

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS)
Escola de Medicina e Cirurgia (EMC)

Trabalho de Conclusão de Curso

A AULA PRÁTICA E AS QUESTÕES BIOÉTICAS: PERCEPÇÃO DE PACIENTES E ALUNOS DE MEDICINA

Aluno: Eduardo Torres Tavela

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Henrique de Oliveira Botti

Rio de Janeiro

AGOSTO/2024

EDUARDO TORRES TAVELA

**A AULA PRÁTICA E AS QUESTÕES BIOÉTICAS: PERCEPÇÕES DE
PACIENTES E ALUNOS DE MEDICINA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Medicina e
Cirurgia da Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) para a
obtenção do grau de Bacharel em
Medicina.

Orientação: Prof. Dr. Sergio Henrique de
Oliveira Botti

Rio de Janeiro

JULHO/2024

EDUARDO TORRES TAVELA

**A AULA PRÁTICA E AS QUESTÕES BIOÉTICAS: PERCEPÇÕES DE
PACIENTES E ALUNOS DE MEDICINA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Medicina e
Cirurgia da Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) para a
obtenção do grau de Bacharel em
Medicina.

Data de aprovação:

BANCA EXAMINADORA

Prof Dr. Sérgio Henrique de Oliveira Botti (Orientador)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Profª Dr. Terezinha de Souza Agra Belmonte
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Profª Dr. Ana Paula Cassetta
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

RESUMO

A semiologia médica é uma Disciplina fundamental no currículo médico, na qual o discente tem seus primeiros contatos com a prática de cuidar do outro. Diversas questões bioéticas relacionadas à Disciplina têm sido, no entanto, identificadas em diversas pesquisas anteriores. O presente estudo, observacional, transversal, analítico, de natureza qualitativa, será realizado por meio de entrevista semiestruturada com 12 pacientes das enfermarias do Hospital Universitário Gafreé e Guinle e 12 alunos que já concluíram as Disciplinas de Semiologia e Propedêutica do adulto I e II. Foi pensado com o objetivo de identificar questões bioéticas nas aulas práticas de medicina e a percepção dos alunos e pacientes sobre esse tema, estimulando investigações futuras sobre o tema. A análise de conteúdo de Bardin foi utilizada nas entrevistas, que resultou em categorias baseadas em princípios bioéticos e temas recorrentes na literatura. Resultados e discussão: os pacientes e estudantes consideraram que as aulas práticas trazem benefícios, como maior atenção oferecida ao paciente e a sensação de estar fazendo o bem, ao contribuir com a formação médica, mas também reconheceram que há situações em que os pacientes podem sofrer incômodo, constrangimento, ter sua autonomia prejudicada. Ainda, os entrevistados apontaram que profissionalismo, número de estudantes no leito e seu bem-estar no momento da aula prática são fatores importantes para o paciente no momento da aula prática.

palavras-chave: Semiologia. Bioética. Ensino à beira-do-leito. Educação médica. Pacientes.

ABSTRACT

Semiology is a fundamental discipline in the medical curriculum, in which the student has his first contacts with the practice of caring for others. Several bioethical issues related to the Discipline have, however, been identified in several previous researches. The present observational, cross-sectional, analytical, qualitative study will be carried out through semi-structured interviews with 12 patients from the wards of the Gafreé and Guinle University Hospital and 12 students who have already completed the Disciplines of Semiology and Propedeutics of adult I and II. It was designed with the objective of identifying bioethical issues in practical medical classes and the perception of students and patients on this topic. It was designed with the objective of identifying bioethical issues in practical medical classes and the perception of students and patients on this topic, stimulating future research on the subject. Bardin's content analysis was used in the interviews, which resulted in categories based on bioethical principles and recurring themes in the literature. Results and discussion: patients and students consider that practical classes bring benefits, such as greater attention offered to the patient and the feeling of doing good, by contributing to medical training, but they also recognized that there are situations in which patients can suffer discomfort, embarrassment, and have their autonomy impaired. In addition, the interviewees pointed out that professionalism, number of students in bed and their well-being at the time of the practical class are important factors for the patient at the time of the practical class.

Key words: Semiology. Bioethics. Bedside teaching. Medical education. Patients.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo geral	9
2.2 Objetivos específicos	9
3 JUSTIFICATIVA.....	10
4 METODOLOGIA	11
4.1 Desenho do estudo	11
4.2 Escolha dos participantes.....	11
4.3 Critérios de inclusão e exclusão	11
4.4 Coleta de dados	12
4.5 Metodologia de análise de dados.....	12
4.6 Aspectos éticos	15
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
5.1 Apresentação dos códigos e categorias.....	16
5.2 Satisfação dos pacientes no contato com estudantes.....	17
5.2.1 Experiências positivas.....	18
5.2.1.1 Contribuir com a formação médica.....	18
5.2.1.2 Maior atenção oferecida ao paciente.....	18
5.2.2 Experiências negativas.....	20
5.3 Fatores que influenciam na percepção dos pacientes sobre as aulas práticas...24	
5.3.1 Intrínsecos ao paciente.....	24
5.3.2 Extrínsecos ao paciente	25
5.3.2.1 Profissionalismo	25
5.3.2.2 Número de alunos no leito.....	26
5.3.2.4 Sexo dos alunos.....	28
5.3 Respeito à Autonomia	28
5.3.1 Importância do consentimento explícito.....	29
5.3.2 Consentimento presumido	31
5.3.3 Submissão aos interesses acadêmicos	33
6 CONCLUSÃO	35
7 CRONOGRAMA	36
8 ORÇAMENTO	37
REFERÊNCIAS	
APÊNDICE A – Roteiro das entrevistas	
ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido	

1 INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN) foram criadas com a finalidade de criar condições e regras que vão permitir uma formação médica para formar o profissional do século XXI.¹ O perfil do graduado, segundo as DCN, deve ser o de um médico com formação generalista, ética, humanista e crítica.^{1,2} Este profissional deve estar preparado para atender às necessidades da população nos diferentes níveis de atenção, de acordo com os princípios de cidadania e da dignidade humana.^{1,2}

O ensino médico tem a disciplina de Semiologia como um ponto crucial no processo de profissionalização do estudante.³ É por meio das aulas práticas dessa Disciplina que, o futuro médico tem a oportunidade de conhecer pessoas que possuem condições de doença anteriormente apresentadas na sala de aula. Essas condições são apresentadas conjuntamente com as técnicas de entrevista, anamnese e exame físico, que são etapas complementares e constituintes do método clínico.^{4,5,6}

A entrevista inicia o método clínico por meio de técnicas e perguntas que permitem a fala livre do indivíduo sobre os múltiplos aspectos e determinantes de sua história e sua doença, suas inquietações e sua trajetória no sistema de saúde, permitindo maior compreensão da pessoa atendida.^{6,7} Tal etapa não exige apenas o raciocínio clínico, mas também o preparo do médico na utilização da linguagem e da proxêmica a favor do paciente.^{6,8}

Dá-se, em seguida, o papel do médico de interpretar o que foi obtido, o que vai possibilitar a redação da anamnese e do relato do caso.⁶ A anamnese é a escrita da história em formato documental, portanto com a função de documentar. No relato do caso utiliza-se termos apropriados do ponto de vista científico e organizados em um raciocínio direcionado e roteirizado, de forma a guiar o médico na escolha de manobras de exame físico condizentes com as queixas do paciente.^{6,7}

Os alunos são estimulados a acompanhar as pessoas atendidas, porém as atividades práticas são desenvolvidas com encontros pontuais entre professor, estudante e paciente.^{3,4} É nesse contexto que são construídas as primeiras interações com a pessoa doente, que compartilha sua história e dispõe seu corpo como recurso de ensinagem⁹, enquanto recebe a atenção à saúde.^{4,10}

Um detalhe importante na educação médica é que o paciente também participa da relação entre professor e aluno, como um terceiro elemento.^{4,11} Este terceiro elemento que está em sofrimento e, assim como os outros dois, tem suas próprias funções, expectativas e apreensões diante da posição em que se encontram, que devem ser respeitadas e consideradas.^{4,11} Problemas éticos, que devem ser identificados e levados ao debate, podem surgir nesse conflito de interesses entre os que querem ensinar, os que querem aprender e os que querem receber o cuidado à saúde⁴.

Os quatro princípios da bioética fundamentados por Beauchamp e Childress incluem a **autonomia**, que prega o respeito pela racionalidade e escolha; a **beneficência**, cujo benefício da ação é a prioridade; a **não maleficência**, que visa evitar fazer mal e a **justiça**, baseada em garantir o acesso à saúde por todos de forma equivalente.¹² Estes princípios são relevantes para todas as áreas da medicina, incluindo as envolvidas na educação médica. No entanto, o ensino à beira do leito, apesar dos claros benefícios para a aquisição de competências médicas, nem sempre é bem recebido pelos usuários dos sistemas de saúde, o que corrobora com achados de que tais princípios nem sempre são respeitados.^{13,14}

Um estudo em um hospital paquistanês mostrou que, embora houvesse uma recepção majoritariamente positiva aos estudantes, parte dos pacientes reportou que tiveram a sua consulta prejudicada, tanto pelas interferências motivadas pela presença dos alunos, como pela ausência de privacidade e pelo prolongamento do atendimento em razão da aula.¹⁵

Dentre os dilemas éticos e dificuldades relatados por estudantes no aprendizado médico em estudos anteriores, foram relatadas inseguranças diante da incapacidade de tratar o paciente. Assim, havia, entre os estudantes, o medo de estar tornando o paciente um objeto de aprendizado sem oferecer uma troca justa.^{3,4} Além disso, alguns alunos não se sentiram à vontade ao realizar as manobras do exame físico e as técnicas de entrevistas adotadas, que poderiam deixar o paciente aborrecido ou constrangido.¹⁶

A abordagem constante ao paciente na rotina das enfermarias pode causar receio na revelação de dados durante a entrevista médica e é um dos motivos comuns para a recusa de encontro com os estudantes^{5,9,10,17} O roteiro estruturado para a formulação da anamnese, que prescinde de abranger as melhores técnicas de entrevista, desencadeia-se de maneira automatizada, na busca de informações sobre

múltiplos sistemas corporais, com numerosas perguntas sem relação com as questões da pessoa atendida.^{5,7} Essa abordagem, associada a um encontro em um único momento, permite conhecer muito pouco sobre a pessoa, o seu caminho no sistema de saúde e o seu agravo, dificultando a criação de um vínculo.^{7,18}

A bioética possui como uma de suas influências a ética de Immanuel Kant, na qual uma pessoa não deveria ser utilizada como uma ferramenta para se atingir um objetivo, sem ter seu “valor intrínseco”, como ser dotado de racionalidade, respeitado.^{12,19} Nesse sentido, há certa preocupação quanto à estudantes atuando próximo e em benefício da pessoa doente, visto que, caso essa prática traga desconfortos ou danos, esta pessoa estaria sendo tratada apenas como meio para o aprendizado, um “objeto de estudo”, visto que, apesar dos médicos e alunos terem vontade de ajudar a pessoa, esta poderia receber apenas o atendimento pelo profissional, sem riscos maiores.¹⁹

Dessa forma, há várias questões que poderiam ser problematizadas como questões éticas relativas à forma como os estudantes estão aprendendo a medicina, no corpo e na vida de uma pessoa em sofrimento. No entanto, não foram encontrados estudos que reuniram e analisaram as posturas envolvidas no processo de ensinagem⁹ da medicina em relação aos preceitos éticos. Tal discussão permitiria entender o respeito à autonomia, e a não maleficência desenvolvidos durante o curso de medicina.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Identificar questões bioéticas nas relações entre estudantes de medicina e pacientes durante as aulas práticas da disciplina de Semiologia I e II nas enfermarias e ambulatórios do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) da UNIRIO.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar a percepção dos alunos sobre as questões bioéticas envolvidas no processo de ensinagem⁹ da medicina.

Identificar a percepção dos pacientes sobre as questões bioéticas envolvidas no processo de ensinagem⁹ da medicina.

3.JUSTIFICATIVA

A autonomia, a não-maleficência são princípios que devem ser respeitados durante as atividades do ensino médico e a metodologia de ensino deve se preocupar com essa questão. Soma-se a isso, o fato de que, além do conhecimento da clínica, o treinamento da comunicação e a incorporação de valores moldados em preceitos éticos e legais são também ferramentas fundamentais para que o médico alcance o profissionalismo.^{20,21}

Dessa forma, as posturas adotadas nas aulas práticas são concordantes com o que é recomendado para a formação médica? A presente pesquisa buscará compreender como se desenvolvem os princípios bioéticos e os fundamentos e normas preconizados pelas DCN, durante o uso do corpo e da história da pessoa (paciente) como ferramenta de ensinagem⁹.

Paciente e estudante desempenham um importante papel no aprimoramento do currículo médico e há, por isso, a necessidade de considerar as suas perspectivas quanto ao processo de ensino.⁴ A análise das concepções destes dois elementos importantes na pedagogia médica tem o potencial de identificar os preceitos éticos aplicados no cotidiano das aulas práticas de medicina. Com isso, futuras investigações sobre o tema podem ser estimuladas, visando a implementação de alternativas e ferramentas que minimizem os possíveis danos às pessoas em sofrimento.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DE ESTUDO

Foi feito um estudo observacional, transversal, descritiva, de natureza qualitativa. A abordagem qualitativa foi a escolhida para identificar a percepção de pacientes e alunos de medicina pois se concentra nos motivos, valores, a cerca de um tema, identificando padrões em como um seletivo grupo de pessoas, com similaridades, tem sua experiência de vida afetada por certos processos, relações e fenômenos que não poderiam ser facilmente quantificados.^{22,23}

Dessa forma, a escolha visa uma compreensão mais profunda de como as pessoas envolvidas nessa relação paciente-aluno pensam e são afetados pela necessidade de usar o corpo da pessoa doente para o aprendizado, comparando o conhecimento teórico sobre o tema com o que é encontrado ao explorar a subjetividade.^{22,23}

4.2 ESCOLHA DOS PARTICIPANTES

A população estudada foi de 12 alunos matriculados nas disciplinas de Semiologia I e II da EMC-UNIRIO e 12 pacientes internados nas enfermarias ou atendidos nos ambulatórios do HUGG que preencherem os critérios de inclusão e aceitarem, de forma espontânea, participar da pesquisa. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e convidados, no interior do HUGG, durante o intervalo das aulas. A todos foi explicado detalhadamente o termo de consentimento livre e esclarecido, com posterior assinatura voluntária.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios para a inclusão dos alunos na pesquisa são estar devidamente matriculados no curso de medicina da Unirio e terem concluído as disciplinas de Semiologia e Propedêutica do Adulto I e II e a assinatura do termo de consentimento.

Os critérios de inclusão dos pacientes serão a idade maior que 18 anos e já terem sido abordados por estudantes de medicina para atividades práticas de semiologia nas enfermarias e ambulatórios do HUGG, desde que aceitem assinar o termo de consentimento.

O critério de exclusão dos alunos é ter cursado remotamente as duas disciplinas durante o período de 2020.1 a 2021.2, em virtude da pandemia da Covid-19.

O critério de exclusão dos pacientes será a presença de condições clínicas que dificultem que estes expressem, sem o auxílio de terceiros e com autenticidade, a sua vontade.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista direta, semiestruturada, que será constituída de perguntas abertas, nas enfermarias e ambulatórios do HUGG. Por meio da entrevista, obtemos do entrevistado suas vivências e seu pensamento sobre determinado assunto, explorando, dessa forma, a linguagem e a subjetividade para a obtenção de significado.²⁴

As entrevistas tiveram tempo estimado de 10 minutos para sua realização. O seu conteúdo foi armazenado em formato de áudio e, posteriormente transcrito para análise. A pergunta inicial, que direcionou o conteúdo das entrevistas foi: Você acredita ser um problema, vários alunos aprenderem a fazer exame físico, anamnese, expondo a pessoa que já está sofrendo à manobras e perguntas repetitivas? As perguntas seguintes foram feitas de acordo com os roteiros e as respostas dos entrevistados, abordando temas como constrangimento, consentimento, benefícios aos pacientes e aos alunos. O roteiro da entrevista foi dividido em dois grupos, um referente aos estudantes (1) e outro para os pacientes (2), que estão disponíveis na seção anexo A.

4.5 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

O método de análise para a pesquisa foi o proposto por Bardin²⁴. A autora define a análise de conteúdo como:

“[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”²⁴

Esse método inicia com a etapa da pré-análise, na qual as entrevistas foram organizadas e transcritas digitalmente, enquanto foram feitas leituras gerais dos textos, gerando assim, impressões iniciais sobre o material.²⁴

Seguiu-se então, com a fase de exploração do material, na qual os textos são divididos em unidades de registro, que são partes do texto capazes de extrair do conteúdo expresso na mensagem, aquilo que é importante para a resposta da pesquisa.^{24,25} Com isso, os principais trechos das entrevistas que mantinham relação com a questão de pesquisa foram reorganizados em um processo denominado codificação que, Segundo Bardin(2016):

“A codificação corresponde a uma transformação - efetuada segundo regras precisas - dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto”[....]²⁴

A codificação teve início após repetidas leituras das entrevistas e identificação de possíveis temas que se repetiam nas transcrições e que foram observados durante a revisão de literatura. As unidades de registro foram destacadas e agrupadas em cores diferentes, em meio digital, quando percebida sua potencialidade em cumprir com os objetivos determinados previamente nesta pesquisa.

Ainda na fase de exploração do material, foram criadas categorias. Para Bardin(2016), categorizar é:

“As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico[...] Tem como principal objetivo[...] fornecer uma representação simplificada dos dados brutos.”²⁴

As categorias foram compostas por códigos que compartilham características semelhantes e revisadas de acordo com as regras da análise de conteúdo.²⁴ Para se entender a visão dos entrevistados sobre as questões éticas que surgem da interação paciente-aluno, as categorias foram pensadas com o propósito de ver como três dos princípios bioéticos, fundamentados por Beauchamp e Childress, a autonomia, a

beneficência e a não-maleficência, que possuem relação íntima com os direitos dos pacientes, são praticados durante as aulas práticas da medicina.^{12,26}

A primeira categoria, (1) experiência dos pacientes com o contato com os estudantes, foi parcialmente inspirada pela beneficência e não-maleficência e por artigos que exploraram a satisfação dos pacientes nessa interação. Foi subdividida em duas subcategorias: experiências positivas e negativas. A segunda, (2) respeito à autonomia, explora a capacidade de escolhas do paciente sobre o seu cuidado. A terceira, (3) fatores que influenciam na percepção do paciente sobre as aulas práticas, foi dividida em fatores intrínsecos, relacionados ao próprio paciente e extrínsecos, relacionados à dinâmica de atendimento e ensinagem⁹. Uma descrição mais aprofundada das categorias está disposta na seção de resultados e discussão.

A terceira etapa foi o tratamento dos resultados, no qual os dados obtidos com a pesquisa foram comparados com a literatura, para se concluir a análise qualitativa e cumprir com os objetivos da pesquisa.²⁵

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa-HUGG. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) caso concordaram em participar da pesquisa. Em seguida, receberam em mãos uma via original do TCLE, rubricada e assinada em todas as páginas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 APRESENTAÇÃO DOS CÓDIGOS E CATEGORIAS

Os dados obtidos foram divididos em 3 categorias: satisfação dos pacientes com o contato com os estudantes, respeito à autonomia e fatores que influenciam na percepção do paciente sobre as aulas práticas. As 24 entrevistas foram separadas em dois conjuntos: alunos (A) e pacientes (P), cujos entrevistados foram numerados de (1) a (12).

Do conteúdo das entrevistas, surgiram os códigos, que aqui estão apresentados em ordem decrescente de suas frequências: estado fisiológico e psicológico do paciente (13), contribuir com a formação médica (11), profissionalismo (9), maior atenção oferecida ao paciente (10), incômodo (7), número de alunos no leito (7), Importância do consentimento explícito (5), consentimento presumido (5), submissão aos interesses acadêmicos (4), constrangimento (3), sexo dos alunos (1). A frequência dos códigos representa o número de entrevistas no qual determinado tema ficou evidente.

Após a codificação, percebeu-se certa semelhança temática entre as questões levantadas pelos entrevistados acerca da interação paciente-aluno e as questões levantadas pelo referencial teórico. Tais códigos representam temas pertinentes aos princípios bioéticos de beneficência e não-maleficência e autonomia. Posteriormente, as categorias foram distribuídas em tópicos, do **tópico 5.2** ao **tópico 5.4**, nos quais os resultados serão discutidos dentro desta seção, com exposição dos trechos das entrevistas e interpretação dos resultados, com o embasamento teórico.

O processo de categorização então, se seguiu por meio de um procedimento lógico e contínuo às leituras e reflexão das entrevistas, com a inspiração em uma espécie de sequência lógica, em que primeiro se identificou a situação-problema e, posteriormente, percebemos que parte dos códigos se apresentavam como aspecto importante para solução da situação-problema.

As categorias resultantes da classificação dos códigos estão dispostas no quadro 1, disponível abaixo.

Quadro 1 – Categorização.

Categorias	Subcategorias	Códigos
Satisfação dos pacientes no contato com estudantes	Experiências positivas	Contribuir com a formação médica(11)
		Maior atenção oferecida ao paciente(10)
	Experiências negativas	Incômodo(7)
		Constrangimento(2)
Fatores que influenciam na percepção dos pacientes sobre as aulas práticas	Intrínsecos ao paciente	Estado fisiológico e psicológico(13)
	Extrínsecos ao paciente	Profissionalismo(9)
		Número de alunos no leito(7)
		Sexo dos alunos(1)
Respeito à autonomia	Importância do Consentimento explícito(5)	
	Consentimento presumido (5)	
	Submissão aos interesses acadêmicos (4)	

Fonte: elaborado pelos autores.

5.2 SATISFAÇÃO DOS PACIENTES NO CONTATO COM ESTUDANTES

A Categoria “satisfação dos pacientes no contato com estudantes” foi desenvolvida por meio das percepções dos alunos e pacientes sobre como os pacientes se sentiam durante as aulas à beira-do-leito, com o objetivo de identificar, por meio da vivência dos dois grupos, possíveis benefícios e possíveis danos que este encontro possa fornecer à uma pessoa que está sendo atendida, com inspiração na beneficência e não-maleficência.¹² Nesse sentido, seguem experiências positivas e

negativas dos pacientes, sob o olhar dos mesmos e dos alunos, durante as aulas práticas de medicina.

Os relatos, em sua maioria, apontaram que os pacientes são bastante colaborativos e costumam gostar da presença dos estudantes, ou simplesmente não veem problema em sua presença. Confirmou-se então, um achado esperado, visto que vários estudos identificaram que os alunos de medicina costumam ser bem aceitos pelos pacientes e estes apoiam o ensino médico.^{17,27,28}

5.2.1 Experiências positivas

5.2.1.1. Contribuir com a formação médica

Esse código, que apareceu onze vezes nos relatos, indica que a maioria dos pacientes entendem a importância do aprendizado prático e de sua importância na educação médica, gostando assim, de contribuir com a formação de novos médicos. A vontade dos pacientes em ajudar os alunos a aprenderem é comumente apontado como um dos principais fatores para o consentimento na interação com os alunos.^{28,29,30} Essa vontade de ajudar os alunos pode ser observada nas entrevistas de P8, P5 e P2.

“Eu acho muito interessante que o hospital forneça esse tipo de aprendizado para os estudantes e os pacientes que puderem colaborar e contribuir com isso também é louvável”. (P8)

“É como se a gente tivesse em um trabalho que você tem que aprender. Então, para você fazer aquela função, você tem que aprender para chegar ali. ”(P5)

“Não, eu acredito que para mim não seja incômodo não, entendeu? Porque começa assim, todo mundo tem que aprender, hoje são eles, amanhã pode ser eu pelo menos eu penso assim, entendeu? Até agora ele não vai poder fazer uma coisa que ele não sabe bem o que faz. Mas eu também não vejo mal dele chegar aqui, medir uma pressão, ver os batimentos cardíacos, ver uma glicose, não custa nada, entendeu? Deixar a pessoa estar aprendendo. ”(P2)

5.2.1.2 Maior atenção oferecida ao paciente

Uma questão levantada pelos entrevistados foi que os pacientes gostam da presença dos alunos em seu atendimento pois estes, por terem menos responsabilidades em relação aos profissionais no plantão, ficam mais tempo se comunicando e examinando, o que oferece à pessoa uma maior sensação de acolhimento e cuidado, como observado nas falas de P6, A8, A2 e A5:

“Me examinou mais, insistiu mais, entendeu? Se dedicou mais...a médica também se dedicou...é, porque eu acho, eles perguntam mais coisas, entendeu? Perguntam mais coisas pra você. Faz uma consulta assim, mais ampla, mais completa.”(P6)

“Acredito que existem benefícios sim, diferentes dos médicos e residentes, os alunos tem um único paciente para dar atenção. Podendo ser investigado com maior cautela, tanto na anamnese como no exame físico, às vezes descobrindo algo que possa ter passado.”(A8)

“Alguns até gostam dessa atenção, né? Eu, quando estava indo na clínica da família e a gente caminhava para algum hospital universitário, eles falavam, lá é bom que tem muita gente, que presta muita atenção na gente. Eles se sentem mais vistos, né? Tem paciente que gosta da questão do exame físico, né, de ser escutado, de uma atenção maior.

eu acho que pode ter essa questão que ele se sente mais ouvido, se sente mais cuidado, de ter mais pessoas prestando atenção nele, interessado nele, porque às vezes o médico que vêm para o serviço dependendo nem vai encostar nele, sabe? Então acho que tem esse valor pra ele também de, às vezes, de ter mais paciência para explicar o que está acontecendo com ele, a doença dele Ter mais pessoas que vão prestar atenção o que ele tem de dúvida em relação ao que ele está passando” (A2)

“A interação paciente-estudante, apesar de ele estar sofrendo, eu vejo vantagem sim. Porque muitas vezes o que o paciente está precisando, além do tratamento adequado, né? É de cuidado e atenção. E muitas vezes quem mais vai dar atenção para esse paciente são os estudantes, tá? E é exatamente porque eles têm mais tempo e interesse em cuidar mesmo, cuidar da pessoa, e não tem a técnica para fazer o tratamento, mas ele tem o interesse em cuidar e o tempo para explicar as coisas para o paciente, enfim, quando ele tem essa habilidade social de conversar, empatia, ele passa informações às vezes que o paciente precisa”(A5)

Na pesquisa de Shetty et al., 83,5% dos pacientes relataram que o ambiente hospitalar se torna mais amigável com a presença dos alunos.²⁹ As pessoas são então ouvidas por mais tempo, incluindo suas preocupações, se sentindo inclusive mais entretidas com a presença dos estudantes.^{29,30,31,32} Percebe-se um maior tempo dedicado ao exame físico, além de mais “médicos” olhando para um único paciente. Já foi notada também maior empatia na abordagem do ensino à beira do leito. Todos esses motivos colaboram para a satisfação, como fala P12 e P9:

“É mais uma examinação, porque o professor também tá mostrando o que eu posso ter e já é uma avaliação também. É, assim, mais uma pessoa para avaliar a gente, né? ”(P12)

“Eu até gosto, porque é uma forma de eu estar me expressando também, falando sobre mim, falando sobre o que eu estou sentindo e tendo contato com pessoas, isso pra mim particularmente me faz bem, eu não sei pra outros.”(P9)

Dois pacientes destacaram ainda, que conseguem aproveitar o momento de aula para compreender mais sobre sua doença, entender melhor pelo que está

passando e o que fazer para seu autocuidado. Isso devido ao caráter didático do atendimento com as explicações do professor.³³ O momento mais longo em que o aluno se dedica ao paciente, também está relacionado à maior compreensão do seu estágio de doença.³³ Considerando o conhecimento um elemento importante para a autonomia; aspecto a ser abordado no **tópico 5.2 “respeito à autonomia”**; tem-se provavelmente, as aulas à beira-do-leito como um recurso para a maior participação ativa da pessoa em seu tratamento^{12,34}. P10 e P4 ilustram essas questões:

“Sim, muita coisa. Porque na hora a gente fica ali, né? O professor vai ensinando e a gente também está junto. E a gente vai aprendendo em cada lugar, o professor vai falando onde é e a gente vem aprendendo os lugares também, junto com os alunos”. (P10)

“E é tanto de os alunos aprenderem, e como para a gente também, e conhecer mais pouquinho de cada coisa. Ainda mais fazendo uso de algumas coisas.” (P4)

5.2.2 Experiências negativas

Reconhecido o valor de se aprender sinais clínicos relevantes, crescem os benefícios de estudar pacientes em estados um pouco mais graves, que podem oferecer habilidades semiológicas e clínicas ao aluno.³⁵ Essa situação torna-se problemática, no entanto, caso em benefício do aprendizado dos alunos, seja criado um momento desconfortável para o paciente. Nesse sentido, pacientes algumas vezes sentem dor, ansiedade, constrangimento ou cansaço com a abordagem repetitiva dos alunos³⁶. Com isso, a subcategoria “experiências negativas” explora as visões sobre esse momento de tensão entre a necessidade de aprendizado e o bem-estar da pessoa que está sofrendo.

Um código citado com frequência foi o “incômodo” que as aulas práticas podem proporcionar à alguns pacientes. A dor, que pode ser realçada pela manipulação repetitiva, foi lembrada por P2 e A5. A1 lembra como as abordagens podem ser repetitivas e ocorrem mais de uma vez no mesmo dia, algo comum no contexto dos hospitais universitários, oferecendo uma experiência por vezes cansativa para o paciente, que já sofre com sua própria doença.

“É que com dor é complicado, to sentindo minha dor e ter que ficar se expressando, conversando muito, entendeu? Ainda mais que aqui é uma área de descanso, né?... Não sei, eu acho que eu não deixaria não. Eu me sentiria, sei lá, estranho, entendeu? Muita gente me cutucando.” (P2)

“O paciente está doente, sendo manipulado, o que incomoda ele, não é uma pessoa saudável que está sendo usada para treino. O paciente está ali para ser cuidado, não é um manequim da gente”(A5)

“É só chatinho essa coisa, né? Que um pergunta e o outro fala, mas é normal, mas não foi invasivo...” (P3)

“É, eu acho que o paciente acaba cansando muito, talvez até... Acho que ali, como se fosse apenas uma vez, mas como paciente que trata aqui dentro do Hospital Universitário, toda vez que ele está no hospital, ele passa por esse processo, de ter várias pessoas para fazer o mesmo procedimento, as mesmas tarefas com ele, que para a gente é ótimo, porque a gente é aluno, precisa treinar, mas para ele é uma coisa muito cansativa” (A1)

Já P3, expressa um leve desconforto com a interação com os alunos, embora tenha negado uma invasão à sua privacidade, no qual os alunos tentam fazer suas próprias perguntas, muitas vezes, sem uma progressão lógica, e falar ao mesmo tempo, dificultando a comunicação e criando uma experiência cansativa para o paciente.⁵ A internação é um momento em que a pessoa que sofre está preocupada pela sua condição de doença, podendo ser, a violação de um momento íntimo como este, um fator estressor para a pessoa que sofre.³⁷ Em outro estudo, motivos para a recusa foram os sintomas da própria doença, que colaboravam para a fadiga necessidade de descanso.³² Assim, mesmo que a pessoa aceite a prática, não considerando algo ruim, fica o questionamento sobre o quanto essas pessoas realmente enxergam benefícios para si mesmo, com suas próprias vivências, ao participar do momento de aula.

Dentre os motivos para a insatisfação com a presença de alunos, em outra pesquisa, o temor de perda do receio de revelação de informações para alunos e quebra da confidencialidade foram importantes.²⁹ A2 apresenta esse entendimento:

“Às vezes eu acho que talvez possa entrar em algumas coisas que sejam mais sensíveis para o consciente, né, às vezes como que ele se expôs a determinados fatores de risco, mas às vezes pode ser meio delicado para eles, ainda mais na frente de várias pessoas que ele nunca viu na vida.” (A2)

A1 expõe uma situação em que um estudante apresenta uma postura inadequada diante do paciente, causando danos em sua autopercepção, o que também, evidentemente, atrapalhou o relacionamento com os alunos.

“Foi um paciente que estava sendo atendido por outros amigos e aí outro aluno que não estava nesse atendimento, ele abriu a porta para falar com alguém, tirar alguma dúvida de alguma coisa e viu que o paciente tinha, não sei, não lembro se era bem uma ferida muito alarmante ou uma lesão, alguma coisa assim, mas algo que era estético, né? Era bem físico, dava pra ver bem. E aí o aluno falou assim, nossa, ele se assustou na hora e foi muito claro, assim, sabe? Tipo, falou, caramba, que isso, hein? Fez comentário bem ruim. E o paciente ficou assim, eu percebi que o paciente, ele rebaixou a sensação, ele parou de interagir tanto, ele ficou constrangido e foi uma coisa bem ruim pro paciente.” (A1)

Alguns alunos relataram já terem presenciado uma situação desconfortável tanto para o paciente como para envolvidos. Como observado na fala de A5:

“O paciente que estava morrendo e estava apresentando sinal semiológico tipo, enfim, estágios muito avançados da doença, no caso, era uma encefalopatia hepática, tá? Então aí a pessoa chamou a gente, né, para ensinar, para mostrar, e aí, é, todo mundo manipulando aquele paciente, né, que tava, assim, aparentemente, é..., acordado, né, De olhos abertos, mas não tava lúcido nem orientado. E aí, mostrando a manobra semiológica e falando para as pessoas executarem, né? Em sequência, né? E isso causou certo espanto, assim, de algumas pessoas, né? As pessoas falam assim, pô, mas isso daí não vai incomodar ele e tal. Outro falou assim, não, porque ele já não está mais aqui, já está meio que em delírio ali e tal, não tava nem mais percebendo o que tava acontecendo... então por mais que não seja por conta do paciente estar ali pra entender assim, a gente tava entendendo que não tava muito legal de ver aquela situação, entendeu? Que de certa forma é desconforto para o paciente, tá? E também pra gente. ”(A5)

Nesse caso, o pensamento de alguns dos presentes foi de que a pessoa não estava passando por nenhum tipo de sofrimento, pois não estava lúcido nem orientado, mas a situação causou desconforto ao A5, que provavelmente identificou que a cena não estava de acordo com os preceitos da ética. Segundo Dzeng³⁸, as condutas médicas não devem ser baseadas na moral individual e relativizadas, pois isso traria prejuízos na formação ética dos futuros médicos, que, têm o momento prático como influenciador de um modelo de conduta, por meio dos tutores e da própria vivência com os pacientes, incorporando valores éticos e profissionais aos discentes.³⁹ No caso descrito, alguns dos presentes relativizam o potencial desconforto sofrido pelo homem, tornando a prática “aceitável” se ajudar o aprendizado, o que se afasta do ideal kantiano.¹⁹ Tal prática também representa uma violação do direito ao consentimento, já que este paciente não era capaz de voluntariar-se para o uso do seu corpo com o propósito didático. Tema a ser abordado no **Tópico 5.3** “respeito à autonomia”.

Considerando então, que um dos deveres do médico é promover em sua prática o princípio da não - maleficência, Le Morvan¹⁹ utiliza a ética kantiana, para argumentar que, se todo o processo de assistência e as interações envolvidas no contexto do hospital universitário não são feitas pelo médico profissional, mas sim, os pacientes são expostos a qualquer risco, mesmo que tanto os professores como os alunos treinando desejem ajudar, tratando o indivíduo “como um final”, esse estaria

sendo submetido a uma atividade que tem por finalidade principal ensinar aos alunos, e que não é necessária para o paciente.¹⁹ O receio do autor é que, na verdade, nesse caso, a escola médica estaria tratando o indivíduo apenas como um meio para o aprendizado, mesmo que este esteja também sendo beneficiado pelo atendimento.¹⁹ Embora o autor se preocupe com a exposição à riscos pela participação direta de estudantes auxiliando na assistência,¹⁹ essa ótica também poderia ser considerada nos anos iniciais de aprendizado da medicina, no qual o contato com alunos poderia expor a pessoa à inconvenientes desnecessários, dentre os já mencionados.

Concluindo, a partir da questão de pesquisa, ao se buscar questões éticas no processo de ensinagem⁹ da medicina, o “problema da pesquisa”, as respostas para a pergunta sobre se “é um problema que vários estudantes examinem simultaneamente, fazendo manobras repetidas e perguntas ao mesmo tempo” foram bem distribuídas quanto à chance de esta representar uma situação de desconforto para o paciente, mas observou-se que os dois grupos acreditam que a prática é bem vinda pela maioria dos pacientes, com todos os entrevistados apresentando posição favorável, com motivos que vão desde o benefício de se ter novos médicos no futuro, assim como o paciente se sentir mais acolhido e melhor atendido. Alguns entrevistados apontaram, no entanto, que pode haver incômodo ou situações constrangedoras com a presença dos alunos, e enxergaram isso como um problema. Sobre esse contraste entre relatos que apresentaram benefícios e possíveis malefícios, surgiu a primeira categoria, “satisfação dos pacientes no contato com estudantes”, visando identificar principalmente, aquilo que poderia ser danoso para a pessoa que está sendo atendida. Dessa forma, concluiu-se a primeira categorização.

5.3 FATORES QUE INFLUENCIAM NA PERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE AS AULAS PRÁTICAS

A categoria “fatores que influenciam a percepção dos pacientes sobre as aulas práticas” foi escolhida devido ao grande número de menções nas entrevistas sobre elementos diversos, que modificam a experiência do paciente. Partindo-se do princípio de “compreender o sujeito como parte de um todo”, no modelo biopsicossocial de saúde e que este se apresenta de forma dinâmica, com os vários fatores que influenciam a saúde de uma pessoa mudando sua centralidade e

importância ao longo da vida, assim como também as expectativas durante o atendimento.^{40,34}

O bem-estar de pacientes durante a sua participação no ensino médico depende de vários fatores que influenciam na forma como estes enxergam o envolvimento de alunos em seu cuidado. Saber reconhecer aquilo que o paciente julga ser importante é uma competência fundamental para que os pacientes vejam seus direitos sendo respeitados, já que a prática ética da medicina depende de considerar o outro como pessoa, valorizando suas demandas.¹⁰ Nesse sentido, esta categoria busca explorar esses fatores, que podem ser intrínsecos, próprios do paciente, ou extrínsecos, relacionados à dinâmica de atendimento, duas subcategorias.

Continuando a categorização, um aspecto interessante observado com as leituras, foi que, a maior parte da amostra de resultados apontou uma posição em que a interação paciente-aluno não seria necessariamente marcada por problemas éticos em sua natureza, mas que depende de fatores como o “estado fisiológico e psicológico do paciente”, que representa como o paciente está se sentindo no momento, o “profissionalismo do estudante” e, como exceção, o “sexo dos alunos” “também foi apontado. Surgiu assim, a ideia para a **segunda categoria**, “fatores que influenciam na percepção dos pacientes sobre as aulas práticas”. Identificamos assim, uma categoria que está relacionada à possíveis fatores que se relacionam diretamente com as experiências negativas na primeira categoria. O conhecimento dos elementos dessa categoria pode ser, assim, de importância para os envolvidos com a educação médica para tornar o momento um pouco mais confortável para o paciente. Tem-se uma sequência lógica entre problema (primeira categoria) e parte do que deve ser considerado para evita-lo (segunda categoria).

5.4.1. Intrínsecos ao paciente

Na subcategoria “fatores intrínsecos”, o estado fisiológico e emocional do paciente foi o tema com maior número de aparições nas entrevistas, no total de 13. Este tema se refere às mudanças do quadro clínico durante uma internação e como dores, expectativas, medos, perdas funcionais, que atormentam o indivíduo no momento em que ele é solicitado, afetam a sua percepção sobre o papel dos alunos neste ambiente de cuidado.³⁴ Como afirmam A4, P10 e P3:

“Eu acho que depende do momento e o nível de desconforto e da cooperação do paciente. Se o paciente está bem orientado, está disposto a cooperar com a gente... agora o paciente está em uma situação mais complicada, está desconfortável, aí eu mesmo tendo que fazer eu não faço.”(A4)

“Se eu estiver bem fisicamente tudo tranquilo.”(P10)

“O paciente, quando tá internado, ele tem fases, né? E....tem dia que está bem, tem dia que não tá, quanto mais fica no hospital, bate aquela saudade de casa, aquela coisa. Então tem horas que não é tão confortável, né? Porque, assim, chega uma hora que os pacientes, por estar assim, fica meio sensível. Será que eu vou sair daqui? Será que vai ter jeito? Será que estão fazendo alguma coisa? É normal, né? Para a pessoa que está aqui.”(P3)

O processo de adoecimento pode trazer mudanças psicológicas ao paciente.^{41,42} A internação representa um momento em a pessoa é afastada de sua rotina habitual, têm sua autonomia limitada pelo ambiente hospitalar, experimentando também, emoções negativas advindas da conturbada relação com a sua doença.⁴² Soma-se a isso, as más notícias, que também afetam psicologicamente o sujeito.⁴¹ Esse processo é refletido na visita médica, com diversos sentimentos que podem surgir nesse momento, como desconfiança, medo, ansiedade, que já foram relatados, criando desafios para o estabelecimento da relação médico-paciente.⁴³ Nesse sentido, P3 fala sobre como os pacientes podem estar, não apenas fisicamente, mas também emocionalmente fragilizados durante sua internação, com ansiedade em relação à seu estado de saúde, saudade de sua rotina habitual, e que, há momentos em que a abordagem deveria ser mais cuidadosa, visto que uma visita com a presença de um grupo de alunos, especialmente com fins de treinamento, pode realçar tais sentimentos negativos descritos.

5.4.2 Extrínsecos ao paciente

5.4.2.1 Profissionalismo

Na subcategoria “fatores extrínsecos”, o tema mais frequentemente citado foi o “profissionalismo”, com nove aparições, em sua maioria por pacientes, o que sugere que a forma como o estudante se comporta no momento da entrevista médica e exame físico seja um dos fatores de maior importância para o paciente, que associa a imagem do aprendiz à de um profissional médico. Os pacientes entrevistados demonstraram gostar do atendimento quando sentem que as suas principais demandas

forma cumpridas pelos estudantes ou pelo profissional com a presença destes. Foi vista a valorização de virtudes como uma abordagem empática e linguagem adequada, além da demonstração de competências técnicas pelo estudante, que devem ser treinadas desde a início da semiologia. As falas de P4, P3, P10, P7 e P2 ilustram essa questão:

“ É, Eu acho que é assim, é fazer o que eles fazem, e as perguntas e tiram as dúvidas, e dentro e a da ética e a medicina, e sendo discreto, e é isso. Eu vejo isso, eu percebo isso. ”(P4)

“Então, até agora os que vêm falar com ela, vêm muito bem-educados, vai, examina, fala pouquinho pra gente, atualizando as coisas que eles sabem. Até agora só vem os educadinhos...então, ainda mais quando é uma pessoa educada que sabe chegar, falar de igual para igual, que eu acho isso muito importante, tanto agora, quando já se formou médica, eu acho que isso é essencial. ”(P3)

“Ganho em troca porque estou ajudando eles e estou sendo assistido. Todo dia quem me examina aqui é médico ou médico que um dia vai se formar. ”(P10)

“Para mim ser solícito é quando perguntam como eu tô me sentindo, se eu tô sentindo dor ou não tô. Sempre atendem tudo que eu pergunto. ”(P7)

Em estudo qualitativo sobre a percepção de mulheres sobre os estudantes de medicina, as experiências positivas estiveram relacionadas à forma do aluno de se comunicar e interagir com respeito, gentileza, confiança, “seriedade médica”, como esperado de um bom atendimento.³⁷ Ainda, uma pesquisa sobre vivências na visita médica apontou que a forma como é construída a relação médico-paciente, com o limiar entre o sentimento de ser bem cuidado e a exclusão, influencia na forma como o paciente percebe a visita médica.⁴³ Isso indica a importância de que, desde os anos iniciais do ciclo clínico, quando se inicia o contato com as pessoas doentes, haja o treinamento dos alunos em habilidades de comunicação e sobre a forma de se portar frente aos pacientes. Isso é indicado por P2 e A5.

“É porque tem que começar de cedo, né? Profissionalismo, né? Chegar, comunicar, por exemplo, você chegou e falou pra mim que eu estava estudando, que eu estava fazendo uma coisa. ”(P2)

“Primeiro, tem que ser feito, e sem dúvida alguma, tá? Tem que ser feito logo na primeira aula de semiologia uma grande discussão sobre a ética médica algo que não é feito e colocar também não só em termos de discussão, mas o que são os parâmetros da instituição de como você acolhe e lida com o paciente. O que se espera do estudante e do médico que lida com esse paciente, entendeu? ” (A5)

5.4.2.2 Número de alunos no leito

O número de alunos também foi citado como um fator que, se elevado, pode deixar o paciente mais incomodado com a situação, gerando em alguns pacientes, sentimentos como “sufocamento” e “constrangimento”. Isso pode ser observado nos trechos de entrevistas abaixo:

“Mas agora igual vir uma, duas pessoas pra chegar aqui pra conversar contigo é até de boa, mas eu acho que muita gente, eu me sentiria meio que oprimido, entendeu. Eu me sentiria mais incomodado por ter muita gente, entendeu? É só por ter muita gente mesmo, entendeu? Muita gente aquilo dali em cima de tu, a gente se sufoca pouquinho, entendeu?”(P2)

“Dependendo se fosse muita gente, talvez eu me sentisse meio acanhada, meio constrangida”. (P7)

“Acredito que desde que a dor não esteja sendo infringida ao paciente, pode ter um limite de alunos para examiná-lo uma vez só. Acredito que nesses específicos o constrangimento vai sempre existir por conta da situação imposta, logo, mesmo quando os pacientes concordam, ainda é necessária a cautela com a quantidade de pessoas e comentários que possam ser feitos e toques que realmente sejam necessários.”(A2)

Grupos menores de alunos costumam ser preferidos tanto por pacientes, como por alunos, sendo que as preferências quanto ao número vão depender da atividade desempenhada, do grau de exposição pelo exame físico.^{26,37} O receio de invasão da privacidade, confidencialidade e intimidade se acentua em grupos grandes, tanto para o paciente como o próprio estudante.²⁶ Isso porque, promove um constrangimento natural, no qual as noções de pudor e recato, importantes para os dois grupos, são contrastadas com a grande exposição do corpo a um grupo com pessoas desconhecidas, sem vínculos com o paciente.^{44,16}

Entrevistas de alunos na literatura demonstram como essa questão afeta a sua formação, por meio do medo de tornar o paciente um mero “objeto de estudo”, o desumanizando.⁴⁵ Os relatos da presente pesquisa, no entanto, não apresentaram especificamente essa questão de se sentir como “objeto de estudo”, nem por parte dos pacientes nem por partes dos estudantes, que utilizaram justificativas já citadas, como a necessidade de aprender e o costume dos pacientes em lidar com a situação. Hipóteses para isso, por parte dos pacientes, seria temas já citados, como a vontade de ajudar, a submissão do paciente, os benefícios que a pessoa vê no contato com o aluno. Um ponto importante a ser lembrado é que o constrangimento tende a ser maior dependendo da especialidade, especialmente quando há maior exposição de intimidades do corpo e da vida da pessoa, nem sempre é o caso das enfermarias do hospital estudado.³⁷

No lado dos estudantes, a inclusão de participantes que já avançaram no curso médico, que já desenvolveram mais experiência na relação com o paciente, poderia estar associado a tornar esse ambiente comum aos olhos do médico em formação. Por outro lado, questiona-se se isso pode ser reflexo da desumanização⁴⁵ citada pelo autor, se refletindo na formação médica.

5.4.2.3 Sexo dos alunos

O “sexo dos alunos” foi tema abordado por uma única paciente (P5), que referiu que embora um pouco constrangida, aceitou ser examinada por um estudante do sexo masculino:

“Aí o aluno perguntava se eu tava constrangida, eu falei que não, que ele podia ficar que era pra ele no caso pra ele aprender, mas eu mesmo, se fosse de minha preferência, Eu preferia a menina, sempre me atendendo. É, se for preciso eu tenho que deixar...com a presença de outra pessoa presente, feminino, eu deixaria sim.”(P5)

As possíveis razões para isso podem ser as já citadas nas categorias anteriores, como a vontade de contribuir com a educação médica, estar ciente de que está em um hospital-escola ou mesmo a pressão que sente em acatar o que lhe é imposto.

A preferência em ser examinado pelo mesmo sexo, neste estudo, não teve tanta relevância como em outras pesquisas, como as de Shann, Wilson⁴⁶ e Mol, Peelen, Kuyvenhoven.³⁰, sendo apontada por uma única pessoa. Possíveis razões para isso são as entrevistas terem sido feitas majoritariamente na enfermaria em detrimento de ambulatorios, onde a autonomia está, pelas circunstâncias da internação, já um pouco comprometida³⁴ e devido à amostragem limitada da pesquisa, que não representa toda a população do hospital e devido a forma como as entrevistas foram conduzidas, não perguntando diretamente a preferência dos pacientes, o que pode ter feito esse tema não ter sido tão pensado frente à outras questões levantadas pelos entrevistados.

5.3 RESPEITO À AUTONOMIA

A categoria “respeito à autonomia”, um princípio fundamental para a ética médica, está atrelada ao quanto a pessoa pode orientar sua vida e seu próprio cuidado.³⁴ As evidências contemporâneas corroboram o modelo em que a pessoa-

que-busca-ajuda planeja os melhores caminhos, junto com seu médico, com vários benefícios para o tratamento.³⁴ Nesta categoria, os relatos apontaram, então, como se dava esse princípio durante as aulas práticas.

A categoria foi subdividida então, em 3 aspectos abordados nas entrevistas sobre a autonomia na interação alunos e pacientes: a “importância do consentimento explícito” para o conforto do paciente, questões éticas relativas ao “consentimento presumido no contexto de hospital escola” e a “submissão do paciente aos interesses acadêmicos”.

Sabendo então pela primeira categoria, que existem potenciais prejuízos ao paciente por essa relação, e que pela segunda categoria, o paciente pode estar confortável ou não dependendo de alguns fatores, surge a necessidade de verificar ativamente a vontade do paciente em participar do ensino médico. Parte dos relatos, nesse contexto, abordaram a importância de buscar o consentimento diretamente, e aspectos relacionados à submissão do paciente diante dos médicos e alunos, o que motivou a criação da **terceira categoria**, “Respeito autonomia”. Esta categoria permite então, o achado da continuação da sequência lógica, oferecendo o meio pelo qual os médicos e alunos, depois de identificarem as preferências do paciente, elaboram o processo de convite para a participação voluntária do paciente, representado pela obtenção adequada do consentimento.

5.3.1 Importância do consentimento explícito

Foram cinco os relatos que apontaram o consentimento como um fator essencial para que não haja incômodo durante o ensino à beira-do-leito, para que todo o processo seja explicado e acordado entre as partes envolvidas. No contexto do ensino médico, em que os estudantes precisam treinar, sem necessariamente estar contribuindo para o tratamento, obter o consentimento do paciente é uma etapa essencial para garantir o respeito à autonomia. Como afirma P8:

“Isso deve ser acordado com o paciente, encontrar o meio termo ali que satisfaça os dois lados. Acho que é isso aí, o que você está fazendo, né? Questionar se o paciente aceita,e tudo mais...e deixar ficar confortável, a vontade nessa situação. Se for a vontade dele, tudo bem. Se não for, tudo bom também”(P8)

Estudos prévios demonstraram que os níveis de aceitação aos estudantes aumentam quando os pacientes recebem as devidas orientações sobre o grau de envolvimento dos estudantes em seu cuidado e possuem a oportunidade de negá-

lo.⁴⁷ Dessa forma, o direito ao consentimento informado, sem nenhum tipo de punição a quem recusar o ensino em seu tratamento, é uma demanda das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Medicina e do Código de Ética Médica.^{2,48} Esse direito é tema ensinado e praticado nas escolas médicas, incluindo a instituição campo da presente pesquisa.

Um modelo de conduta para garantir a autonomia é, então, ensinado e seguido nas aulas práticas e há a tentativa de se extrair o máximo do paciente, sem submetê-lo à uma experiência ruim, como observado nos trechos de A7 e P1.

“E durante as nossas aulas, de nossas práticas, Sempre que algum paciente se mostrava desconfortável, ninguém fazia nada. Então, acho que pode ser desconfortável, o paciente avisa para a gente e a gente não faz, como pode não ser, e ele está solícito, está disposto a dar o tempo dele para poder ajudar a gente Então, eu sempre perguntei quando entrei para conversar com o paciente, sempre perguntei. Falar, conversar antes de fazer qualquer coisa que ele pedisse, não apresentava, conversava com o paciente sobre a história dele, perguntava se podia, as tarefas, se podia realizar a tarefa do paciente, geralmente não tinha nenhum problema. Nunca teve paciente que se negou...”(A7)

“E ver a disponibilidade do paciente ou não junto com os alunos. Se ele ver que há abertura, que pode, que o paciente está bem, ele vai chegar e conversar se der. Se não der também, ele vai comentar com os alunos, de qualquer forma ele vai falar sobre a doença pode não falar aqui junto me examinando, mas ele vai falar sobre o caso. Chegou até aqui, assim, causa isso, isso, mas que ele vai tipo dar uma aula sobre a minha doença, vai. independente, tipo, se eu permitir ou não examinar. A aula vai existir, de qualquer forma.”(P1)

As falas de A7 e P1, dentro deste contexto, apesar de não representativas de um todo, denunciam que há um esforço em respeitar o direito e recusa de consentimento, e que tanto pacientes como alunos reconhecem essa questão bioética, de que os pacientes se tornam mais receptivos quando bem orientados quanto ao papel do estudante em seu cuidado e tendo seu poder de consentir respeitado.⁴⁷ Tal como afirma A1:

“É, assim, eu acho que uma coisa que já fazem, né, ou pelo menos os professores que a gente tem acompanhado sempre apresentam a gente como aluno, já deixam o paciente entendendo do local onde ele está.”(A1)

Apesar de positivos os relatos, que fornecem detalhes sobre as experiências em relação ao processo de consentimento, devido ao número limitado de entrevistas e a natureza qualitativa do estudo, os dados não podem ser generalizados para a população do hospital, o que necessitaria de pesquisas futuras com triangulação com métodos quantitativos caso o objetivo seja ver a consistência dessa prática em amostras maiores.⁴⁹ A boa percepção que alguns alunos e pacientes possuem da

forma como a interação é iniciada, é contestada pela literatura, que mostra que existem desafios na aplicação prática daquilo que é preconizado.⁴⁷

Em um estudo apenas 59% dos pacientes foram perguntados quanto a permissão de serem vistos por alunos.⁴⁷ Isso também pode ser observado no relato de A10:

“Geralmente a gente não faz nada, realmente a gente só vai ou então alguém aconselha falar ou se a pessoa demonstrar alguma insatisfação, aí sim a gente toca, mas de rotina ninguém pergunta, eu pelo menos não perguntava.”(A10)

5.3.2 Consentimento presumido pelo contexto de hospital-escola

Trata-se de um posicionamento observado entre alunos e pacientes do hospital universitário da pesquisa, que o contexto de hospital-escola é bem conhecido e aceito pela maioria dos que utilizam os serviços de saúde dessa instituição. De fato, as entrevistas de P4 e A7 representam esse posicionamento:

“Eu já sabia o que era o hospital, e é de escola universitária. E...sabendo que ia ter alunos estagiários, alunos aprendendo, estando ciente disso...”(P4)

“Eu acho que a grande parte dos pacientes, na minha vivência, a grande parte dos pacientes que estão aqui já sabem que estão no hospital universitário e que a gente está aqui para aprender. Então, cara, a grande maioria dos pacientes que eu tive a oportunidade de fazer anamnese, colher história, exame físico e tal, sempre foram bem solícitos, eles sabiam que eles iam repetir.”(A7)

Assumir que a pessoa que procura o atendimento está ciente de que será utilizada como meio para o aprendizado, no entanto, pode se tornar um problema ético ao presumir que esta não se sente incomodada, já que, pode ignorar que o outro pode não estar no seu melhor momento e também possui suas próprias demandas em relação à sua saúde.¹⁰ As expectativas daqueles que procuram a assistência médica, costumam ser de um atendimento profissional e de que todos os procedimentos são voltados para a melhora da sua saúde,⁴⁷ o que poderia ser frustrado se essa pessoa for usada para manobras de exame físico que não acrescentarão grandes benefícios ao seu tratamento, como no caso descrito por A5:

“Basicamente mandavam a gente ir até os ambulatórios, nas enfermarias, procurar os pacientes e aplicar os testes semiológicos nele. Até inclusive a parte de anamnese, perguntas assim, né, completamente descaracterizadas do problema do paciente, entendeu? Tipo, ah, entrou em rio, ... E tinham enfermarias que eram cirúrgicas, né? Então assim, imagina, o cara estava lá às vezes porque, sei lá, tinha a apendicite, entendeu? E tu estava lá fazendo manobra de vesícula, entendeu? Não dá, não é para isso...aliás, era orientado chegar lá e sair fazendo. Essa foi a única orientação que eu recebi. Tinha que pegar o paciente e sair fazendo.” (A5)

No presente trabalho, todos os pacientes eram cientes de que estavam em um hospital-escola, já que o contato prévio com alunos de semiologia foi um dos critérios de inclusão para a participação da pesquisa. No entanto, o mesmo critério de inclusão restringiu alguns pacientes, que não puderam ser incluídos, pois nunca tiveram contato com esses alunos e não conheciam a prática. Seguindo essa lógica, outro estudo envolvendo aulas práticas em um hospital-escola apontou 64,8% dos pacientes não conhecia o propósito de ensino desse ambiente.⁵⁰ Torna-se possível dizer, assim, que não é seguro presumir que a pessoa se sente confortável com a aula prática. Isso reforça a necessidade já bem estabelecida de um consentimento explícito e bem elaborado, para que a pessoa não seja surpreendida pela abordagem repentina e participe voluntariamente.⁵¹

5.3.3 Submissão aos interesses acadêmicos

Outro apontamento, principalmente pelos estudantes, foi que os pacientes se submetem aos estudantes e doutores, aceitando sua condição de meio para o aprendizado, mesmo sem estar totalmente confortáveis, por dois motivos sugeridos: Eles se acostumam e aceitam o seu propósito acadêmico e em determinadas condições podem se sentir pressionados a aceitar o que é proposto. Como afirma A2:

“Acho que já tem alguns que já conhecem como hospitais universitários. Eles já esperam que isso vá acontecer, então eles meio que acham que isso é o padrão daqui então ele tem que aceitar e de alguma forma isso pode ser bom pra ele...e talvez uma pressão também de ser muitas pessoas ali em volta querendo isso, e tipo, Se ele falar não, ele vai estar número menor, e também tem uma relação de poder do paciente com o médico, ele se sente submisso ao médico, ele tem que obedecer tudo. Acho que isso é um dos fatores.” (A2)

Tais motivos podem potencializar a submissão quando somados ao contexto do indivíduo. Isso porque, o sujeito que participa da aula como o já mencionado terceiro elemento^{4,11} (na introdução), pode ser representado pela criança, o idoso, pode ter perdas funcionais, estar inserido em um contexto social de desigualdades, que dificulte sua comunicação com a equipe de saúde e o torne dependente ao acesso daquela instituição de saúde, em uma situação de vulnerabilidade.^{52,53} Considerando que o autônomo deve ser capaz de conhecer as consequências de sua ação, e sua capacidade de decidir deve estar livre de influências externas, este sujeito vulnerável pode não ser capaz de compreender as implicações de sua participação, seus direitos, ou podem se ver sem a escolha de recusar o serviço, com todas as dificuldades que

sua história lhe impõe até chegar ao atendimento^{12,53} Isso pode ser causa para o pensamento de que trata-se de uma imposição do Sistema de Saúde. A5 faz uma observação pertinente:

“Ela tá precisando do tratamento e se sentiu, enfim, de certa forma, na obrigação de fazer isso, só que para mim que estava vendo a situação eu não achei nada legal, entendeu? ”(A5)

Em um caso como este, a paciente parece não ter conhecimento de seus direitos respaldados pelo Código de Ética Médica, temendo algum tipo de punição ou prejuízo ao seu atendimento, o que também pode ser verificado em outros trabalhos.^{48,53,26}

Essa situação de submissão se acentua quando o paciente, pela sua própria vulnerabilidade e crença, não acredita em seu papel como protagonista do seu próprio cuidado, atrelando este papel unicamente à autoridade do médico, em um modelo sacerdotal da prática médica.⁴³ P11 apresenta inclusive, uma opinião controversa, em que questões éticas passam a não ter importância para ele, desde que o médico é o responsável por trazer sua cura.

“Não quer dizer que estudante ou médico tem que tratar a pessoa como Romeu e Julieta. O médico está ali para poder fazer a área dele...você ia ter que estudar o corpo mesmo sendo cobaia porque a medicina não tem ética a medicina tem a cura.”(P11)

6 CONCLUSÃO

Nesse estudo, procurou-se entender se a forma como aprendemos a medicina está dentro dos preceitos éticos, segunda a visão dos pacientes e alunos. Identificou-se que os pacientes gostam de ser envolvidos em momentos de aulas práticas, mas que, por vezes, isso pode ser desconfortável e em prejuízo da autonomia. Cabe então aos profissionais entender as demandas da pessoa que está sofrendo e reforçar, nas escolas, a prática de obtenção do consentimento. A discussão elaborada neste estudo apresenta como limitação, a ausência de triangulação, seja metodológica, teórica ou investigativa, o que pode deixar a análise sobre influência de interpretações subjetivas, que podem conter pré-conceitos de quem está interpretando.^{54,55} Reconhecer as questões éticas que se desenvolvem nas aulas práticas de medicina, assim como os pacientes se sentem durante a interação com os estudantes são processos importantes para garantir a satisfação e participação voluntária no âmbito da educação médica. Este estudo propôs então, uma análise das experiências vivenciadas em um Hospital Universitário. Futuras abordagens similares, em outros contextos e com o auxílio de outras metodologias podem oferecer outras perspectivas, enriquecendo os conhecimentos que, no futuro, podem trazer benefícios para a formação ética e humana dos alunos e melhores estratégias de ensino pelos profissionais envolvidos na educação médica

7 CRONOGRAMA

	Fev/ Mar/ 2024	Abri/Mai 2024	Mai 2024	Mai/ Jun 2024	Jun/Jul 2024	Ago 2024
Revisão bibliográfica	X					
aprovação CEP		X				
Coleta de dados (após CEP)			X			
Análise de dados			X	X		
Redação final					X	
Apresentação do trabalho						X

8 ORÇAMENTO

Elemento de despesa	Valor(R\$)	Total(R\$)
Mesa de escritório	999,00	
Ressarcimento das despesas dos participantes	1000,00	
Internet	2000,00	
Gravador	314,00	
Computador	4999,99	
Papel e caneta	50,00	
Encadernar	200,00	
Alimentação	150,00	
		9912,99

REFERÊNCIAS

- 1 Azevedo, Bruno Mariani de Souza et al. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2013, v. 17, n. 44 [Acessado 22 fevereiro 2022] , pp. 187-200. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000048>>. Epub 11 Dez 2012. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000048>.
- 2 Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 [Internet]. [citado 2 de março de 2022]. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_RES_CNECESN32014.pdf?query=classificacao.
- 3 Azevedo MH. Iniciação ao exame clínico: primeiras vivências do estudante de medicina na interação com o paciente hospitalizado. XI Encontro de Iniciação à Docência. 2008. [Internet] Acesso em 2 de março de 2022.
- 4 Menéndez D da S, Azevedo M, Paiva A, Sousa R, Silva I, Maroja J. Percepção do paciente na interação com o aluno de semiologia médica: Proposta para questionário estruturado de observação. *Anais do X Encontro de Iniciação à Docência da UFPB, João Pessoa*. 2007; [acesso em: 21 fev 2022]. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/IXEnex/iniciacao/documentos/anais/6.SAUDE/6CCSDMIMT09.pdf>.
- 5 Costa GPO, Herculano TB, Gama ALH, Cabral RP, Campos DB, Oliveira DNS de. Enfrentamentos do Estudante na Iniciação da Semiologia Médica. *Rev bras educ med* [Internet]. junho de 2018 [citado 23 de fevereiro de 2022];42:79–88. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbem/a/7RNXMB6qjwNfQh65pKqwg5s/abstract/?lang=pt>.
- 6 Bastos RR, Botti SH de O. Método clínico: como ser profissional de saúde no século XXI. *Revista de APS* [Internet]. 18 de outubro de 2021 [citado 31 de março de 2022];24(1). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/34785>.
- 7 Bastos RR, Botti SH de O. A entrevista médica. *Revista de APS* [Internet]. 18 de outubro de 2021 [citado 31 de março de 2022];24(1). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/34786>.
- 8 Marco MAD, Vessoni AL, Capelo A, Dias CC. Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista. *Interface (Botucatu)*. março de 2010;14:217–27.
- 9 Correia RL, Costa SL da, Akerman M. Processos de ensinagem em desenvolvimento local participativo. *Interações (Campo Grande)* [Internet]. 31 de julho de 2017 [citado 11 de março de 2022];23–39. Disponível em: <https://interacoesucdb.emnuvens.com.br/interacoes/article/view/1526>.

10 A visão do paciente atendido pelo acadêmico de medicina em um Hospital Escola [Internet]. Periodikos. [citado 27 de março de 2022]. Disponível em: <http://prmjournal.org/journal/prmj/article/doi/10.4322/prmj.2017.012>.

11 Hossne Willian Saad. RELAÇÃO PROFESSOR - ALUNO - INQUIETAÇÕES - INDAGAÇÕES - ÉTICA. Rev. bras. educ. med. [Internet]. 1994 Aug [cited 2022. Mar 10] ; 18(2): 75-81. Available from: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55021994000200075&lng=en. Epub Jan 15, 2021. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v18.2-006>.

12 Beauchamp T, Childress J. Moral Principles – Respect for Autonomy. In: Beauchamp T, Childress J, editors. Principles of Biomedical Ethics. 7th Ed. Oxford University Press; 2012. p. 101–41.

13 Bashour H, Sayed-Hassan R, Koudsi A. Involving patients in medical education: ethical issues experienced by Syrian patients. Educ Health (Abingdon). novembro de 2012;25(2):87–91. DOI: [10.4103/1357-6283.103453](https://doi.org/10.4103/1357-6283.103453)

14 Shooner C. The ethics of learning from patients. CMAJ. 15 de fevereiro de 1997;156(4):535–8.

15 Laiq-Uz-Zaman Khan M, Jawaid M, Hafeez K. Patients' receptiveness for Medical students during consultation in Out patient department of a teaching hospital in Karachi Pakistan. Pak J Med Sci. abril de 2013;29(2):454–7. DOI: [10.12669/pjms.292.3186](https://doi.org/10.12669/pjms.292.3186)

16 Costa GPO, França KAN de, Santos MAL, Guilherme JG, Medeiros JGM de, Silva Júnior EA da. Dificuldades Iniciais no Aprendizado do Exame Físico na Percepção do Estudante. Rev bras educ med [Internet]. 30 de março de 2020 [citado 27 de março de 2022];44. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbem/a/kzn3Q zCVxzyt546q67CVV4H/?lang=pt>

17 Menezes CN, Dhali A, Tshabalala N, Mpanya D, Dickens C. Perceptions of patients and medical students towards each other in the setting of patient care-a South African perspective. Med Sci Educ. junho de 2020;30(2):933–42. DOI: [10.1007/s40670-020-00976-3](https://doi.org/10.1007/s40670-020-00976-3)

18 Sayd JD, Silva D de A e, Ribeiro MPD. O Aprendizado de Semiologia em um Currículo Tradicional. Rev bras educ med. 21 de maio de 2021;27:104–13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v27.2-005>

19 Le Morvan P. Medical learning curves and the Kantian ideal. Journal of Medical Ethics. 1º de setembro de 2005;31(9):513–8. DOI: [10.1136/jme.2004.009316](https://doi.org/10.1136/jme.2004.009316)

20 AHSIN, S., SHAHID, A., GONDAL, G. Teaching communication skills and medical ethics to undergraduate medical student. Journal of Advances in Medical Education & Professionalism, 2013; 1(3): 72-76.

21 Mueller PS. Incorporating professionalism into medical education: the Mayo Clinic experience. *Keio J Med.* setembro de 2009;58(3):133–43. DOI: [10.2302/kjm.58.133](https://doi.org/10.2302/kjm.58.133)

22 Minayo. Maria Cecília de Souza. *Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social.* In *Pesquisa social. Teoria, método e criatividade.* 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

23 DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Medical Education.* 2006;40(4):314–21. DOI: [10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x)

24 Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70;2016.

25 Sousa JR de, Santos SCM dos. *Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer.* *Pesquisa e Debate em Educação.* 31 de dezembro de 2020;10(2):1396–416.

26 Menezes C, Dhali A. Increasing medical student numbers in resource constrained settings: Ethical and legal complexities intersecting patients' rights and responsibilities. *Dev World Bioeth.* junho de 2022;22(2):86–93. Menezes CN, Dhali A, Tshabalala N, Mpanya D, Dickens C. DOI: [10.1111/dewb.12299](https://doi.org/10.1111/dewb.12299)

27 Perceptions of patients and medical students towards each other in the setting of patient care—a South African perspective. *Med Sci Educ.* junho de 2020;30(2):933–42. DOI: [10.1007/s40670-020-00976-3](https://doi.org/10.1007/s40670-020-00976-3)

28 Ben Salah A, El Mhamdi S, Bouanene I, Sriha A, Soltani M. Patients' attitude towards bedside teaching in Tunisia. *Int J Med Educ [Internet].* 25 de dezembro de 2015 [citado 25 de julho de 2024];6:201–7. Disponível em: <http://www.ijme.net/archive/6/patients-perspective-on-bedside-teaching-tunisia/> DOI: [10.5116/ijme.5669.ea24](https://doi.org/10.5116/ijme.5669.ea24)

29 Shetty PA, Magazine R, Chogtu B. Patient outlook on bedside teaching in a medical school. *Journal of Taibah University Medical Sciences.* fevereiro de 2021;16(1):50–6. DOI: [10.1016/j.jtumed.2020.10.002](https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2020.10.002)

30 Mol SSL, Peelen JH, Kuyvenhoven MM. Patients' views on student participation in general practice consultations: a comprehensive review. *Med Teach.* 2011;33(7):e397-400. DOI: [10.3109/0142159X.2011.581712](https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.581712)

31 Khoo EJ, Parameshwara N, Kutzsche S. Parents' perceptions of bedside teaching. *Clin Teach.* 2019 Oct;16(5):497-501. doi: [10.1111/tct.12967](https://doi.org/10.1111/tct.12967). Epub 2018 Nov 13. PMID: 30421519.

32 Kriesen U, Altiner A, Müller-Hilke B. Perception of bedside teaching within the palliative care setting—views from patients, students and staff members. *Annals of Palliative Medicine [Internet].* outubro de 2018 [citado 24 de agosto de 2024];7(4):41119–419. Disponível em: <https://apm.amegroups.org/article/view/19728> DOI: [10.21037/apm.2018.05.01](https://doi.org/10.21037/apm.2018.05.01)

- 33 Mwaka AD, Taremwa S, Adoch W, Achan J, Ainembabazi P, Walego G, et al. Patients' attitudes towards involvement of medical students in their care at university teaching hospitals of three public universities in Uganda: a cross sectional study. BMC Med Educ. dezembro de 2022;22(1):519 DOI: [10.1186/s12909-022-03576-4](https://doi.org/10.1186/s12909-022-03576-4)
- 34 Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Em: Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico [Internet]. 2017 [citado 6 de agosto de 2024]. p. 393–393. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-916273>
- 35 Jayakumar N. Bedside teaching with unwell patients: Can it ever be appropriate? Med Teach. março de 2017;39(3):323–4. DOI: [10.1080/0142159X.2016.1248922](https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1248922)
- 36 Indraratna PL, Greenup LC, Yang TX. Bedside Teaching in Australian Clinical Schools: A National Study. Journal of Biomedical Education [Internet]. 2013 [citado 25 de agosto de 2024];2013(1):948651. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1155/2013/948651>
- 37 Carty M, O’Riordan N, Ivers M, Higgins MF. Patient perspectives of bedside teaching in an obstetrics, Gynaecology and neonatology hospital. BMC Med Educ. 15 de abril de 2020;20(1):111. DOI: [10.1186/s12909-020-02016-5](https://doi.org/10.1186/s12909-020-02016-5)
- 38 Dzung E. When Teachable Moments Become Ethically Problematic. Camb Q Healthc Ethics. 2017 Jul;26(3):491-494. doi: [10.1017/S096318011600116X](https://doi.org/10.1017/S096318011600116X). PMID: 28541177.
- 39 Burgess A, van Diggele C, Roberts C, Mellis C. Key tips for teaching in the clinical setting. BMC Med Educ. 3 de dezembro de 2020;20(Suppl 2):463.
- 40 Lehman BJ, David DM, Gruber JA. Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system. Social and Personality Psychology Compass. 2017;11(8):e12328
- 41 Furtado R, Souza I. Psicologia, a Ciência do Bem-estar A relação médico-paciente: princípios éticos e situações-problema. In: Antonella Carvalho . - Ponta Grossa - PR: Editora Atena, 2021. p 65-73. DOI:[10.22533/at.ed.6042128016](https://doi.org/10.22533/at.ed.6042128016)
- 42 Alves I, Freitas A . Abreu A, Coelho M, Peres T. Um estudo sobre o papel do psicólogo hospitalar. Revista Científica Semana Acadêmica. [Internet] Fortaleza, ano MMXVII, Nº. 000105, 21/03/2017. Disponível em: <https://semanaacademica.org.br/artigo/um-estudo-sobre-o-papel-do-psicologo-hospitalar>. Acessado em: 34/08/2024.

- 43 Silva JLCL, Silva TCM da, Alencar LCA de. O Paciente e a Vivência da Visita Médica à Beira do Leito. Rev bras educ med [Internet]. dezembro de 2016 [citado 24 de agosto de 2024];40:704–12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/CkHmTfPpxZzkcJJg4gv7dtf/>
- 44 Dichi JB, Dichi I. Agonia da história clínica e suas conseqüências para o ensino médico. Rev bras educ med [Internet]. 2006 [citado 3 de setembro de 2024];30:93–7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/gjPSf33wQbRZKTzh5B58sWm/>
- 45 Quintana AM, Rodrigues AT, Arpini DM, Bassi LA, Cecim P da S, Santos MS dos. A angústia na formação do estudante de medicina. Rev bras educ med [Internet]. março de 2008 [citado 3 de setembro de 2024];32:7–14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/L9zjSXqbBGn65sQ3SxGmrgC/>
- 46 Shann S, Wilson JD. Patients' attitudes to the presence of medical students in a genitourinary medicine clinic: a cross sectional survey. Sex Transm Infect. 2006 Feb;82(1):52-4. doi: 10.1136/sti.2005.016758. PMID: 16461604; PMCID: PMC2563820.
- 47 Gil-Santos I, Santos CC, Duarte I. Medical Education: Patients' Perspectives on Clinical Training and Informed Consent. Int J Environ Res Public Health. 2022 Jun 22;19(13):7611. doi: 10.3390/ijerph19137611. PMID: 35805270; PMCID: PMC9265405.
- 48 Medicina CF de. Código de ética médica: resolução CFM 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2018. Cfm-Df; 2019.
- 49 Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches Creswell John W Sage 320 £29 0761924426 0761924426 [Formula: see text]. Nurse Res. 2004 Sep 1;12(1):82-83. doi: 10.7748/nr.12.1.82.s2. PMID: 28718745.
- 50 Silva Junior GB da, Duarte R de P, Menezes AR, Moraes AP, Alves AM, Daher EDF. Percepção dos pacientes sobre aulas práticas de medicina: uma outra ausculta. Rev bras educ med [Internet]. setembro de 2014 [citado 29 de agosto de 2024];38:381–7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/zZ6mNh6mcwSbyQC7v4XBZyR/>
- 51 Leung GK, Patil NG. Medical students as observers in theatre: is an explicit consent necessary? Clin Teach. 2011 Jun;8(2):122-5. doi: 10.1111/j.1743-498X.2010.00422.x. PMID: 21585674.
- 52 Mello D, Braz M. Vulnerabilidade, autonomia e ética em pesquisa. RBB [Internet]. 20º de junho de 2008 [citado 4º de agosto de 2024];4(1-2):49-68. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7873>
- 53 Zoboli ELCP, Fracolli LA. Vulnerabilidade do sujeito de pesquisa.: uma abordagem multidimensional. Boletim do Instituto de Saúde [Internet]. 2005 [citado 4 de agosto de 2024];(35):24–5. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001457357>

54 Ullrich DR, Oliveira JS de, Basso K, Visentini MS. Reflexões teóricas sobre confiabilidade e validade em pesquisas qualitativas: em direção à reflexividade analítica. *Análise – Revista de Administração da PUCRS* [Internet]. 2012 [citado 30 de agosto de 2024];23(1):19–30. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/face/article/view/11329>

55 Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro MMK. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação & Sociedade* [Internet]. 27 de junho de 2014 [citado 30 de agosto de 2024];24(1). Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/ies/article/view/10000>

APÊNDICE A: roteiro das entrevistas

Perguntas para os pacientes:

Não acha desconfortável, vários estudantes fazendo a mesma coisa no seu corpo, várias vezes, por exemplo auscultar seu coração?

Já foi abordado(a) por vários estudantes, quantos te tocaram? Em algum momento você se sentiu desconfortável?

Você se sentiu pressionado(a) a deixar os alunos te examinarem?

Acredita que o contato com os alunos trouxe benefício para você?

Perguntas para os estudantes:

Não acha desconfortável, vários estudantes examinando corpo do paciente ao mesmo tempo, fazendo a mesma manobra repetidas vezes?

Você já presenciou uma situação desconfortável durante as aulas de semiologia, envolvendo alunos e pacientes?

Como a sua turma fazia para obter consentimento do paciente, sendo que iam com tarefas pré-determinadas?

Já presenciou uma situação em que o paciente se sentiu coagido/ pressionado a participar da aula?

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Baseado nas resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, apresenta-se:

Convidamos você a participar do projeto de pesquisa: A aula prática e as questões bioéticas: percepção de pacientes e alunos de medicina, sob a responsabilidade do pesquisador Sérgio Henrique de Oliveira Botti, orientador do Trabalho de Conclusão de Curso do estudante de medicina Eduardo Torres Tavela.

O objetivo desta pesquisa é identificar questões éticas nas relações entre estudantes de medicina e pacientes durante as aulas práticas da disciplina de Semiologia I e II nas enfermarias e ambulatórios do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG). Se optar por participar deste estudo, você contribuirá para a coleta de informações que ajudarão os pesquisadores a entender se estudar com o corpo e a vida da pessoa está de acordo com o que é recomendado para uma formação médica humanizada e pautada em princípios éticos, e se traz benefícios para os estudantes e/ou para a pessoa que está sofrendo.

Você foi convidado por atender aos critérios escolhidos para a inclusão de participantes no nosso estudo, por ser um(a) paciente maior de 18 anos que já foi abordado por estudantes em aulas práticas de medicina ou um(a) estudante matriculado no curso de medicina, que já concluiu as disciplinas de Semiologia e Propedêutica do Adulto I e II na EMC-UNIRIO. Caso aceite, será feita uma entrevista que terá como base um roteiro de perguntas elaboradas previamente pelos pesquisadores, no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, com um tempo estimado de 10 minutos para sua realização. Será feita gravação no formato de áudio, que posteriormente será transcrito para análise.

Em qualquer pesquisa envolvendo pessoas, há o risco da quebra de sigilo. Nesse sentido, para a proteção do participante, a utilização de todos os dados analisados será apenas para publicação em meio científico e não serão mencionados dados de identificação do participante. Os dados e materiais utilizados para esta pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador, podendo ser armazenados em formato digital e com acesso restrito por senha, de forma a evitar que terceiros obtenham dados que comprometam o anonimato.

O conteúdo da entrevista não deverá abordar questões constrangedoras, mas para evitar o desconforto, o entrevistado terá liberdade de não respondê-las e os pesquisadores farão as explicações necessárias para esclarecer previamente o conteúdo das perguntas, evitando dúvidas e constrangimentos. Se você aceitar participar, estará contribuindo futuramente para novas estratégias, metodologias, que permitam ao estudante o aprendizado com o mínimo possível de danos ao paciente.

Não haverá nenhum prejuízo para você ou para seu atendimento caso opte pela recusa em participar do estudo ou a responder qualquer pergunta, tendo o participante, o direito de retirada do consentimento a qualquer momento. Sua participação é voluntária e não estão previstos nenhuma despesa ou ganho financeiro em qualquer etapa da pesquisa, incluindo responder à entrevista, e não será necessário transporte ou deslocamentos longos. No entanto, você tem o direito a receber pelas eventuais despesas decorrentes de sua participação.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Unirio, podendo ser publicados posteriormente. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação nessa pesquisa você receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, além do direito à indenização. Caso você sinta algum desconforto ou tenha alguma dúvida durante a pesquisa, o senhor(a) pode procurar o pesquisador responsável para que possamos ajudá-lo.

O senhor(a) pode entrar em contato com o pesquisador responsável Sérgio Henrique de Oliveira Botti, por meio do telefone (21)999417951, ou pelo e-mail sergio.henrique.botti@gmail.com e com o estudante Eduardo Torres Tavela no telefone (21)99973-4503 ou pelo e-mail dudutorrestavela@hotmail.com. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle -UNIRIO/EBSERH. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo whatsapp (21)97138-5971 ou e-mail cephugg@gmail.com, horário de atendimento das 08h:00 às 17h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP-HUGG se localiza no quarto andar do HUGG, pavilhão hospitalar, acesso pela escada ou elevador ao final do corredor que leva à enfermaria da Ortopedia – Rua Mariz e Barros 775, Tijuca, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20270-004.

Após leitura e esclarecimento dos termos acima expostos, caso o senhor(a) tenha escolhido participar da pesquisa, pedimos que preencha o campo de assinaturas deste documento e rubrique em todas as páginas, declarando a sua participação voluntária, ou seja, não obrigatória, e que recebeu uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, rubricada e assinada pelo pesquisador.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura (deve ser a assinatura original)

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.