam atenta e respeitosamente o relato de suas dores, demonstrem empatia e compaixão com o intuito de ajudá-las a elaborar suas perdas da maneira menos dolorosa possível.

7.2.3 A importância da comunicação na Relação Clínica: quem deixa falar obtém histórias

Essa terceira categoria foi proposta, inicialmente, como pré-categoria, ou seja, foi pensada como um dos assuntos principais do projeto. Ao longo dos encontros, temas importantes surgiram, como as habilidades e particularidades para comunicar notícias difíceis e a importância de valorizar a percepção do paciente que recebe essa notícia, constituindo assim, as duas subcategorias que serão discutidas na sequência.

Comunicar é o processo de transmitir informações de indivíduo para indivíduo, por meio, da linguagem (verbal ou não verbal) com o objetivo de gerar algum conhecimento (KURCGANT, 1991). O desenvolvimento de habilidades comunicativas deve-se a uma junção de técnicas e estratégias, assim como uma disponibilidade interna de cada pessoa. No entanto, com frequência, podem ocorrer ruídos nesse processo, ocasionando uma relação conturbada entre os

sujeitos. Nesse sentido, é necessário atenção ao trocar mensagens, de tal modo que a “intenção do emissor seja idêntica a interpretação do receptor” (ROSSI e BATISTA, 2006, p. 100).

A comunicação pode ser transmitida através de diversos canais, como o visual, o auditivo e o cinestésico. Assim, ao comunicar-se, a pessoa deve identificar qual é a sua melhor maneira e o público para quem o está fazendo (FILHO e BLIKSTEIN, 2013). Para o médico a comunicação é uma ferramenta imprescindível, tanto pela transmissão de informações para os pacientes e seus familiares, quanto entre as equipes de saúde. Porém, a comunicação realizada pelos profissionais, de uma forma inadequada, é uma das principais queixas dos pacientes com relação ao seu atendimento (DOYLE e O’CONNEL, 1996; ALMANZA MUÑOZ e HOLLAND, 1999; VANDEKIEF, 2001). Esse fato respaldou nossa intenção de enfatizar o processo da comunicação com os estudantes da graduação que participaram do projeto.

Percebemos, ao longo da pesquisa, que esse é um tema pouco abordado no curso de medicina, pois muitos consideram as habilidades de comunicação como inatas aos profissionais de saúde (SUCUPIRA, 2007). Destacamos a importância que os alunos deram ao tema, nas falas a seguir.

Realmente a gente enxerga isso muito no dia a dia, que as pessoas da área da saúde, às vezes, não tem essa sensibilidade [de conversar...] que às vezes o que os pacientes tão procurando nem é tanto uma coisa técnica ou uma resposta do tratamento, as vezes elas só querem alguém para conversar (A4).

[...] vivenciei outra experiência, na UBS, que uma paciente veio com uma crise hipertensiva lá, e aí a gente ficou 2h conversando com ela, 2h, sabe? Nunca né que a gente pensa que vai fazer isso né. E era uma queixa totalmente psicossocial assim (A1).

Então acho que, nesse sentido assim, eu vi o quanto é importante o cuidado em comentar essas coisas e dar essas notícias. Sendo elas ruins ou não, mas sempre tendo um cuidado para ver o quanto o jeito de falar pode refletir na vida daquela pessoa né (A10).

Tem gente que não tem esse dom da palavra, dom de como falar. Que não é um dom né, talvez sim, mas a gente pode exercitar isso (A3).

Considerando essa abordagem incipiente durante as disciplinas curriculares da graduação médica, os alunos relataram como o projeto auxiliou no desenvolvimento das habilidades de comunicação e aclarou os aspectos relacionados, principalmente, à comunicação de notícias difíceis.

Eu acho que abriu caminho para a gente estudar e se aperfeiçoar um pouco mais [...] é impossível em alguns encontros modificar totalmente, mas com a prática a gente vai começar a conseguir se comunicar melhor, ter maior empatia (A11).

Eu acho que esses exemplos que foram falados [...] fez com que a gente pudesse levar isso pra prática sabe? Por exemplo assim, uma situação verdadeira tu ver alguma coisa e falar: opa, eu vi esse exemplo lá no grupo e vi que não é tão legal fazer dessa forma (A9).

Acabou que melhorou um pouco, tirou um pouco do medo, eu ainda não me sinto totalmente preparado para dar uma notícia difícil, mas eu não tinha visto e não lembrava de ter em teoria como fazer isso (A6).

[...] e também o ensino do protocolo SPIKES, que até então eu **nunca** (grifo nosso) tinha ouvido falar (A10).

Esses relatos demonstram a sensibilidade dos alunos em reconhecerem o quanto uma comunicação adequada pode ser salutar para o processo terapêutico. Outro aspecto que merece destaque é a tradução dos jargões técnicos para uma linguagem acessiva ao público leigo, garantindo uma comunicação e uma informação mais eficiente. Dessa forma, um estudo realizado no HUSM demonstrou que 30%, de um total de 754 pacientes entrevistados, responderam que não compreenderam o que foi dito na revelação do diagnóstico ou na sequência do tratamento. Essa porcentagem é considerada expressiva, principalmente, pelo HUSM se tratar de um hospital escola (CAMPOS VELHO, 2016).

Esse hiato de comunicação vai ao encontro da colocação de uma aluna durante as oficinas. A participante relatou que durante o estágio na Dermatologia observou um profissional comunicando um diagnóstico de psoríase⁷. Ela percebeu que a paciente não estava entendendo bem o que lhe estava sendo explicado e, pela linguagem não verbal, demonstrava uma face assustada. A aluna referiu que ao ficar sozinha com a paciente, no final do atendimento, pôde explicar melhor o diagnóstico e responder aos anseios da senhora, que temia que a sua doença fosse câncer. Durante o relato foi possível refletir a importância do vocabulário adequado e da certificação de que o ouvinte compreendeu a mensagem. As falas a seguir ilustram essa situação.

⁷ A psoríase é doença inflamatória crônica, imunologicamente mediada, recorrente e de caráter universal. É caracterizada por placas avermelhadas e descamativas que acometem principalmente as superfícies flexoras como joelhos e cotovelos, mas pode ser extensa atingindo uma grande superfície corporal e couro cabeludo (ROMITI, 2009).

[...] mas talvez o jeito com que foi falado ali naquele momento, que as pessoas estão acostumadas a dar o tal do diagnóstico, e não ser visto de uma maneira empática né. Porque para o paciente é a primeira vez que está ouvindo falar daquilo [...] De dizer: não calma, não é tão ruim assim. Então independentemente da doença em si ou do problema, as pessoas vão encarar de acordo com aquele conhecimento que elas tem [...] Então acho que, nesse sentido assim, eu vi o quanto é importante o cuidado em comentar essas coisas e dar essas notícias, sempre tendo um cuidado para ver o quanto aquilo pode refletir na vida daquela pessoa né (A2).

Então, se a gente tivesse aqui só pra ficar aplicando *guideline*, *uptodate*, ou na hora de dar a informação para o paciente dar taxa de mortalidade, dar taxa de morbidade [...] Isso não é medicina né, então a gente lida com uma coisa muito maior do que isso (A12).

Essas falas refletem a preocupação dos alunos com a mensagem emitida pelo interlocutor e a compreensão do receptor. A comunicação clara e sem ruídos pode ser uma ferramenta para o médico, tal qual seu estetoscópio ou um exame de imagem. Nesse aspecto, estabelecer um diálogo eficiente pode ser um desafio quando envolve atores de diferentes culturas, níveis sociais ou até mesmo idades (LINO et al., 2011). Quando o assunto é a comunicação de notícias difíceis (ND) essas divergências podem complicar ainda mais o processo. Sendo assim, diversas metodologias e protocolos têm sido propostos para esse fim. Diante da grande abordagem dada ao tema de ND nos encontros do projeto, constitui-se uma subcategoria para discorrer melhor sobre essa questão.

7.2.3.1 As particularidades da comunicação das notícias difíceis

Vinculado ao tema da comunicação e suas teorias está uma questão muito importante em medicina: a comunicação de notícias difíceis (ND). Embora esse cenário esteja muito ligado ao paciente terminal e à oncologia, uma ND é considerada “qualquer informação transmitida ao paciente ou a seus familiares que implique, direta ou indiretamente, alguma alteração negativa na vida destes” (LINO, 2011).

Para auxiliar os profissionais nessa tarefa considera árdua e muitas vezes delegada, erroneamente, aos psicólogos, foram criados alguns protocolos específicos. Um dos mais conhecidos, o protocolo *SPIKES*, consiste em seis etapas: planejar a entrevista; avaliar a percepção prévia do paciente; indagar

como o paciente gostaria de ser informado ou o quanto gostaria de saber; dar a informação propriamente dita, abordar a emoção dos pacientes com respostas afetivas e, por fim, resumir as informações traçando uma estratégia para futuro (LINO et al., 2011). Autores que avaliam a aplicação do protocolo *SPIKES* postulam que a maior dificuldade dos médicos é comunicar a ND de forma honesta, porém sem dirimir as esperanças do paciente (BAILE et al., 1999; GARG, BUKAN e KASON, 1997).

Essa angústia também foi percebida nos alunos participantes do projeto. Alguns levantaram a questão de que ao longo do curso não desenvolvem a capacidade de responder adequadamente às emoções do paciente. Propiciar um maior contato dos acadêmicos com profissionais da psicologia e médicos preparados, ao longo da graduação, foi uma das sugestões propostas, por eles, com intuito de facilitar esse aprendizado. As falas elencadas abaixo ilustram o desconhecimento acerca do protocolo *SPIKES* e demonstram a preocupação dos alunos em possuírem uma estratégia ou abordagem definida para a comunicação de ND.

O que mais eu acho que contribuiu para a minha formação mesmo, foi de como dar notícia difícil pro paciente. Eu nunca tinha tido nada na faculdade sobre isso, e a gente vai acabar passando por isso algum dia. E me deu um norte assim, de como eu me guiar pra dar essa notícia para o paciente. Então, foi bem importante pra mim, porque eu não tinha nem ideia né (A13).

E querendo ou não, mais cedo ou mais tarde na sua graduação e na sua vida profissional vai ter que dar uma notícia difícil. Seja ela mais grave seja menos, mas pro paciente sempre vai ser difícil. Se tu tiver o mínimo de noção, com métodos ou protocolos é bom. Se chegar na hora e tu não souber, claro que pra ti vai ser ruim, mas vai ser muito pior pro paciente, porque ele que vai escutar de uma maneira que não é correta, de uma maneira que você deveria saber, isso deveria ter sido ensinado, e a gente não tem. Isso o projeto ajudou muito porque a gente não tem isso no curso (A10).

[...] nos ensinaram o protocolo *SPIKES*, então não adianta só tu ter pena, ou chorar, ou ter simpatia, ter empatia, compaixão né , tu também tem que ter meios de poder ajudar a pessoa e saber o que que vai falar e como vai falar [...] a que mais tocou pra mim foi esse protocolo *SPIKES* que é uma maneira bem padronizada da gente poder abordar né, não adianta só sentir pelo paciente, a gente também tem que ter ferramentas para ajudar (A4).

Percebemos que a formação de um comunicador eficiente e empata é primordial, pois, muitas vezes, diante da situação desconfortável que é a comunicação da ND, os profissionais optam por abreviar o processo, por meio de

silenciamentos e/ou comunicações abruptas, as quais prejudicam a relação terapêutica e geram mais ansiedade em pacientes e familiares (INSTITUTO..., 2010).

Outros protocolos citados nas oficinas do projeto foram: o protocolo **PACIENTE** cujas etapas são: **Preparar-se**; **Avaliar** quanto o paciente sabe; **Convite à verdade**; **Informar**, **Emoções**; **Não abandonar o paciente** e **Traçar uma Estratégia** (PEREIRA, LEMONICA e BARROS, 2007). Estudamos semelhantemente o protocolo *NURSE*⁸ e o *SPIKES JUNIOR*, sendo esse último utilizado para comunicação de más notícias em oncologia, no tratamento de crianças e adolescentes (INSTITUTO..., 2010; PEREIRA et al., 2013). Enfatizamos, de modo especial, um dos itens do protocolo **PACIENTE** que é o aspecto ético do não abandono dos pacientes em qualquer fase de seu adoecimento. O aluno precisa aprender e valorizar o seguimento do doente em todas as fases do diagnóstico e tratamento, não enaltecendo apenas alguns atos/momentos médicos, como a cirurgia, por exemplo. Todo o processo, do diagnóstico ao seguimento crônico, são relevantes (ARANTES, 2016).

Os protocolos têm por objetivo fornecer suporte técnico ao profissional que precisa comunicar uma ND. Sabemos que pelo código de ética é dever do médico não restringir informações ao paciente. Porém, muitos profissionais hesitam, por receio de causar um impacto negativo ao doente ou sua família (LINO et al., 2010; INSTITUTO..., 2010). Essa dificuldade reflete a falta de treinamento nesses aspectos, como relatado por vários autores (BAILE et al., 1999; DOYLE, 1996; ESPINOSA et al., 1996, CAMPOS VELHO, 2016) e observada nas falas dos alunos participantes do projeto.

E outra assim, que eu acho que foi bem importante foi a parte de notícias difíceis. Porque como já foi relatado, a gente tem muito pouco isso no curso e querendo ou não todo mundo uma hora ou outra vai ter que dar uma notícia difícil, vai ter que saber lidar com isso. Então, quanto mais a gente ver histórias mais a gente conseguir colher, vamos dizer assim, relatos acho que vai conseguir aperfeiçoar melhor, então foi bem válido (A13).

⁸ *NURSE* é o acrônimo em inglês para: *Naming* – mostrar sensibilidade perante o sofrimento do paciente; *Understanding* – conhecer os medos e preocupações; *Respecting* – relação de confiança e respeito com o paciente; *Supporting* – apoio para o paciente lidar com a situação; *Exploring* – permitir ao paciente compartilhar sentimentos (PEREIRA et al., 2013).

[...] Não é uma coisa totalmente desconhecida agora também né, então não precisa começar do zero, sempre que for, sei lá dar uma notícia ruim ou alguma coisa assim. Claro que acho que deveria ser mais dramático na graduação né e não só nesse curso de extensão (A7).

Com base nos relatos compilados até o momento, notamos a carência do estudo formal das habilidades de comunicação. Já quanto às maneiras para o ensino da comunicação das ND, a literatura internacional corrobora que a maioria dos profissionais aprende a comunicar notícias difíceis a partir da observação de colegas (GARG, BUKAN e KASON, 1997). No entanto, o estudo formal desses assuntos e dos protocolos criados para esse processo ainda é escasso (BAILE et al., 2000).

Por outro lado, vários médicos investigados por Baile et al. (2000) consideraram boas ou razoáveis as suas habilidades em comunicar as ND, mesmo sem terem estudo formal sobre o assunto. Tal segurança não foi percebida na fala do estudante A6, que demonstrou sentir-se mais preparado após a discussão sobre o protocolo SPIKES, enquanto o aluno A8 refletiu como aprendeu aspectos da RC observando os atendimentos de uma colega.

[...] a questão de dá uma notícia ruim. Eu nunca tinha visto e ainda não precisei dar. Mas eu tinha medo. Agora não tenho medo, como eu falei, não to totalmente preparado mas eu não tenho mais medo, sabe? Se algum professor pedir pra mim fazer isso, eu vou, claro, com tempo, ter calma, pensar e conseguir fazer isso (A6).

Tem uma colega minha de microturma, que eu sempre falo com ela, que ela trata muito bem os pacientes e eu sempre falo: eu queria aprender como tu faz, eu gosto muito do jeito que tu trata. E acho que, às vezes, a gente pega esses exemplos mesmo, de colegas e isso é muito legal (A8).

A partir dos relatos apresentados, refletimos o quanto é importante o aprendizado pelo bom exemplo, assim como o treinamento para lidar com as emoções manifestadas pelo ouvinte, evitando a superficialidade do assunto ou levando o paciente a um otimismo desaconselhável (BAILE et al., 2000). Para tal, pesquisadores sugerem a participação de médicos e estudantes de medicina em grupos de simulações realísticas, com pacientes simulados, com intuito de treinar habilidades de comunicação entre os pares (INSTITUTO..., 2010). Essas práticas podem auxiliar no desenvolvimento dessas competências, como sugerido pelos alunos nos relatos a seguir:

[...]eu acho que daria, acho interessante fazer algumas simulações entre a gente, no caso. Ah sei lá, tal pessoa tá com algum problema de saúde e tu tem que ir lá dar uma notícia pra ela. Seria interessante criar simulações entre o grupo em si, ajudaria bastante (A12).

[...] Eu acho até que eu vi uma reportagem e te encaminhei né? Acho que em outras universidades isso já é feito [simulações] (A8).

Eu acho que seria bem legal assim, essa simulação [...] eu acho que, esse contato com o colega, mesmo que, não é teu paciente, ele não tá doente, ele vai simular, mas se tu melhorar um pouquinho pra notícia que tu vai dar pro teu paciente futuramente, já ajuda (A14).

Eu também acho que simulação seria bom, porque você aprende na prática, e dá pra aperfeiçoar. Quanto mais você faz, mais você aperfeiçoa (A10).

A literatura consultada reforça a significância dos trabalhos em centros de simulações realísticas ou com pacientes simulados (atores), para a prática das habilidades de comunicação (INSTITUTO..., 2010). O protocolo SPIKES, em combinação com técnicas como *role play*⁹, aumenta a confiança de médicos e acadêmicos na formulação de um plano para a transmissão de ND (GARG, BUKAN e KASON, 1997; BAILE, 1999).

Outro método importante para sensibilizar e auxiliar os médicos no suporte emocional é a participação em grupos *Balint*¹⁰. Pontuamos que essas técnicas ainda são pouco utilizadas no currículo da graduação em medicina da UFSM. Isso reflete-se nas falas dos alunos, os quais destacam um breve contato com o assunto na disciplina de Relação Médico-Paciente e, mesmo assim, de maneira mais teórica.

Eram aulas teóricas, tinha monitoria, só que não era bem aprofundado. A gente sabia bastante da teoria só que na prática a gente não via muita situação disso. Ai ficava meio vago (A10).

Mas eu acho que a disciplina é muito teórica assim, não tem tanta, a gente não vê tanto na prática. Tipo, a gente pode saber que: ah, tem que falar direito! Tem que cuidar pra não fala isso, não fala aquilo, mas a gente não teve exemplo assim, de alguém ir lá e nos mostrar (A13).

Pelo menos na minha opinião, a disciplina de história da medicina aborda mais isso do que a própria disciplina de RMP (A6).

⁹ O *role play* pode ser definido como uma técnica na qual alunos são convidados a atuar em determinado contexto, interpretando papéis específicos (RABELO e GARCIA, 2015).

¹⁰ A proposta dos grupos *Balint* foi constituída com base em seminários de discussão a respeito de problemas psicológicos na prática médica. Nesses seminários, os grupos debatem aspectos da relação médico-paciente, tendo como ponto de partida os relatos de caso sobre as dificuldades enfrentadas pelos participantes em sua prática clínica. São normalmente coordenados por um psicanalista e não têm prazo de duração predeterminado (BALINT, 1988).

Dentro desse contexto outro aluno complementou a fala anterior:

Eu na história da medicina (disciplina) não tive essas aulas de terapia, porque ela é dividida em duas turmas, mas no projeto eu consegui ter isso, eu vinha porque eu queria vir, eu me sentia bem ali (A8).

Assim, o processo de comunicação de uma ND segue passos mais ou menos definidos, mas flexíveis, podendo-se comparar ao processo de ressuscitação cardiopulmonar, que também é aprendido em etapas – mas, no entanto, são mais rígidas. Dessa forma, quanto maior o treinamento do profissional, mais bem-sucedida pode ser a ação realizada, seja de ordem mais subjetiva ou objetiva (BAILE et al., 2000). Comunicar qualquer situação difícil gera sentimentos impactantes, tanto para quem recebe a notícia quanto para quem a transmite. Portanto, nossa proposta era trabalhar esses aspectos ao longo do projeto visando estimular a busca por informações sobre o tema durante a graduação, com intuito de formar comunicadores mais competentes e empatas. Dessa forma, um dos recursos utilizados foi a narrativa de pacientes que receberam ND. A percepção do assunto pelo ponto de vista do receptor da mensagem foi sugerida pelos alunos e elencada em uma subcategoria que será discutida a seguir.

7.2.3.2. As notícias difíceis na visão dos pacientes – as experiências vivas

Partindo do princípio da empatia que preconiza a capacidade de colocar-se no lugar do outro, um aluno sugeriu, após o final da oficina de comunicação de notícias difíceis, que seria interessante abordar o assunto na perspectiva de um paciente que recebeu essa notícia. Dessa maneira, buscamos pessoas que tivessem vivenciado o processo de receber uma notícia difícil, e contamos com quatro sujeitos que poderiam contribuir com suas experiências. Esses sujeitos eram três médicos e um estudante de graduação e, ao final do projeto, essa oficina foi a que mais despertou o interesse dos alunos, como exposto nos relatos abaixo.

Quando trouxeram lá o depoimento do Y. e do outro casal de médicos, também foi muito legal assim de ver, sabe. Como se fosse um caso clínico [...] eles passaram por aquilo, eles falam com emoção sobre aquilo né (A6).

Acho que a [oficina] das notícias difíceis na visão dos pacientes foi a que eu mais gostei. Porque eu acho que eu me coloquei um pouco no lugar deles, aquele casal de médicos falando sobre como os médicos falaram com eles: Ah...conta sua historinha triste [...] (A1).

Então eu acho que só de escutar o relato da médica, nos fez perceber assim, a real importância disso, de se colocar na pele da pessoa para ver o que ela tá passando e o que a gente pode fazer para melhor ainda mais os nossos futuros atendimento (A3).

[...] a oficina que eu acho que voltei pra casa mais pensando, assim foi a do relato da médica-paciente, de como a gente não se vê no lugar do outro, e às vezes, trata o paciente como uma atração (A9).

Outrossim, o fato dos relatos serem de uma médica que estava na condição de paciente parece ter despertado mais empatia e sensibilidade nos ouvintes.

[...] de longe foi a parte mais marcante pra mim. O relato dela, até porque o relato é um pouco mais especial, porque ela é dupla né. Ela é médica tava sendo paciente, por conta dos dois pontos de vista (A10).

O relato é mais palpável, ai você usa a empatia com o que tá sendo dito. É diferente do que no filme (A15).

Eu também, a oficina que eu mais gostei foi a do relato da médica paciente [...] eu nunca tinha tido contato com um paciente que me contasse com detalhes o que foi difícil passar, como que foi tratado sabe? (A5)

Realmente, foram histórias muito impactantes. Uma delas, de um aluno que ficou paraplégico aos 18 anos de idade, após acidente automobilístico; um médico que recebeu o diagnóstico de neoplasia cerebral, no transcorrer da primeira gestação de sua esposa (também médica) e, por último, uma médica que havia sofrido um acidente automobilístico, permanecendo várias semanas internada em unidade de terapia intensiva.

É importante ressaltar que essa técnica utilizada no trabalho constituiu-se em uma abordagem inovadora e, como já dito, partiu de uma sugestão dos alunos que foi acolhida pelas pesquisadoras. A técnica constou do relato vivo de pessoas que, ao auxiliarem na pesquisa, contaram as suas histórias de adoecimento, cirurgias, diagnóstico e, infelizmente, às vezes, maus tratos por parte dos médicos que deveriam apoiá-las. Reiteramos a necessidade de que “o cérebro precisa se emocionar para aprender” (MORA, 2010, p.22) e acreditamos que essa oficina tenha seguido esses princípios propostos pela teoria da neuroeducação.

Salientamos que a literatura mostra essa técnica, mas, no entanto, é feita por atores, em centros de simulações realísticas com pacientes padronizados ou com os pares, e não por pessoas que realmente vivenciaram processos extremamente difíceis (INSTITUTO..., 2010; AMIEL et al., 2006; SZMUILOWICZ et al., 2010; LIÉNARD et al., 2010; JOHNSON e PANAGIOTI, 2018; MARTIN et al., 2018, BACK et al., 2007). Em revisão de literatura sobre o treinamento de estudantes de medicina ou médicos para a comunicação de notícias difíceis, Nonino et al (2012) encontraram que as principais técnicas empregadas foram: aulas didáticas, discussões em grupos, práticas de atuações individuais ou em grupo com pacientes simulados e momentos didáticos durante o atendimento clínico.

Reiteramos que a maioria dos artigos não aborda o tema envolvendo pacientes reais. No entanto, essa experiência foi muito impactante, e embora os pacientes tenham sido médicos, isso despertou um sentimento importante nos alunos: de que por vezes, sentem-se onipotentes e imunes ao adoecimento. Ao serem confrontados com a realidade, de que profissionais médicos e um estudante experimentaram o outro lado da Relação Clínica, os alunos relataram a repercussão pessoal desses relatos.

Pra mim foi o relato da médica, porque eu nunca tinha parado pra pensar, porque parece que a gente é imune a tudo né. Então, se acontecesse com a gente, como seria o atendimento? (A2).

Eu acho que essa parte de trazer um relato, principalmente de uma pessoa que é da mesma área da gente foi muito bom assim, pra gente perceber como que é a real empatia né (A12).

Eu acho que foi muito interessante porque acabou me sensibilizando mais quanto ao paciente. Principalmente o relato da doutora, o que aconteceu com ela, e que a gente um dia também vai ser paciente (A6).

Uma coisa que me deixou bastante reflexiva foi a conversa que foi feita com as pessoas que tinham vivenciado notícias ruins [...] a gente acha que nunca vai acontecer com a gente, não se vê com fragilidade. Eu acho que é importante também a gente se ver a mercê disso tudo e que existe a possibilidade também de, um dia, ser paciente (A4).

As narrativas “vivas” têm o poder de narrar nossas humanidades e, por isso, adquirem caráter formativo, crítico e transformador (MORATALLA, 2010; BRUNER, 1991; MELLO, 2013). As citações elencadas abaixo ilustram as maneiras pelas quais os relatos vivos contribuíram para a reflexão dos alunos

sobre os temas empatia e comunicação. A respeito desses aspectos, relataram a importância de uma Relação Clínica bem estruturada, citando exemplos positivos e negativos extraídos dos relatos escutados.

[...] o Y. que é a felicidade em pessoa. E ele conseguiu assim, ele teve um monte de profissionais que fizeram com que ele tivesse esse desfecho bom né (A6), mesmo passando por um momento difícil.

Eu nunca tinha parado pra pensar como eu ia dar assim uma notícia difícil. Mas vendo aqueles exemplos eu vi como eu não quero ser sabe? (A9)

E o bom é que a gente pôde ter um exemplo de quando a gente faz coisa correta né, que foi o exemplo do Y. como que ele é bem resolvido com a situação dele [...] (A5).

[...]mas também a participação do Y. eu acho que foi muito importante, sobre as formas diferentes como a gente age diante do paciente e como isso impacta a vida dele. Tipo, não só no tratamento mas pra além do tratamento, sabe? (A1)

[...] então eu acho que mudou completamente a minha visão assim sobre como abordar o paciente [...] e poder ter contato com essas histórias que a gente teve, eu acho que mudou completamente a minha visão assim, de perguntar sabe, como paciente tá sentindo, o que ela tá pensando, pelo que ele tá passando. Acho que ajudou bastante nisso (A15).

Essas falas encontram respaldo na literatura internacional. Para Balint (1988), os melhores momentos para fazer descobertas independentes são quando os membros de um grupo de discussão estão manifestamente tocados por um relato. Esses momentos proporcionam boas ocasiões para que os participantes tornem-se conscientes de suas formas individuais de comprometimento. Turato (2011) complementa, postulando que quem não possuir essa sensibilidade e disponibilidade interior de acolher angústias e ansiedades do outro não será um bom investigador clínico.

Por fim, a escuta de história reais, pelo grupo de estudo, foi capaz de sensibilizar e gerar interpretações, indo ao encontro dos objetivos definidos pelas pesquisadoras durante a organização do projeto. Essa experiência inovadora, ao colocar os alunos em contato com histórias de vidas impactantes, no que tange à comunicação médico-paciente, pode servir de exemplo para outras atividades no curso de medicina, com intuito de formar alunos mais reflexivos sobre as próprias práticas, e que respeitem os valores, as perspectivas e as visões dos seus pacientes.

7.2.4 Os valores como forma de resgate e a empatia como fio condutor da Relação Clínica

“No entanto, o tema central da medicina permanece inalterado: a pessoa humana” (Protásio Lemos da Luz).

Optamos por elencar a empatia como uma categoria isolada devido ao grande número de falas dos participantes que destacaram esse conceito. No início dos grupos focais solicitamos que os alunos resumissem a RC em uma palavra, e a empatia aflorou na maioria das citações. As competências relacionais, que envolvem habilidades de comunicação, empatia e construção de vínculo, têm sido amplamente estudadas por referência às suas implicações na prática médica (RIOS, 2012).

A relação médico-paciente é extremamente complexa e depende de muitas variáveis, mas duas delas são fundamentais: a comunicação e a empatia. A empatia resulta de uma disposição por parte do médico de aceitar as próprias respostas emocionais ao sofrimento do paciente (HALPERN, 2001). Segundo Protásio da Luz (2001, p. 55), o médico pode demonstrar empatia de três formas:

Ele pode fazer isso de três maneiras: por natureza, porque é naturalmente compreensivo, caloroso, humano; por cultura, porque estudou o sofrimento humano e assim o entendeu, mesmo que seja de modo indireto; e por fim, ele pode compreender porque já experimentou o sofrimento, já sofreu.

A comunicação e a empatia são fios condutores essenciais para uma RC apropriada. De acordo com Rios (2012), não haverá comunicação efetiva se o médico apenas seguir o roteiro da consulta, sem manifestar verdadeira disponibilidade interna para compreender o outro e com ele buscar a construção de sentido para a situação de saúde em questão. Destacamos algumas falas sobre a importância da empatia para os alunos do projeto:

Porque eu acho que é necessário pra uma consulta, pra qualquer conversa na verdade, é necessário ter uma relação bem firmada. Porque só a partir daí o paciente vai realmente falar tudo que ele tem, tudo que ele sente, tudo que ele espera e a gente vai conseguir dar a conduta, vai conseguir conversar, vai ter a abordagem certa a partir do que ele nos traz (A6).

A forma como a gente tem que falar e não ser tanto simpática e ser mais empática, como foi discutido né. Tentar parar e pensar: Ah não, será que

se eu tivesse no lugar dessa pessoa eu ia gostar de escutar isso que eu tô falando pra ela? Não tentar minimizar nem maximizar demais o que tá acontecendo, mas tentar ajudar, sei lá (A13).

Para mim o que mudou [com o projeto], seria tu despertar as pessoas para poder sentir, tipo, tentar enxergar a situação dos pacientes, qualquer pessoa que tu interage na vida, pelo ponto de vista dela (A5).

Eu acho que eu consegui ver de uma forma mais humana, não só a patologia dela, sabe? (A11)

Que por ser um curso da saúde as pessoas tinham mais essa empatia [...] e realmente, comparado aos outros ambientes que eu vivi, a proporção das pessoas que tem essa sensibilidade é maior, mas mesmo assim é abaixo do que eu esperava encontrar (A1).

Outro aspecto importante, observado nas anotações do diário de campo, foi a fala de um aluno que questionou se era normal ele não se sentir triste com as histórias dos pacientes, ao contrário de alguns colegas que se sensibilizavam mais. Destacamos a importância da frase que acompanhou esse relato: “eu nunca tinha falado sobre isso”.

Nesse momento, percebemos que, um dos objetivos propostos pela pesquisa, o de criar um ambiente acolhedor que permitisse a expressão de sentimentos e emoções, foi novamente alcançado. O aluno em questão recebeu o *feedback* de colegas e dos organizadores do projeto, incentivando-o ao compartilhamento de seus sentimentos. A psicóloga presente ressaltou a importância de criamos um “meio-termo”, de não sermos rudes com os pacientes, mas também de não nos sensibilizarmos tanto a ponto de sofrermos com isso. Um meio-termo precisa ser buscado e constantemente alertado aos alunos e profissionais: um distanciamento adequado que possa, por um lado, proteger o profissional do adoecimento, mantendo sua sensibilidade e, por outro, imprimir a conscientização constante do processo de naturalização e embrutecimento do ofício como carapaça protetora (AZEREDO et al., 2010; MEDEIROS e LUSTOSA, 2011).

Quando o profissional (médico ou aluno) tenta proteger-se – erroneamente dos sentimentos despertados pelo paciente, por meio do distanciamento excessivo e da impessoalidade –, a empatia fica comprometida (MORETO, BLASCO e PIÑERO, 2018). Esses mecanismos de defesa por vezes são descritos por colegas ou pacientes como uma desumanização da prática e formação

médica. Para frear esse processo é preciso treinar habilidades afetivas, além das habilidades técnicas.

É citado que, para o médico, é indispensável experimentar a angústia do outro ao mesmo tempo em que exercita a preservação de sua integridade psíquica. Esse equilíbrio o protege, para que ele não se sinta devastado pelos afetos e possa, efetivamente, assumir a sua função cuidadora (INSTITUTO..., 2010). Para tal entendimento, foi fundamental a participação da psicóloga durante os nossos encontros, pois sua presença possibilitou o fornecimento de um suporte às angústias dos alunos, quando relatavam casos de pacientes pelos quais foram “tocados”. Exemplificamos alguns desses exemplos nas falas abaixo:

Um exemplo do que a gente viu, eu participei de um projeto no Centro Obstétrico, daí eu fui entrevistar uma gestante que perdeu o bebê. Ai eu fiz todo o questionário que tinha que fazer, e depois eu perguntei pra ela: como é que ela tava se sentindo por ter perdido o bebê. Se eu não tivesse feito parte do projeto, provavelmente, eu não teria perguntado isso (A9).

[...] eu fui consultar com oftalmologista, tinha crises de dor de cabeça. E naquele momento, assim, ela conversando comigo, ela percebeu, na verdade, o que tava acontecendo na minha vida. Eu tava passando por um momento difícil, psicologicamente eu não tava bem e com aquela conversa que ela teve comigo, assim, ela poderia muito bem ter me examinado, me dito assim: bom, não tem nada e é isso. Mas não, ela percebeu que tinha algo além daquilo. Eu vi o quanto foi importante aquele apoio que ela me deu naquele momento sabe? Mesmo eu não tendo nada referente a especialidade dela (A10).

Infelizmente, a maioria que entrou no projeto, não infelizmente ter entrado, né, já tinha essa visão de tratar a pessoa, e quem tem a visão de tratar a doença, não vai entrar, não vai procurar mudar isso. Isso que eu acho meio complicado, tem muito colega que deveria ter ouvido o que a gente conversou com a psicóloga aqui (A14).

Vários estudos discutem a melhor forma de desenvolver empatia entre os estudantes de medicina e outros tantos apontam que a empatia decresce ao longo da graduação (GROSSEMAN e STOL, 2008; HOJAT et al., 2004; MORETO, BLASCO e PIÑERO, 2018). Com o intuito de formar alunos mais empatas, é salutar que professores e preceptores demonstrem empatia com os próprios estudantes e com os pacientes atendidos em frente a esses alunos. Alguns participantes relataram que aprenderam modelos de atendimento e de Relação Clínica ao observarem colegas e residentes durante atendimentos e discussões de casos.

O aprendizado através da observação de pares é descrito na literatura. Porém, em grupos de discussão, como o proposto pelo projeto, esses exemplos podem ser analisados sobre o prisma coletivo. Essa reflexão é importante para que os alunos deliberem e observem quais exemplos desejam seguir, evitando que erros de abordagem e de comunicação se perpetuem ao longo da graduação (ROSSI e BATISTA, 2006).

A respeito do tema, citamos como exemplo duas colocações observadas na primeira oficina do projeto, ao debatermos como seria a maneira mais empata de proceder em uma consulta médica. Assim, um dos alunos relatou como o professor tinha conduzido uma consulta ambulatorial. Por um lado, os alunos destacaram a maneira ríspida de falar com o paciente: dizia que o doente estava fazendo tudo errado, que não aceitava tomar a medicação e que assim o profissional não poderia fazer mais nada por ele. Por outro, os alunos tinham interessado-se pelas queixas do paciente, programando encaminhá-lo para outros serviços como fisioterapia, mas não tiveram o apoio do professor. A aluna reproduziu a face descrente do paciente e disse que infelizmente não puderam fazer nada porque o paciente “não era deles”.

Reiteramos aqui a teoria dos neurônios espelho (RAMÍREZ e VALLEJOS, 2017), pois a observação pode permitir o desenvolvimento de condutas mais ou menos empáticas. Outro aluno citou que um professor, durante uma consulta, questionou se a paciente possuía alguma crença religiosa. Diante da resposta afirmativa, o médico respondeu: “e de que adianta, se a religião funcionasse a senhora acha que estaria assim?”.

Os exemplos reais citados nos parágrafos anteriores, ao que parecem, foram marcantes aos alunos por sua aplicação negativa e até cruel, e podem ser encaminhados em pesquisas, como a presente, para a demonstração da maneira pela qual um médico ou um profissional da saúde não deve atuar. A educação e o respeito ao outro, principalmente em situação vulnerável, necessita ser um guia e um norteador mínimo na atuação do profissional de saúde, dentre eles os médicos. Prestar atenção no avesso de como pode ser uma RC pode ser fonte de aprendizado, como destacado nas falas dos alunos e observações das pesquisadoras.

Essas situações, as quais os estudantes são expostos na graduação, geram medo, ansiedade, sentimento de impotência, e se não trabalhadas de

maneira correta e no momento oportuno, podem prejudicar o desenvolvimento da empatia. O estudante tende a utilizar apenas as ferramentas que conhece. Dessa forma, o cuidado com o paciente pode converter-se em intervenções e solicitações de exames, omitindo-se o uso de habilidades comportamentais para lidar com a situação.

A empatia pode ser considerada um processo cognitivo e, dessa forma, pode ser moldada (MORETO, BLASCO e PIÑERO, 2018). Ainda se discutem as melhores estratégias educacionais para conseguir essa modulação, mas o bom exemplo é uma delas. Moreto, Blasco e Piñero (2018, p. 174) destacam que as “emoções dos estudantes têm estreita relação com a empatia”. Assim, a educação da afetividade, utilizando as metodologias ativas (música, cinema, narrativas), parece apresentar resultados promissores, segundo os autores.

Como pontua, fortemente, Gracia (2013, p. 262), a educação focando valores é importante, pois esses são fundamentais para a vida humana. O autor ainda acrescenta: se pode dizer que o processo de humanização tem muito a ver com o processo de imprimir e ter valores. Esses não são fatos que podem descrever-se, por exemplo, aqueles postulados por meio do conhecimento científico. “Os valores nos fazem refletir, avaliar se algo é bom ou mau, se possui um conceito ou conteúdo positivo ou negativo”, pondera Gracia (2013, p. 262).

Nossa pesquisa buscou, portanto, seguir essa linha de pensamento, instigando esse aprendizado por meio dos métodos utilizados. Possivelmente uma “semente” de alerta possa ter sido “plantada” entre os participantes do estudo – alunos e pesquisadores –, sinalizando um modo de ensinar valores. É extremamente relevante lembrar que, somente com os fatos, como fundamenta Gracia (2013), os seres humanos não podem viver, pois importante é como valorizamos os fatos e, assim, deliberando sobre eles, pode haver auxílio à construção de um mundo mais humano e que nos pareça bom.

Por último, os alunos citaram que, de maneira recorrente, observam os preceptores prescreverem as medicações, entregarem o retorno e despedirem-se do paciente, sem mais explicações. Eles relataram algum constrangimento, pois percebem que o paciente não entendeu de modo adequado as orientações, nem o que deveria fazer com aqueles papéis. Essa análise interpretativa sugere que os alunos demonstram empatia com os pacientes, mas por vezes esses

sentimentos são tolhidos pela rotina bruta de atendimentos excessivos, casos complexos e profissionais esgotados.

Em nossa experiência, os debates em pequenos grupos, o apoio psicológico e as diversas metodologias ativas utilizadas durante as oficinas do projeto demonstraram efeito positivo ao mobilizar sentimentos. Em muitas falas percebemos o quanto os participantes conhecem e aplicam o conceito da empatia ao longo da prática diária. Por outro lado, também ficou claro que eles não desejam aprender sobre esses temas mais subjetivos apenas com abordagens teóricas. Dessa forma, seria interessante que espaços de discussão em pequenos grupos se perpetuassem ao longo da graduação médica, pois através do compartilhamento de experiências e da expressão de sentimentos muitos conceitos podem sair do campo da teoria e adentrar as esferas da prática clínica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino médico atual necessita estimular o aluno a compreender que está diante de um paciente com uma história de vida, valores, desejos e crenças, e não apenas de um corpo doente. É preciso desenvolver sensibilidade, afeto e empatia para perceber que se está cuidando de um outro (paciente e/ou família) que sofre. Percebemos, durante a realização do trabalho, a pertinência da temática e o potencial de sensibilização por meio das metodologias propostas bem como, destacamos como ponto positivo a assiduidade dos participantes nas oficinas.

Por outro lado, o grupo foi predominantemente constituído por alunos que se consideraram mais empatas. Podemos tomar isso como uma limitação da pesquisa, pois, como apontado pelos participantes, muitos colegas que precisariam discutir mais sobre os temas debatidos nos encontros não demonstraram interesse e/ou disponibilidade em participar do projeto extracurricular. Dessa forma, fica o alerta para que esses assuntos e espaços de discussão sejam inseridos ao longo da graduação, com intuito de alcançar um maior número de alunos. As atividades de tutoria com grupos pequenos seriam uma alternativa, bem como a criação de uma Disciplina Complementar de Graduação em formato de oficinas, como as realizadas no projeto.

Reiteramos os aspectos discutidos ao longo do projeto, destacando a importância de abordar os valores e as questões da vida do paciente, não focando apenas nos sinais, sintomas e tratamento. Por intermédio da discussão do tema interdisciplinaridade percebemos a valorosa contribuição da equipe na RC. Esse contato harmonioso entre médico-paciente-equipe-família pode transformar-se em instrumento fundamental para esclarecer os sintomas e orientar o tratamento das doenças. Uma comunicação eficaz também é essencial para estabelecer-se um relacionamento respeitoso e honesto – componentes fundamentais do cuidado.

De acordo com as referências apresentadas, o acolhimento do paciente e a escuta adequada auxiliam em um maior vínculo e sucesso terapêutico. Dessa forma, a pesquisa qualitativa foi fundamental para a compreensão de como o ensino da RC e a prática das habilidades de comunicação desenvolvem-se ao longo da graduação médica. Uma pesquisa apenas quantitativa poderia evitar que emergissem aspectos importantes de como os alunos percebem esse ensino-aprendizagem, ou como gostariam que tal assunto fosse abordado. O grupo focal

e as oficinas de discussão permitiram a valorização das diferenças, do coletivo e do contexto individual dos alunos.

Como docentes acreditamos que o projeto tenha sido além de um desafio, um aprendizado muito grande no que tange a importância de compreender a percepção dos alunos com o ensino. Foi bastante lembrado durante a escrita a importância de tentar se colocar no lugar do paciente. Porém, ao concluir essa dissertação percebemos a importância de o professor se colocar no lugar do aluno, o que auxilia no processo pedagógico. Se queremos ensinar a humanização e a empatia precisamos oferecer um ensino humanizado e empata.

Dessa forma, como consta no título do projeto, tínhamos o intuito de resgatar a importância da RC propondo espaços para a discussão entre alunos de diferentes semestres, o compartilhamento de experiências vivenciadas e de alguns temas considerados “tabus” como o luto, a morte e os cuidados com pacientes fora de possibilidade terapêutica. Essa experiência será relatada no manuscrito que está em processo de finalização, bem como poderá servir de base para construção futura de um caderno didático com a descrição das temáticas e das ferramentas teóricas e práticas utilizadas nas oficinas.

Com base no que disseram os alunos nos grupos focais podemos concluir que o trabalho em pequenos grupos é importante para que discussões sejam realizadas em profundidade e com maior liberdade de expressão. Salientamos também o uso das metodologias ativas que exigem maior participação dos alunos como forma de abordar assuntos referentes à humanização da prática médica. Por fim, destacamos a experiência positiva da utilização de leituras, das artes, dos vídeos e dos filmes como excelentes auxiliares para trabalhar aspectos de vivências e humanidades.

Ao final, acreditamos ter atingindo o objetivo de aliar o saber científico com os sentimentos, escuta e linguagem adequadas, além de mobilizar sensações e emoções no intuito de promover empatia. É importante continuar estimulando, na graduação, o resgate da medicina humanizada associada às evidências científicas. Os profissionais envolvidos no ensino médico podem trabalhar para mostrar que o saber e o sentir podem e devem caminhar juntos, visando maior satisfação profissional e habilidade na arte de cuidar e curar. Pois, como expresso no famoso aforismo, de autor desconhecido, cabe ao médico “curar algumas vezes, aliviar frequentemente e consolar sempre”.

REFERÊNCIAS

- ALMANZA MUÑOZ, M. J. J.; HOLLAND, C. J. La comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente. Guía clínica práctica basada en evidencia, **Revista Sanidad Militar**, v. 53, n. 3, p. 220-224, 1999.
- AMARAL, E; DOMINGUES, R. C. L.; ZEFERINO, A. M. B. Avaliando Competência Clínica: o Método de Avaliação Estruturada Observacional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2007.
- AMIEL, G. E. et al. Ability of primary care physicians to break bad news: a performance based assessment of an educational intervention. **Patient Education Counseling**, v. 60, n. 1, p. 10-15, 2006.
- ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. 1 ed. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.
- ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2018.
- ARAÚJO, L. F.S. et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 15, n. 3, p. 53-61, jul-set, 2013.
- ASPEGREN, K. Teaching and learning communication skills in medicine: a review with quality grading of articles. **Medical Teacher**, v. 21, p. 563-570, 1999.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Humanidades como disciplina da graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 455-463, set. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2018.
- AZEREDO, N. S. G. et al. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina, **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 37-43, 2010.
- BACICH, L.; MORAN, J. **Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática**. Porto Alegre: Penso, 2018.
- BACK, A. L. et al. Efficacy of Communication Skills Training for Giving Bad News and Discussing Transitions to Palliative Care. **Archives of Internal Medicine**, v. 167, n. 5, p. 453–460, 2007.

- BAILE, W. F. et al. Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of workshops in breaking bad news and managing patient reactions to illness. **Cancer**, v. 86, p. 887-897, 1999.
- BAILE, W. F. et al. SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. **The Oncologist**, v. 5, n. 4, p.302-311, 2000.
- BALINT, M. **O médico seu paciente e a doença**. São Paulo: Livraria Atheneu, 1988.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BLASCO, P. G. De los principios científicos para la acción: el idealismo práctico de la Medicina de Familia. **Atención Primaria**, v. 34, n. 6, p. 313-17, 2004.
- BLASCO, P. G. É possível humanizar a Medicina? Reflexões a propósito do uso do Cinema na Educação Médica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 357-367, 2010. Disponível em https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/77/357a367.pdf Acesso em: 02 mai. 2018.
- BLASCO P.G. O humanismo médico: em busca de uma humanização sustentável da Medicina. **Rev Bras Med** Abr 2011 V 68 P 4-12 Especial Oncologia
- BRANDÃO, J. F. **O médico no século XXI: o que querem os pacientes**. Salvador: Fast Design, 2013.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1, p. 8-11. Disponível em: <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2018.
- BRUNER, J. S. The narrative construction of reality. **Critical Inquiry**, v.17, p.1-21, 1991.
- BZUNECK, J. A., GUIMARÃES, S. É. R. Estilos de professores na promoção da motivação intrínseca: reformulação e validação de instrumento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, p. 415-422, 2007.
- CAMPOS VELHO, M. T. et al. As notícias difíceis: qual a visão de pacientes sobre esse tipo de comunicação? **Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética / UNESCO**, ano 7, v. 2, n.14, jul-dic. 2016.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, Set. 1999. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2018.

CARABETTA JÚNIOR, V. Metodologia ativa na educação médica. **Revista Médica**, São Paulo, v. 95, n. 3, p. 113-121, jul-set. 2016.

CARRIÓ, F. B., **Entrevista clínica**. Habilidades de comunicação para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CATALDO, N. A.; ARAUJO, P. A. A morte e o morrer no hospital escola: comunicação preliminar. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 20, esp., p. 26-28, 1996.

CHARON, R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. **JAMA**, v. 286, p.1897-1890, 2001.

CHEN, D. et al. A cross-sectional measurement of medical student empathy. **Journal of General Internal Medicine**, v. 22, n. 10, p. 1434-1438, 2007.

CHINATO, B. et al. A relação médico-paciente e a formação de novos médicos: análises de vivências de hospitalização. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 27-34, jan-mar. 2012.

CHRISTIANSON, C. E. et al. From traditional to patient-centered learning: Curriculum change as an intervention for changing institutional culture and promoting professionalism in undergraduate medical education. **Academic Medicine**, v. 82, p. 1079-1088, 2007.

COSTA, M. J. Trabalho em pequenos grupos: dos mitos à realidade. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 308-313, 2014.

COUTO, C. R. O. Sete habilidades para o domínio da arte da medicina: do sorriso do médico à compreensão do paciente. **Slowmedicine**. Publicado em 11 jul. 2017. Disponível em <https://www.slowmedicine.com.br/sete-habilidades-para-o-dominio-da-arte-da-medicina-do-sorriso-do-medico-compreensao-do-paciente/>. Acesso em 17 ago. 2018.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CURTIS, J. A.; INDYK, D.; TAYLOR, B. Successful use of problem-based learning in a third-year pediatric clerkship. **Ambulatory Pediatrics**, v. 1, n. 3, p. 132-135, 2001.

DA LUZ, P. L. **Nem só de Ciência se faz a cura**. O que os pacientes me ensinaram. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n.1, p.5-25, jan. 1999.

DAVIS, M. H. **Empathy: A Social Psychological Approach**. First published. Westview Press: 1996. Disponível em https://scholar.google.com.br/scholar?q=DAVIS+MH.+Empathy:+A+Social+Psychological+Approach.+Madison:+Brown+and+Benchmark+Publishers%3B+1994&hl=en&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart. Acesso em 28 julho 2018

DE MARCO, M. A. et al. Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista. **Comunicação Saúde e Educação**, v. 14, n.32, p. 217-27, jan-mar. 2010.

DEL PICCOLO, L. Physician-patient interactions: a comparison of analysis systems. **Epidemiologia e Psichiatria Sociale**, v. 7, n. 1, p. 52-67, jan-apr. 1998.

D'MARIA, C.; LEAL, N. M. de S. Uso de metodologias ativas no ensino das faculdades de Medicina do Brasil. In: Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia, 2017, Fortaleza, Ceará. **Anais...** Fortaleza: 2017. Disponível em: <<https://www.even3.com.br/anais/mpct2017/44849-USO-DE-METODOLOGIAS-ATIVAS-NO-ENSINO-DAS-FACULDADES-DE-MEDICINA-DO-BRASIL>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

DOYLE, D., O'CONNEL, S. Breaking bad news: starting palliative care, **Journal of The Royal Society Medicine**, v. 89, n. 10, p. 590-591, 1996.

EIZIRIK, C.; POLANCZYK, G. V.; EIZIRIK, M. O médico, o estudante de medicina e a morte. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 44, n. 1/2, p. 50-55, 2000.

ESPINOSA, M. et al. Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. **Support Care Cancer**, v. 4, n. 1, p. 61-63, 1996.

ESQUERDA, M. et al. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. **Atención Primaria**, v. 48, n. 1, p. 8-14, 2016.

FARIAS, P. A. M.; MARTIN, A. L. A. R. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 143-158, 2015.

FIGUEIRA, E. J. G. et al. Apreensão de tópicos em ética médica no ensino-aprendizagem de pequenos grupos. Comparando a aprendizagem baseada em problemas com o modelo tradicional. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 133-141, 2004.

FILHO, A. G; BLIKSTEIN, I. Comunicação assertiva e o relacionamento nas empresas. **GVexecutivo**, v. 12, n. 2, Jul-Dez 2013. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/gvexecutivo/article/viewFile/20706/19443> Acesso em: 03 jul. 2017.

- FREUD, S. **Reflexões para o tempo de guerra e morte**. Tradução de J. Salomão. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas (V. 14). Rio de Janeiro: Imago, p. 285-310. (Trabalho original publicado em 1915).
- GALLIAN, D. M.; PONDÉ, L. F.; RUIZ, R. Humanização, humanismos e humanidades: problematizando conceitos e práticas no contexto da saúde no Brasil. **Revista Internacional de Humanidades Médicas**, v.1, n.1, p. 8-9, 2012.
- GALLIAN, D. **A literatura como remédio: os clássicos e a saúde da alma**. 1ª ed. São Paulo: Martin Claret, 2017.
- GARCIA, M. A. A. et al. Interdisciplinaridade e Integralidade no Ensino em Saúde **Revista das Ciências Médicas**, Campinas, v. 15, n. 6, p. 473-485, nov-dez. 2006.
- GARG, A.; BUCKMAN, R.; KASON, Y. Teaching medical students how to break bad news. **Canadian Medical Association Journal**, v. 156, n. 8, p. 1159-1164, 1997.
- GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 4 ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- GOLDSTEIN, A. P.; GOEDHART, A. The use of structured learning for empathy enhancement in paraprofessional psychotherapists. **Journal of Community Psychology**, v. 1, n. 2, p. 168-173, 1973.
- GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, jan. 1994.
- GRACIA, D. The mission of ethics teaching for the future. **International Journal of Ethics Education**, v. 1, p. 7-13, 2016.
- GRACIA, D. **Valor y precio**. 1 ed. Madrid: Triacastela, 2013.
- GRAU, A. et al. Evaluación de la empatía en estudiantes de Medicina. **Educación Médica**, v. 18, n. 2, p. 114-120, 2017.
- GROSSEMAN, S.; STOLL, C. O Ensino-aprendizagem da Relação Médico-paciente: Estudo de Caso com Estudantes do Último Semestre do Curso de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 301-308, 2008.
- GROSSMAN, E.; CARDOSO, M. H. C. A. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, jan-abr, 2006.
- GUSSO, G. D. F.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- HALPERN, J. **From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice**. New York: Oxford University Press, 2001.

HARLAK, H. et al. Communication skills training: Effects on attitudes toward communication skills and empathic tendency. **Education for Health**, v. 21, n. 2, p. 62, 2008.

HOJAT, M. et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. **Medical Education**, v. 38, p. 934-941, 2004.

HOJAT, M. et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. **Medical Education**, v. 36, n. 6, p. 522-527, 2002.

HOJAT, M. et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. **Academic Medicine**, v. 84, n. 9, p. 1182-1189, sep. 2009.

HORWITZ, A. V., WAKEFIELD, J. **A Tristeza Perdida: Como a psiquiatria transformou a depressão em moda**. São Paulo: Summus, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Acesso em: 18 de mar. de 2018. Disponível em:
http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/comunicacao_de_noticias_dificeis.pdf.

ISMAEL, J. C. **O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada**. 2. ed. ver. e ampl. São Paulo: MG Editores, 2005.

JOHNSON, J.; PANAGIOTI, M. Interventions to Improve the Breaking of Bad or Difficult News by Physicians, Medical Students, and Interns/Residents: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Academic Medicine**, jun. 2018.

KARR, M. Acting in medical practice. **Lancet**, v. 43, n. 4, p. 1436, 1994.

KAST, Verena. **A alma precisa de tempo**. Petrópolis: Vozes, 2016.

KATHLEEN, M.; FOLEY, M. D. Competent care for the dying instead of physician-assisted suicide. **The New England Journal of Medicine**, v. 336, p. 54-58, 1997.

KELEMAN, S. **Viver o seu morrer**. São Paulo: Summus, 1997.

KHADEMALHOSSEINI, M.; KHADEMALHOSSEINI, Z.; MAHMOODIAN, F. Comparison of empathy score among medical students in both basic and clinical levels. **Journal of Advances in Medical Education & Professionalism**, v. 2, n. 2, p. 88-91, 2014.

KLEMENC-KETIS, Z.; KERSNIK, J. Using movies to teach professionalism to medical students. **BMC Medical Education**, v. 11, n. 60, 2011.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte. Temas e reflexões**. São Paulo: Editora FAPESP, 2003.

KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer: 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

KURCGANT, P. As teorias de administração e os serviços de enfermagem. In: KURCGANT, P. (org.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

KUSHNIR, T.; RABIN, S.; AZULAI, S. A descriptive study of stress management in a group of pediatric oncology nurses. **Cancer Nursing**, v. 20, n. 6, p. 414-421, dec. 1997.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

LANDSBERG, G. A. P. Vendo o outro através da tela: cinema, humanização da educação médica e Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 16, jan-mar., 2009.

LARSON, E.; YAO, X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. **JAMA**, v. 293, n. 9, p. 1100-1106, 2005.

LEITE, A. J. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. (Org.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007.

LEVINSON, W. et al. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. **JAMA**, v. 19, n. 277, p. 553-559, feb. 1997.

LIÉNARD, A. et al. Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program. **British Journal of Cancer**, v. 13, n. 103(2), p. 171-177, 2010.

LINO, C. A. et al. Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 51-57, Rio de Janeiro, jan-mar. 2011.

LOWN, B. **A arte perdida de curar**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1997.

MARCUS, E.R. Empathy, humanism, and the professionalism of medical education. **Academic Medicine**, v. 74, n. 11, p. 1211-1215, 1999.

MARTA, G. N. et al. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 416-427, 2009.

MARTIN, S. K. et al. The Consultation Observed Simulated Clinical Experience: Training, Assessment, and Feedback for Incoming Interns on Requesting Consultations. **Academic Medicine**, v. 19, jun. 2018.

MEDEIROS, L. A.; LUSTOSA, M. A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 203-227, dez. 2011.

Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200013&lng=pt&NRM=ISO>. Acesso em: 02 jul. 2018.

MELLO, C. C. B.; ALVES, R.O.; LEMOS, S. M. A. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 6, p. 2015-2028, nov-dez. 2014.

MELLO, T. B. **Comunicação de más notícias**: experiência de mães de crianças e adolescentes com câncer. 2013. Dissertação. (Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2013.

MITRE, S. M. I. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, 2008. Disponível em https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232008000900018&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 23 mar. 2018.

MORA, F. **Neuroeducação**: só é possível aprender aquilo que se ama. Alianza Editorial, 2010.

MORAN, J. Educação híbrida: um conceito chave para a educação, hoje. In BACICH, L.; TANZI NETO, A; TREVISAN, F. M. (Org). **Ensino híbrido**: personalização e tecnologia na educação. Porto Alegre: Penso, 2015.

MORATALLA, T. D. **Bioética y cine**. De la narración a la deliberación. Madrid: San Pablo y Universidad Pontificia de Comillas, 2010.

MORETO, G. et al. La erosión de la empatía en estudiantes de Medicina: reporte de un estudio realizado en una universidad en São Paulo, Brasil. **Atención Familiar**, v. 21, n. 1, p. 16-19, 2014.

MORETO, G.; BLASCO. P.G., PIÑERO, A. Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina. **Educación Médica**, v. 19, n. 3, p. 172-177, 2018.

MORITZ, R. D. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. **Revista Bioética**, v. 13, n. 2, 2015.

MULLER, P. Breaking Bad news to patients - The SPIKES approach can make this difficult task easier. **Postgraduate Medicine**, v. 112, n. 3, p. 1-6, 2002.

NAKAMOTO, P. S. A humanização no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu sob a perspectiva dos profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 12, n. 26, p. 684-685, 2008.

NASCIMENTO, H. C. F. et al. Análise dos Níveis de Empatia de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1, p. 150-158, 2018.

NEUMAN, N. et al. Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. **Academic Medicine**, v. 86, n. 8, p. 996-1009, 2011.

NEUWIRTH, Z. E. Physician empathy. Should we care? **The Lancet**, v. 350, n. 9078, p. 606, 1997.

NONINO, S. G. M. et al. Treinamento Médico para Comunicação de Más Notícias: Revisão da Literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 2, p. 228-233, 2012.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.6 n.10, p.63-74, 2002.

ONG, L.M.L. et al. Doctor-patient communication: a review of the literature. **Social Science Medicine**, v. 40, n. 7, p. 903-918, 1995.

PEABODY, F. W. The Care of the Patient. **JAMA**, v. 88, n. 12, p. 877-882, 1927. Disponível em <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/245777>. Acesso em: 05 mai. 2018.

PEREIRA, C. R.; LEMONICA, L.; BARROS, G. A. M. Comunicação de más notícias em medicina: protocolo P-A-C-I-E-N-T-E. **Âmbito Hospitalar**, São Paulo, v. 3, n 12, p. 29-32, jul-set. 2004.

PEREIRA, A.T.G. et al. Comunicação de más notícias. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 7, n. 1, p. 227-235, 2013.

PESSINI, L. **Distanásia**. Até quando prolongar a vida? São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, 2001.

PROVENZANO, B. C. et al. A empatia médica e a graduação em medicina. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, 2014; n. 4, p. 19-25, 2014. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/13941>. Acesso em: 08 mai. 2018.

QUINTANA, A. M. et al. A angústia na formação do estudante de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 7-14, mar. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2018.

RABELO, L.; GARCIA, V. L. Role-Play para o Desenvolvimento de Habilidades de Comunicação e Relacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 586-596, dez. 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000400586&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jun. 2018.

RAMÍREZ, G. J. P.; VALLEJOS, R. M. C. Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. **Investigación en Educación Médica**, v. 6, n. 24, p. 221-227, 2017.

RATTO, C.G.; SILVA, S.C.M. Educar para la “gran salud” - vida y (trans) formación. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.15, n. 36, p, 177-184, jan-mar. 2011.

RESSEL, B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, out-dez. 2008.

RIBEIRO, José Luis Pais. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 17, n. 3, p. 547-558, set. 1999. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311999000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 jul. 2018.

RIDER, E. A.; LOWN, B. A.; HINRICHS, M. M. Teaching communication skills. **Medical Education**, v. 38. n. 5, mai. 2004.

RIOS, I. C. Comunicação em medicina / Communication skills in medicine. **Revista Médica**, São Paulo, v. 91, n. 3, p. 159-162, jul.-set. 2012.

RIOS, I. C. **Subjetividade contemporânea na educação médica**: a formação humanística em medicina. 2010. Tese. (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2010.

ROCHA, B. V. et al. Relação Médico-Paciente. **Revista do Médico Residente**, v. 13, n. 2, p. 114-118, 2011.

RODRIGUES, R. M.; CALDEIRA, S. Movimentos na educação superior, no ensino em saúde e na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 5, p. 629-636, 2008.

ROMITI, R. Psoríase na infância e na adolescência. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 84, n. 1, p. 09-20, 2009.

ROSSI, P. S.; BATISTA, N. A. The teaching of communication skills in medical schools - an approach. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.10, n.19, p.93-102, jan/jun 2006.

ROTER, D.L. et al. Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. **Medical Education**, v. 38, n. 2, p.145-57, 2004.

SANTOS, P. L.; RODRIGUES, M. L. V. O ensino da psicologia na graduação de fonoaudiologia. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 40, n. 1, p. 78-81, 2007.

SANTOS. C.P; SOARES S.R. Aprendizagem e relação professor aluno na universidade: duas faces da mesma moeda. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo, v. 22, n. 49, p. 353-370, maio/ago. 2011.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde - PHYSIS: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2007.v17n1/29-41/pt>. Acesso em: 07 mar. 2016.

SENE, T. B. et al. Autonomia do paciente: análise situacional de uma unidade de urgência **Revista Bioética**, v. 20, n. 3, p. 520-527, 2012. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/774/826. Acesso em: 28 jun. 2018.

SILVA, G.S.B.; AYRES, J.R.C.M. O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 487-496, 2010.

SPIRO, H. The practice of empathy. **Academic Medicine**, v. 84, n. 9, p. 1177-1179, 2009.

STEWART, M. et al. **Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SUCUPIRA, A. C. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional da saúde. **Comunicação, Saúde e Educação**, v. 11, n. 23, p. 619-35, set/dez 2007.

SULLIVAN, A. M. et al. Teaching and learning end-of-life care: evaluation of a faculty development program in palliative care. **Academic Medicine**, v. 80, n. 7, p. 657-668, 2005.

SZMUILOWICZ, E. et al. Improving residents' end-of-life communication skills with a short retreat: a randomized controlled trial. **Journal of Palliative Medicine**, v. 13, n. 4, p. 439-452, 2010.

TAPAJÓS, R. Introducing the arts into medical curricula, **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 6, n. 10, p.27-36, 2002.

TAYLOR, R.N. Medical humanities and clinical practice. **Journal South Carolina Medical Association**, v. 91, n. 12, p. 500-502, 1995.

THIESEN, J. S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 39, p. 545-554, dez. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782008000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jul. 2018.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

UMENAI, T. et al. Conference Agreement on the definition of humanization and humanized care. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, sup. 1 S3-S4, 2001.

VAITSMAN, J; RIEVERES, B. A. G. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-561, jul-set. 2005.

VANDEKIEF, G. K. Breaking Bad News. **American Family Physician**, v. 64, n. 12, p.302-311, 2001.

VIEIRA, T. R.; CARDIN; V. S. G.; GOMES, L. G. C. (Org.). **Bioética e Cinema**. Maringá/PR: Miraluz, 2016.

WEAR, D. et al. Slow medical education. **Academic Medicine**, v. 90, n. 3, p. 289-293, mar. 2015.

WOLOSCHUK, W.; HARASYM, P. H.; TEMPLE, W. Attitude change during medical school: A cohort study. **Medical Education**, v. 38, n. 5, p. 522-534, 2004.

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Questionário 1:

Parte 1 – Dados gerais

Nome _____

Idade _____ Sexo _____ Naturalidade: _____

Ensino Médio: () escola pública () escola privada

Semestre do curso de medicina : _____

Possui familiar graduado em medicina? () sim () não

Já esteve hospitalizado alguma vez? () sim () não

Já esteve na situação de acompanhante de paciente hospitalizado alguma vez? () sim () não

Parte 2 – Análise dos aspectos relacionados à comunicação médica e a relação – clínica. Assinale com “X” a resposta mais adequada para você.

1) Para você, a definição mais próxima do conceito de empatia é:

- () capacidade de ser simpático com os pacientes
- () capacidade de se colocar no lugar do paciente
- () capacidade de explicar as coisas com clareza para o paciente

2) Você já estudou sobre linguagem não verbal durante o curso de graduação ?

- () algumas vezes
- () não tanto quanto gostaria
- () nunca estudei sobre o assunto

3) Dentre as opções abaixo, qual especialidade você acredita que se enquadra mais no seu perfil hoje ?

- () clínica médica
- () cirurgia geral
- () pediatria
- () ginecologia

4) Você acredita que os temas ligados a relação-médico paciente são pouco abordados durante o curso de graduação?

- () sim, gostaria de ter mais aulas sobre o assunto
- () não, acho que o tema está sendo abordado de maneira suficiente
- () não me recordo de ter tido aulas específicas sobre esse tema até o momento.

5) Você gostaria de participar de grupos de discussões e treinamento em habilidades de comunicação durante a graduação ?

sim

não

6) Você acredita que a relação médico-paciente pode ser ensinada através de atividades teóricas como leitura de livros e artigos?

Não concordo totalmente Não concordo parcialmente Indiferente

Concordo parcialmente Concordo totalmente

7) Você acredita que a vivência como paciente facilita o aprendizado da relação médico-paciente ?

Não concordo totalmente Não concordo parcialmente Indiferente

Concordo parcialmente Concordo totalmente

8) Você acredita que fazer perguntas ao paciente sobre o que se passa na sua vida privada ajuda na compreensão das queixas físicas?

Não concordo totalmente Não concordo parcialmente Indiferente

Concordo parcialmente Concordo totalmente

9) Você acredita que é difícil para um médico ver as coisas na perspectiva dos pacientes ?

Não concordo totalmente Não concordo parcialmente Indiferente

Concordo parcialmente Concordo totalmente

10) Você acredita que o senso de humor de um médico contribui para resultados clínicos melhores ?

Não concordo totalmente Não concordo parcialmente Indiferente

Concordo parcialmente Concordo totalmente

OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO!

APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: **A Relação Clínica e o processo de comunicação e informação na formação médica: resgate e proposta**

Pesquisador Responsável: **Natiele Dutra Gomes** (médica residente em Medicina de família e comunidade do HUSM).

Orientador Responsável: **Profª Dr. Maria Teresa Aquino de Campos Velho**

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/ Centro de Ciências da Saúde (CCS)/ Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

Local da coleta de dados: Centro de Ciências da Saúde (UFSM)

Você está sendo *convidado (a)* para participar, como *voluntário*, em um projeto de pesquisa. Leia cuidadosamente o que segue e pergunte ao responsável pela organização do projeto se tiver qualquer dúvida. Após ser esclarecido(a) sobre as informações, no caso de aceitar fazer parte do projeto, *assine* ao final deste documento, que está em *duas vias*. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

Este projeto tem *finalidade científica* e se justifica pois pretende coletar dados e informações sobre como os acadêmicos de medicina avaliam o ensino-aprendizado da Relação Clínica e tem por *objetivo* proporcionar um espaço para discussão dos temas comunicação e informação na prática médica. Você será convidado a participar de seis oficinas teórico-práticas com duração de duas horas, em horários pré-estabelecidos, com discussões de temas referentes a Relação Clínica. Durante as oficinas será aplicado um questionário estruturado com intuito de conhecer o grupo participante e será realizado um grupo focal, com áudio gravado, para avaliar a experiência dos alunos ao final do projeto.

A sua identidade *não* será revelada em nenhum momento do trabalho. Você não precisará colocar o seu nome no questionário que vai responder. O questionário será arquivado por cinco anos sob responsabilidade da pesquisadora responsável e após esse período será destruído ou incinerado. A sua participação no estudo *não trará benefícios como* tratamento especial ou dinheiro, mas poderá trazer novos conhecimentos sobre temas importantes da prática médica e o certificado obtido ao final das oficinas poderá ser utilizado como Atividade Complementar de Graduação (ACG). A pesquisa não trará riscos a você mas é possível que ocorram desconfortos como cansaço ao participar das oficinas e ao responder os questionários, no entanto, para diminuir os desconfortos os pesquisadores adotarão período de intervalo de 15 minutos durante as atividades.

Você *não terá ônus (não pagará nada)* ao participar da pesquisa. Você apenas utilizará seu tempo para responder os questionários e participar das oficinas e grupo focal. Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Em casos de dúvidas entrar em contato com: Md. Natiele Dutra Gomes – Médica Residente em Medicina da Família e Comunidade do Hospital Universitário de Santa Maria. E-mail: natielegomes@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Os pesquisadores se comprometem a mostrar-lhe de algum modo (palestras, aulas) os resultados que foram obtidos com essa pesquisa. Os pesquisadores se comprometem a seguir as diretrizes das *Resoluções 466/12* e *510/2016* que regularizam as normas para pesquisa com seres humanos no Brasil.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____ após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do voluntário _____

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE _____

Santa Maria _____ de _____ de _____

Em casos de dúvidas entrar em contato com: Md. Natiele Dutra Gomes – Médica Residente em Medicina da Família e Comunidade do Hospital Universitário de Santa Maria. E-mail: natielegomes@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICE III – PERGUNTAS NORTEADORAS UTILIZADAS DURANTE A TÉCNICA DO GRUPO FOCAL

- 1) Qual sua percepção sobre RC hoje, depois do projeto?
- 2) Qual o impacto das oficinas na sua formação e comunicação?
- 3) Qual a percepção que você teve sobre a sua participação no projeto? (ativa, passiva, reflexiva)
- 4) Qual das temáticas desenvolvidas mais chamou sua atenção?
- 5) Como você avalia o significado da sua participação no projeto, por que quis participar do projeto?
- 6) Como você avalia os métodos que foram utilizados nas oficinas? Qual mais chamou sua atenção?
- 7) Como poderíamos aperfeiçoar nosso trabalho?

APÊNDICE IV – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do estudo: **A Relação Clínica e o processo de comunicação e informação na formação médica: resgate e proposta**

Pesquisador Responsável: **Prof^a Dr. Maria Teresa Aquino de Campos Velho**

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/ Centro de Ciências da Saúde (CCS)/ Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

Local da coleta de dados: Centro de Ciências da Saúde (UFSM)

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de questionários estruturados durante oficinas didáticas e grupos focais realizados com alunos de medicina participantes da pesquisa, no período de outubro a dezembro de 2017. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, sala 1333 cep 97105-970 - Santa Maria - RS. por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da prof. Dra. Maria Teresa Aquino e Campos Velho. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em 27/06/2017., com o número de registro CAAE 69059317.1.0000.5346

Santa Maria,.....dede 2017

.....

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE V – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE VOZ E IMAGEM

Eu _____ depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e voz, AUTORIZO, através do presente termo, as pesquisadoras Natiele Dutra Gomes e Maria Teresa Aquino de Campos Velho, a realizarem registro fotográfico durante as oficinas e gravação de áudio durante o grupo focal. Assim, como especificado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do projeto intitulado “A Relação Clínica e o Processo de Comunicação e Informação na Formação Médica: resgate e proposta” as imagens e os áudios serão utilizados apenas para fins acadêmicos e neste projeto, sendo apagadas após. Você não pagará nem receberá nenhum valor por isso. Este documento está em duas vias, umas das quais será entregue a você junto com o TCLE.

Santa Maria, _____ de _____ de _____.

Pesquisador responsável

Participante da pesquisa