

Percepção dos Pacientes sobre Aulas Práticas de Medicina: uma Outra Ausculta

Patients' Perception about Practical Medical Classes: Hearing Another Opinion

Geraldo Bezerra da Silva Junior^I

Renata de Paula Duarte^I

Aluizio Rocha Menezes^I

Angélica Pessoa Morais^I

Alexssandra Maia Alves^I

Elizabeth De Francesco Daher^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Semiologia;
- Clínica Médica.

KEYWORDS

- Medical Education;
- Semiology;
- General Medicine.

RESUMO

Considerando as novas diretrizes curriculares da educação médica, há necessidade de humanizar a prática médica, sendo importante discutir a relação paciente-aluno de Medicina. O objetivo deste trabalho foi avaliar as percepções dos pacientes internados em hospital-escola durante as aulas práticas do módulo de Habilidades Médicas V (Semiologia/Clínica Médica) do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza. Foi realizado um estudo transversal, com aplicação de um questionário que abordou questões socioeconômicas, diagnóstico, tempo de internação e percepções dos pacientes sobre sua participação nas aulas práticas com a presença de estudantes de Medicina. A maioria dos pacientes aceita de maneira satisfatória participar das aulas práticas e sente-se bem em ajudar os futuros médicos.

ABSTRACT

Considering the new guidelines for medical education, medical practice needs to be humanized and it is important to discuss the student doctor-patient relationship. The aim of this paper was to evaluate the opinions of patients admitted to a teaching hospital regarding their participation in medical classes (Semiology/General Medicine) of the University of Fortaleza Medicine Course. A cross-sectional study was conducted using a questionnaire with questions about social-economic aspects, diagnosis, length of hospital stay and the patients' perceptions about their participation in medical classes with student doctors. The majority of the patients accepted their participation in medical classes without misgiving and were pleased to be able to help future doctors.

Recebido em: 21/02/2013

Reencaminhado em: 22/07/2013

Reencaminhado em: 13/05/2014

Aprovado em 31/07/2014

^I Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

INTRODUÇÃO

O tratamento de uma doença pode ser inteiramente impessoal; o manejo de um paciente é obrigatoriamente pessoal.

(F. PEABODY)

As atuais Diretrizes Curriculares do Ensino Médico, que constituem os princípios gerais para a formação médica, representam um avanço na construção coletiva de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, visando adequar a formação profissional às necessidades dos serviços de saúde no Brasil. Tais diretrizes foram homologadas em 2001 pelo Conselho Nacional de Educação, tendo como eixo norteador o papel social do aparelho formador. As premissas enfatizadas nas novas diretrizes incluem: integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino, e entre conteúdos biológicos, sociais e ambientais do processo saúde-doença, além da inserção precoce e responsável dos estudantes em atividades formativas nos serviços de saúde e o estímulo à participação ativa destes na construção do conhecimento¹. No mesmo ano, é lançado o Programa de Incentivo às Mudanças nos Cursos de Medicina (Promed), fruto de uma parceria entre os ministérios da Saúde e da Educação². Este programa visa oferecer apoio técnico e financeiro às escolas médicas interessadas em desenvolver processos de alteração que levem a uma articulação com os serviços de saúde, à adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e a uma formação crítica e humanista do profissional médico².

No tocante às competências, este documento estabelece que o futuro médico precisa desenvolver “compreensão e domínio da propedêutica médica [...], capacidade reflexiva e compreensão ética e humanística da relação médico-paciente”³(p.3). A partir dessas diretrizes, coloca-se em evidência a necessidade de humanização da prática médica desde a formação profissional, o que atualmente tem sido muito salientado, tanto na imprensa leiga quanto na literatura especializada, passando também pelas instituições de ensino, Conselhos de Medicina e por decisões também das instâncias governamentais.

De acordo com essa definição, a humanização é um comportamento próprio do homem, porém influenciado pelos valores culturais praticados por uma sociedade em determinada época. Dessa forma, a disseminação e a valorização da humanização têm caminhado junto às conquistas dos direitos humanos no decorrer das últimas décadas. Entretanto, não se apresenta como um conceito homogêneo e intrínseco dos indivíduos no cuidado com o outro. Diante dessa heteroge-

neidade, essa temática vem sendo demasiadamente discutida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e das instituições de ensino e de serviços com o intuito de formar profissionais com valores humanos e de uniformizar a relação profissional de saúde-usuário.

A temática da humanização conquistou legitimidade no âmbito das discussões em saúde a partir do ano 2000 na XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), intitulada *Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde como controle social*⁴. No mesmo ano, é criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em resposta às reclamações dos usuários referentes a maus-tratos nos hospitais. Esse programa estimulava a disseminação das ideias da humanização, os diagnósticos situacionais e a promoção de ações humanizadoras de acordo com as realidades locais⁵. Nesse contexto, em 2003, o Ministério da Saúde revisou o PNHAH e lançou o Programa Nacional de Humanização (PNH), ampliando seu campo de ação para toda a rede SUS e apresentando-se, em termos de política, como um conjunto de diretrizes transversais que norteiam toda atividade institucional que envolva usuários ou profissionais da saúde, em qualquer instância de efetuação⁵. O conceito de humanização na saúde é reelaborado e descrito como:

*Uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS*⁶(p.49).

Um dos pilares para a implementação do PNH é a inserção das diretrizes da humanização nas instituições de ensino formadoras de profissionais da área da saúde. Entretanto, a implementação dessa temática na grade curricular dos cursos de nível superior da área da saúde vem ocorrendo de forma gradual e lenta. E, quando abordada, tem sido superficial e heterogênea, demonstrando que parece existir uma dificuldade comum em relacionar os temas humanísticos com a prática médica⁷. Apesar disso, as abordagens pedagógicas de ensino-aprendizagem vêm sendo construídas como ferramentas para a reintegração de habilidades perdidas pelo médico em sua trajetória histórica, permitindo alcançar como resultado a formação de profissionais como sujeitos autônomos – com competências humanas, éticas, políticas e técnicas – e dotados de conhecimento técnico, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervir em contextos de incertezas e complexidades como os da medicina atual⁸.

Para Campos e Belisário⁹, a segmentação do cuidado, a crescente especialização e a incorporação tecnológica foram os grandes responsáveis pela perda do elo ontológico da relação entre médico e paciente, baseada não apenas na técnica, mas em todo um processo comunicativo e de conhecimento que transcendia o puro e simples ato de intervir e prescrever. O ideal seria buscar um equilíbrio entre o uso dos equipamentos sofisticados de última geração e o relacionamento humano entre o profissional e o paciente. A assistência à saúde deve ir além da abordagem científica, deve ser fundamentalmente humanística, e o paciente, muitas vezes considerado apenas por sua doença, deve ser visto em seu componente social, psíquico e emocional.

Vários aspectos importantes da humanização do atendimento em saúde podem ser citados, mas gostaríamos de ressaltar aqui o diálogo entre o profissional de saúde e o paciente e/ou seus familiares, por se tratar de uma habilidade imprescindível na formação médica^{10,11}. O diálogo com os pacientes, muitas vezes, é baseado rotineiramente na exploração de sinais, sintomas e manifestações laboratoriais das doenças. Essa prática torna-se repetitiva, e os profissionais não se dão conta das peculiaridades inerentes ao encontro médico-paciente¹⁰. Na fragmentação do diálogo, a escuta não é só um ato generoso e de boa vontade, mas um imprescindível recurso técnico para o diagnóstico da enfermidade e adesão terapêutica do paciente⁷. Portanto, o diálogo é uma estratégia não dispendiosa e simples que pode ser usada em benefício do paciente e a favor do profissional médico.

A medicina é aprendida à beira do leito e não nos anfiteatros.

(WILLIAM OSLER)

A disciplina de Semiologia Médica é a introdução à fase clínica da graduação e, portanto, um dos primeiros contatos do aluno de Medicina com o paciente, considerando o currículo de ensino tradicional. Trata-se de um momento de construção de uma teoria e de uma prática capazes de preparar o aluno para o cuidado do paciente, abordando aspectos essenciais da arte médica¹².

Com isso, o objetivo principal da disciplina é treinar nos alunos de Medicina as técnicas básicas de entrevista e exame físico dos pacientes. A Semiologia proporciona também o aprendizado dos primórdios da relação médico-paciente e articula-se com todas as demais disciplinas médicas, representando um marco para o ciclo profissional do curso¹².

Os alunos necessitam adquirir habilidades que só serão passíveis de aquisição por meio de entrevistas com pacientes e exames físicos repetitivos e exaustivos. Dessa maneira, a importância do ensino médico à beira do leito é incontestável. “Não seria ensino médico sem o paciente, o melhor ensino é aquele ensinado pelo próprio paciente”.

É partir daí que se pratica a construção da aprendizagem de uma boa relação médico-paciente, um dos pilares do ensino da Semiologia e da carreira médica. A relação médico-paciente deve ser ponderada de maneira que o paciente se sinta confortável. Nunca se deve esquecer que, por trás da patologia existente, encontra-se um ser humano, com problemas, anseios e aflições, que precisa ser respeitado e principalmente assistido de forma digna e responsável¹².

Durante as aulas práticas, os pacientes expõem sua história, seu próprio corpo, passando a ser alguém que, além de receber atendimento médico, é também objeto de aprendizagem prática¹³. Segundo Claudio Ponticelli, médico italiano, “muito frequentemente é o paciente que nos ensina algo”¹⁴(p.44).

Dessa maneira, durante as aulas práticas o aluno tem um contato maior com a Semiologia Médica/Clínica Médica por meio de visitas às enfermarias, desenvolvendo habilidades de coleta de história clínica, realização de exame físico à beira do leito, relação médico-paciente, empatia, bem como discutindo os casos. Assim, ele inicia o desenvolvimento do raciocínio clínico, como preconizam as atuais diretrizes de ensino médico³.

Por considerarmos o ensino médico essencialmente prático, é imprescindível que, durante sua formação, o estudante interaja com pacientes e usuários, e pratique a humanização, observando como fazem os professores, aprendendo e modelando sua relação com o paciente quando estiver formado¹⁶.

Com isso, saber o que pensam e sentem os pacientes a respeito de seu contato com os alunos e profissionais é necessário na formulação das atividades práticas desenvolvidas pelas escolas médicas. Além disso, é importante também para aumentar os conhecimentos na área de educação médica, com ênfase na disciplina de Semiologia Médica, e embasar possíveis melhorias nesse ramo, fortalecendo as diretrizes de ensino, que estabelecem que o curso de graduação deve desenvolver a capacidade reflexiva e a compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente³. Assim, desde o início da formação, a humanização no atendimento se torna a base de um profissional médico mais atencioso com o ser humano que está no papel de paciente.

Tendo em vista essas considerações e as discussões entre os monitores e o professor responsável pelas atividades desenvolvidas, o presente estudo tem como objetivo avaliar as opiniões dos pacientes durante as aulas práticas reali-

zadas com alunos do quinto semestre/período no módulo de Habilidades Médicas V (Semiologia/Clínica Médica) do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (Unifor), que ocorreram no Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara (HGWA).

MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho é um projeto de estudo transversal mediante uma entrevista direta realizada pelos monitores da disciplina após as aulas práticas, com base em um questionário previamente estruturado, com perguntas simples, diretas e objetivas. Algumas frases ou depoimentos dos pacientes também foram considerados. O estudo foi realizado durante os períodos letivos 2012.1 e 2012.2. Apresentamos aqui os resultados do período letivo de 2012. A pesquisa tem como critérios de inclusão os pacientes internados na enfermaria de Clínica Médica do HGWA que concordaram em participar das aulas práticas e em responder ao questionário de forma livre e espontânea. Inicialmente, os pacientes foram selecionados de acordo com o seu diagnóstico inicial e com a presença de achados no exame físico. Os diagnósticos inclusos foram aqueles abordados no quinto semestre/período do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza, englobando principalmente afecções gastrointestinais, hematológicas e infecciosas.

As entrevistas foram realizadas após as aulas práticas do módulo de Habilidades Médicas V do curso de Medicina da Unifor, por meio de um questionário, adaptado de Menéndez *et al.*¹³ (Anexo). As aulas ocorreram no Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara, em Fortaleza, Ceará. Os dados da pesquisa foram compilados e armazenados em um banco de dados construído no programa Microsoft Excel 2007. A análise dos dados também foi realizada no mesmo programa. O estudo atendeu aos critérios estabelecidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição.

RESULTADOS

Foram entrevistados 131 pacientes, com média de idade de $48,4 \pm 17,1$ anos (variação 16-87 anos), sendo 53,4% do sexo feminino. Os níveis de instrução eram: analfabetos: 21 (16%); ensino fundamental: 61 (46,5%); ensino médio: 45 (34,5%); ensino superior: 4 (3%). A renda média era de R\$ 781 ± 873 (variação de R\$ 0-7.000).

As causas da internação foram: trombose venosa profunda/embolia pulmonar: 15 (11%); insuficiência renal/infecção urinária: 18 (13,7%); hepatopatias/cirrose hepática: 16 (12,2%); coeli-

tíase/colelitíase: 10 (7,6%); pancreatite aguda: 9 (6,8%); acidente vascular encefálico: 7 (5,3%); insuficiência cardíaca: 7 (5,3%); pneumonia/doença pulmonar obstrutiva crônica: 5 (3,8%); dengue: 5 (3,8%); neoplasias: 4 (3%); hemorragia digestiva: 4 (3%); celulite/erisipela: 3 (2,2%); litíase renal; 2 (1,5%); lúpus/artrite: 2 (1,5%); anemias: 2 (1,5%); diagnósticos ainda não esclarecidos: 37 (28,2%). O tempo médio de internação no momento da entrevista foi de 11 ± 16 dias (variação 1-120 dias), sendo o tempo de espera em hospital de emergência para a transferência ao hospital-escola de 2 ± 8 dias (variação de 0-90 dias).

Com relação às respostas do questionário, observamos que a maioria dos pacientes (93,8%) não havia sido informada de que o hospital no qual estavam sendo internados era um hospital-escola, e 85 pacientes (64,8%) não sabiam o que é um hospital-escola. A maioria dos pacientes (77 – 58,7%) referiu contato com 1 a 5 estudantes de Medicina durante a internação atual, 32 (24,4%) referiram contato com 5 a 10 estudantes, e 12 (9,1%) com mais de 10. Apenas 12 pacientes (9,1%) referiram ficar incomodados quando eram solicitados a participar de aulas práticas. A maioria (66,4%) dos pacientes referiu ser informada de que não haveria problema caso não se sentisse à vontade para participar das aulas práticas, e 88 (67,1%) referiram que mencionariam aos estudantes caso se sentissem indispostos durante a realização das aulas práticas. Ao serem abordados pelos estudantes, 107 pacientes (81,6%) mencionaram que todas as vezes foram informados pelos estudantes que estes estavam no início do aprendizado médico prático, enquanto 9 (6,8%) foram informados a grande maioria das vezes, 13 (9,9%) foram informados poucas vezes, e 2 (1,5%) referiram que nenhuma vez foram informados. Quase todos os pacientes (99,2%) referiram que os estudantes realizaram a anamnese e o exame físico de forma respeitosa. Quando indagados sobre a preferência de serem examinados pelos alunos apenas quando acompanhados pelo médico assistente ou pelo professor, a maioria (74,8%) mostrou-se indiferente, sendo que 25 (19%) referiram preferir ser examinados pelos estudantes na presença do médico e 8 (6,2%) apenas pelos estudantes, sem a presença do médico ou professor. Com referência à questão sobre os benefícios de participar de aulas práticas, 118 (90%) referiram achar benéfica a sua participação, sendo que a principal justificativa foi a satisfação pessoal em ajudar os estudantes (64,10%). Os outros motivos que justificaram o benefício da participação nas aulas práticas estão mostrados na Tabela 1.

Apenas três pacientes (2,2%) consideraram a participação em alguma atividade prática com estudantes de Medicina uma má experiência, mas não quiseram detalhar a situação-problema. A maioria dos entrevistados 128 (97,7%) considerou que os

estudantes de Medicina estavam realmente interessados em seu bem-estar e saúde durante a anamnese e o exame físico. Os principais problemas referidos pelos pacientes como um malefício durante a participação das aulas práticas foram o tipo de doença apresentado no momento (8,3%) e o fato de ter que ser visto e/ou examinado por muitos estudantes (8,3%), conforme sumarizado na Tabela 2.

TABELA 1

Principais ganhos apontados pelos pacientes em participar das aulas práticas do curso de Medicina

Ganhos	n	%
Satisfação pessoal em ajudar (ajudar na formação médica/contribuir para a ciência)	84	64,1
Sentir-se como um facilitador de futuros médicos	73	55,7
Aprender mais sobre a sua doença	56	42,7
Achar que o atendimento e o tratamento são feitos com maior atenção	49	37,4
Sentir-se mais seguro com relação ao diagnóstico e ao tratamento	42	32

TABELA 2

Principais problemas referidos pelos pacientes durante a participação nas aulas práticas do curso de Medicina

Problemas	n	%
Não vê nenhum problema	102	77,8
Tipo de sua doença (não possui condições físicas para ajudar)	11	8,3
Ter que ser visto/examinado por muitos estudantes	11	8,3
Vergonha	8	6,1
Medo de agravar sua doença	5	3,8

A maioria dos pacientes (75%) referiu ser necessária a solicitação de seu consentimento por parte do professor e dos alunos antes de ser examinada. Destes, 92% referiram que o consentimento deve ser oral, e 10% referiram que deveria ser por escrito. Com relação ao entendimento das perguntas feitas pelos estudantes, 118 (90%) referiram que compreenderam tudo, e 73 (55,7%) tiveram suas dúvidas adequadamente esclarecidas pelos estudantes.

Ao ser abordada sobre como se sentia durante as aulas práticas, a maioria dos entrevistados referiu sentir-se bem (67%). A seguir, estão algumas das falas dos pacientes durante a entrevista:

“Eu acho muito bom, porque estou ajudando eles e serve pra gente também, é muito importante também”.

“Eu me sinto normal, eu concordo, porque é o ideal de vocês”.

“Foi bom, uma conversa não é nada de ruim, vocês estão fazendo o trabalho de vocês”.

“Eu acho bom, porque eu adquiro experiência pra mim e para eles que estão no caminho”.

“Eu me sinto feliz, converso e ajudo na orientação das pessoas. Eu acho muito importante o trabalho de vocês e gosto de ajudar”.

“Eu me sinto bem, acho fundamental, pois eles estão estudando meu caso”.

“Eu me sinto bem. É bom saber. É bom ouvir”.

“Gostei muito, pois eles me ensinaram muito”.

“Me sinto contribuindo para a evolução da medicina e da saúde”.

“Me sinto tão bem, pois eles estão aprendendo para melhorar nossa saúde”.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados neste trabalho não devem ser vistos apenas na ótica da epidemiologia, uma vez que se trata da avaliação estabelecida entre dois seres humanos à beira de um leito hospitalar. Na análise do discurso dos pacientes, deve-se considerar o fato de estarem internados, sujeitos a uma forte restrição de sua capacidade de autonomia, o que pode ter gerado um viés em suas respostas. É importante que o estudante de Medicina aprenda, desde os primeiros anos do curso médico, que o atendimento deve obrigatoriamente ser humanizado, pois o paciente é um ser humano que está, na maioria das vezes, em um momento de sofrimento e que requer a nossa atenção para, no mínimo, aliviarmos este sofrimento. Humanizar. Segundo Carl Rogers, teórico da linha humanista da Psicologia, é importante saber ouvir o paciente: “atribuo um enorme valor ao fato de poder me permitir compreender uma outra pessoa”¹⁵(p.21). A abertura de “canais de comunicação” entre o estudante e o paciente é fundamental para o bom atendimento médico – “reduzir as barreiras entre os outros e mim, para que eles possam, se assim o desejarem, revelar-se mais profundamente”¹⁵(p.22). Gulinelli *et al.* observaram que mais de 90% dos sujeitos internados em hospital universitário desejavam receber informações de patologias graves, como câncer ou aids, e que mais de 75% desejavam que suas famílias fossem informadas. Os autores concluíram que informar pacientes e familiares sobre seus diagnósticos e opções terapêuticas é uma habilidade e atitude que deve ser enfatizada na formação médica¹⁶. Um grande clínico geral do Estado do Ceará, Dr. Otho Leal Nogueira¹⁷, aconselha:

Cultivem o senso de humor e o verdadeiro sentido da humildade. Um rei da Antiguidade adoeceu e, após esgotada a opinião dos mais renomados médicos, resolveram pedir avaliação de um humilde médico que só tratava indigentes. Ao entrar no palácio foi advertido de que iria tratar do rei do seu país. Com a voz leve de um sábio, respondeu: "Não se preocupem. Eu trato meus indigentes como se fossem reis. (p.1)

A grande maioria dos pacientes entrevistados não sabia o significado de um hospital-escola. Apenas 12,5% dos pacientes referiram ficar incomodados quando eram solicitados a participar de aulas práticas. Encontramos que 68,7% referiram ter sido informados de que não haveria problema caso não se sentissem à vontade para participar das aulas práticas, porém 33% da amostra referiram que não mencionariam aos estudantes caso se sentissem indispostos durante a realização das aulas práticas. Essas questões, apesar de distintas, podem ser relacionadas às condições socioeconômicas e ao grau de instrução da maioria dos pacientes.

Além disso, segundo Boulos¹⁸, o treinamento médico envolve não só a aquisição de novos conhecimentos, mas também a compreensão de regras sobre sentimentos, erros e manuseio de nossas falhas. O autor alerta para o risco de investir tempo e energia na transmissão do conhecimento médico, sempre crescente, e desencorajar o aprendizado humanístico da relação médico-paciente. Este último seria fruto da modelagem cotidiana nos cenários de ensino¹⁸.

Quando um estudante inicia suas atividades no hospital, muitas dúvidas surgem, além da insegurança, que se reflete na relação entre estudante e paciente. Visualizamos essa situação quando 9% dos pacientes relataram que foram poucas vezes informados de que seriam examinados por estudantes ou até mesmo quando 70% referem ser necessária a solicitação de seu consentimento por parte do professor. As avaliações dos pacientes foram bastante positivas, mas é possível que sentimentos de satisfação pessoal em ajudar os estudantes na sua formação, além de sentimentos de gratidão pelo atendimento, levem a superar situações desagradáveis às quais os pacientes foram expostos. Apenas três deles relataram má experiência anterior e não quiseram contar detalhes da situação. Além disso, todos os 64 pacientes informaram que os estudantes realizaram a anamnese de maneira respeitosa, refletindo a postura correta adotada pelos estudantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação dos pacientes internados em hospital-escola é de fundamental importância para a formação médica, sendo um dos principais meios de aprender a medicina atual. A maio-

ria dos pacientes aceita de maneira satisfatória participar das aulas práticas e sente-se bem em contribuir para a formação de futuros médicos. Além disso, fica evidente também a importância de os acadêmicos tratarem os pacientes de maneira respeitosa e empática, sempre solicitando autorização para participação das aulas e conduzindo a anamnese e o exame físico de maneira a fazer com que o paciente se sinta confortável. Trata-se de uma forma simples, porém de grande valor para um atendimento mais humanizado pelo futuro profissional, sem nunca desconsiderar que todo ser humano tem sua dor, seu sofrimento, dentro da singularidade particular de cada um.

As qualidades de um excelente profissional médico são cultivadas desde o princípio do processo de aprendizagem, e a interação precoce com os pacientes proporciona o desenvolvimento dessas habilidades tão exigidas pela sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira MI. As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2009; 33 (2): 262-270.
2. Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2008;32(3):333-345.
3. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.
4. Benevides R, Passos E. Humanização em saúde: um novo modismo? *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2005; 9(17):389-394.
5. Rios IC. Humanização: A Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas em Saúde. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2009; 33 (2): 253-261.
6. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília; 2006.
7. Rios IC, Lopes JÁ, Kaufman A, Vieira JE, Scanavino MT, Oliveira RA. A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP – um caminho para o ensino. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2008;32(1):112-121.
8. Zanolli M. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: Marins JN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2004.

9. De Campos FE, Belisário SA. O Programa Saúde da Família e os Desafios para a Formação Profissional e a Educação Continuada. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2001; 9.
10. Coelho Filho JM. Relação medico-paciente: a essência perdida. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2007;11(23).
11. Grosseman S, Patrício ZM. A Relação médico-paciente e o Cuidado Humano: Subsídios para Promoção da Educação Médica. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2044;28(2):99-105.
12. Muñoz RLS, Silva IBA, Maroja JLS. Experiência do Estudante de Semiologia Médica em Aulas Práticas com o Paciente à Beira do Leito. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2011; 35:376-381.
13. Menéndez DFS, Azevedo MH, P aiva AFA, Sousa RL, Silva IBA, Maroja JLS. Percepção do paciente na interação com o aluno de semiologia médica: Proposta para questionário estruturado de observação. X Encontro de Iniciação à docência, UFPB, 2008. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/IXEnex/iniciacao/documentos/anais/6.SAUDE/6CCSDMIMT09.pdf>. [capturado em: 19 mar 2012].
14. Piccoli GB, Richiero G, Cattaneo G. *Album – Portraits of pioneers*. Turin: Tipolito Melli; 2012. Disponível em: http://www.era-edta.org/images/Album_Portrait_of_Pioneers.pdf
15. Rogers CR. *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
16. Gulinelli A, Aisawa RK, Konno SN, Morinaga CV, Costardi WL, Antonio RO, Dumarco RB, Moino RM, Katz M, Giavarotti S, Skarbnik APZ, Forcione CS, Chiba T, Martins MA. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um Hospital Universitário. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2004; 50: 41-47.
17. Nogueira JO. Conselhos aos jovens médicos. Disponível em: <http://www.medicinaclinica.ufc.br/index.php/blog-dos-mestres/3-conselhos-aos-jovens-medicos.html>
18. Boulos M. Relação Médico-Paciente: o ponto de vista do clínico In: Marcondes E, Gonçalves EL, org. *Educação Médica*. São Paulo: Savier; 1998. p. 50-7.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Desenho do estudo e realização das entrevistas: GBSJ, RPD, ARM, APM, AMA Preparo do manuscrito: GBSJ, RPD, APM, EFD Revisão do manuscrito: GBSJ, EFD

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses envolvendo este trabalho.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Geraldo Bezerra da Silva Junior
Universidade de Fortaleza
Coordenação do Curso de Medicina, Núcleo de Atenção Médica Integrada
Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhães, 221 – 3º andar
Edson Queiroz – Fortaleza
CEP 60811-690 – CE
E-mail: geraldobezerra jr@yahoo.com.br