

Autoscopia no contexto pedagógico: percepção dos acadêmicos de Medicina sobre a relação médico-paciente

Autoscopy in the pedagogical context: the perception of medical students about the doctor-patient relationship

Autoscopia en el contexto pedagógico: percepción de los académicos de medicina sobre la relación médico-paciente

Vivaldo Gemaque de Almeida^{1*}, Edna Ferreira Coelho Galvão¹.

RESUMO

Objetivo: Verificar as impressões dos acadêmicos de medicina quanto à relação médico-paciente antes e após a realização da autoscopia. **Métodos:** Foi realizado um estudo multimétodos, com utilização do software Iramuteq para auxílio na categorização dos vocábulos emitidos pelos estudantes de Medicina. Seguiu-se com o emprego da análise de conteúdo. **Resultados:** Argumentos para a proposição de inclusão da autoscopia dentro das atividades de um curso de graduação em medicina se configura como um dos mais importantes resultados do presente estudo. Entretanto, sua maior conquista já pode ter ocorrido, uma vez que confrontou cada um dos participantes com o seu próprio fazer profissional. **Conclusão:** Num momento de valorização da prática médica mais humanizada, com enfoque na abordagem centrada na pessoa, a utilização de metodologias ativas e ferramentas pedagógicas como a autoscopia em ambiente de atenção básica parece favorecer a construção de profissionais mais aptos para atuarem nos mais variados contextos de atenção à saúde.

Palavras-chave: Autoscopia, Relação médico-paciente, Estudantes de Medicina.

ABSTRACT

Objective: To verify the impressions of medical students regarding the doctor-patient relationship before and after autoscopy. **Methods:** A multi-method study was carried out using Iramuteq software to aid in the categorization of the words issued by medical students. It followed with the use of content analysis. **Results:** Arguments for the proposition of inclusion of autoscopy within the activities of an undergraduate medical course are one of the most important results of this study. However, his greatest achievement may already have occurred, since he confronted each of the participants with his own professional doing. **Conclusion:** At a moment of appreciation of a more humanized medical practice focused on the person - centered approach, the use of active methodologies and pedagogical tools such as autoscopy in a primary care setting seems to favor the construction of professionals better able to act in the most varied.

Key words: Autoscopy, Doctor-patient relationship, Medical students.

RESUMEN

Objetivo: Verificar las impresiones de los académicos de medicina en cuanto a la relación médico-paciente antes y después de la realización de la autoscopia. **Métodos:** Se realizó un estudio multimétodos, con utilización del software Iramuteq para auxílio en la categorización de los vocablos emitidos por los

¹ Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém-Pará. *E-mail: vgmaque@gmail.com

participantes. Se siguió con el empleo del análisis de contenido. **Resultados:** Argumentos para la proposición de inclusión de la autoscopia dentro de las actividades de un curso de graduación en medicina se configura como uno de los más importantes resultados del presente estudio. Sin embargo, su mayor conquista ya puede haber ocurrido, una vez que confrontó a cada uno de los participantes con su propio hacer profesional. **Conclusión:** En un momento de valorización de la práctica médica más humanizada, con enfoque en el enfoque centrado en la persona, la utilización de metodologías activas y herramientas pedagógicas como la autoscopia en ambiente de atención básica parece favorecer la construcción de profesionales más aptos para actuar en los más variados contextos de atención a la salud.

Palabras clave: Autoscopia, Relación Médico-paciente, Académicos de Medicina.

INTRODUÇÃO

Um dos campos de estudo da neurociência é a autoscopia, que é a experiência de um sujeito enxergar seu próprio corpo como se estivesse distante, uma espécie de projeção astral, tendo então uma percepção mais profunda acerca do eu. (SÁ JF e MOTA-ROLIM FA, 2015).

A palavra autoscopia é decomposta nos termos “auto” e “scopia”, sendo o primeiro uma ação praticada pelo próprio indivíduo e o segundo o escopo (do grego skoppós e latim scopu), que quer dizer finalidade, objetivo ou meta. O fenômeno se fundamenta na ação de objetivar-se, sendo o eu analisado em torno de uma finalidade específica. As ciências pedagógicas, por exemplo, apropriam-se desse mesmo conceito para reinventar as metodologias ativas de ensino, onde agora a autoscopia se torna um instrumento de formação, consistindo na coleta de dados por meio da videogravação de uma prática com ator (ou atores) específicos em seu cenário de trabalho, como profissionais em formação médica ou professores em formação acadêmica, objetivando que os protagonistas possam assistir o vídeo a posteriori, avaliando suas condutas e fazer, posteriormente, uma autorreflexão (SADALLA AM e LAROCCA P, 2004).

Assim, as metodologias ativas compreendem uma nova forma de abordagem ao aprendizado, com o indivíduo em formação sendo exposto às problemáticas reais. No âmbito da formação profissional, as Diretrizes Curriculares em Saúde (DCNs) de 2001, foram concebidas como um elemento de aprimoramento do Sistema único de Saúde (SUS), rearticulando a forma como eram formados os profissionais de ensino superior à saúde, tendo na homologação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) de 1996, um instrumento que permitirá a flexibilização curricular, construindo um novo perfil acadêmico e profissional, com habilidades e conteúdos contemporâneos para prestação de cuidados à saúde, tendo agora o profissional a acurácia de pensar criticamente os problemas da sociedade e buscar soluções pautadas nas suas habilidades (CARACIO FC, 2014).

Na prestação de cuidados à saúde é perceptível que o distanciamento entre as figuras do médico e o paciente é criado por uma série de construções emocionais, culturais e pessoais no imaginário das pessoas e, inegavelmente, a figura de um médico hermético, distante físico e emocionalmente dos seus pacientes, acaba tornando mais complicada a tarefa de aproximar esses dois atores. Isso porque o médico não tem uma concepção esclarecida sobre a imagem que deve fornecer ao seu paciente, ainda no seu período de formação. Tal atitude deixa a desejar, pois haveria inegável ganho junto à medicina técnica se valorizasse também a aproximação e conquista da confiança do paciente, por meio de maior interação física e emocional (BLASCO PG, 2014). É nesse contexto que o objetivo do presente estudo é verificar as impressões dos acadêmicos de medicina quanto à relação médico-paciente antes e após a realização da autoscopia.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem multimétodos, optando-se pela estratégia explanatória sequencial. Esta tem como característica principal a coleta e análise de dados quantitativos com posterior coleta e análise de dados qualitativos (CRESWELL JW, 2010).

Caracterizando os participantes

A amostra deste estudo foi constituída de 15 acadêmicos do curso de graduação em Medicina, da Universidade do Estado do Pará (UEPA), município de Santarém, estando todos devidamente matriculados e cursando o módulo de GIESC (Gestão, Interação, Ensino, Serviço e Comunidade). Também participaram do estudo, pacientes que foram atendidos pelos acadêmicos nos dias de filmagens dos atendimentos. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procedimentos éticos

A pesquisa foi desenvolvida pautada no princípio ético prescrito na resolução do CNS 466/12, que visa assegurar os direitos dos participantes da pesquisa e do Estado. Nesta pesquisa, somente foi realizada a filmagem das consultas de pacientes que concordaram participar voluntariamente da realização do estudo, autorizando a utilização das imagens em meio acadêmico. A fase de coleta de dados teve início após a liberação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Este estudo foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará – Campus XII, CAAE: 54930416.7.0000.5168.

Critérios de inclusão

Acadêmicos do curso de medicina, maiores de 18 anos, que estavam cursando o módulo GIESC, com duração de curso igual ou superior a 3 anos, no período da pesquisa, e que concordaram em participar voluntariamente do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Somente foram filmados e incluídos no estudo atendimentos de usuários da UBS que concordaram em ceder as imagens dos atendimentos para todas as etapas da autoscopia.

Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo acadêmicos do curso de medicina que, após terem concordado em ter seus atendimentos filmados, discordaram das fases subsequentes do estudo. Foram excluídos acadêmicos que passaram por transferência na fase de coleta de dados, uma vez poderia deixar de contribuir com a etapa de avaliação coletiva de filmagens. Também foram excluídos os acadêmicos que faltaram nas convocações para auto avaliação e avaliação coletiva de atendimentos filmados.

Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados em duas fases: a primeira incluiu entrevistas direcionadas aos alunos e pacientes e análise de filmagem de algumas consultas. Esta fase foi constituída de três etapas: a primeira etapa correspondeu à fase de seleção dos acadêmicos do curso de medicina, apresentação da pesquisa e assinatura do TCLE.

A aproximação com os acadêmicos foi via módulo do GIESC do curso de medicina, onde o projeto de pesquisa foi apresentado e todas as dúvidas foram sanadas para em seguida obter a assinatura do TCLE. Nesta fase foi realizado o primeiro momento da entrevista.

A segunda etapa consistiu na preparação de uma sala na unidade básica de saúde, para que o atendimento que o acadêmico estivesse realizando com um(a) usuário(a) fosse gravada em vídeo e áudio.

Somente foram gravadas consultas de pacientes que concordaram participar voluntariamente do estudo, concordando com a utilização de suas imagens durante a pesquisa no meio acadêmico, expresso por meio da assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido e do termo de uso da imagem. É importante destacar que acadêmicos e usuários sabiam que o atendimento estava sendo gravado.

Na terceira etapa, o(a) acadêmico(a) de medicina foi convidado(a) a assistir ao atendimento gravado, consistindo na autoscopia propriamente dita, tendo a oportunidade de avaliar suas atitudes e procedimentos diante do usuário e refletir sobre a relação médico-paciente.

Em seguida foi convidado(a) a responder a segunda entrevista. Os dados levantados nesta fase foram analisados a partir de análise de conteúdo categorial com apoio do software Iramuteq. Os textos proferidos pelos participantes da pesquisa na 1ª fase foram organizados e rodados neste software.

Análise textual básica

Os dados obtidos nas entrevistas foram interpretados seguindo os pressupostos de Creswell JW (2010), para a análise dos dados, que consiste na Organização e Preparação, em que é realizada a transcrição das entrevistas na íntegra; Leitura de todos os dados, é o campo em que se tem a percepção geral das ideias expressas pelos participantes do estudo; e por fim o Processo de codificação, em que finalmente os materiais são organizados de modo a formar grupos, podendo eles serem constituídos de ST (segmentos de textos), geralmente baseados em expressões reais dos participantes, onde são codificados, organizados e separados com o auxílio do software IRAMUTEQ® (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*).

A preparação do corpus neste estudo

Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra em formato de texto simples (.txt), conservando caracteres de pontuação, conforme recomendação de Loubère L e Ratinaud P (2014). As respostas dadas a pergunta 1 foram agrupadas em um único corpus textual, de modo a representar as percepções dos acadêmicos de medicina quanto à relação médico-paciente. O mesmo agrupamento de respostas foi adotado nas entrevistas que se seguiram à etapa de autoscopia, de modo a demonstrar a percepção dos acadêmicos acerca da influência da autoscopia no possível refinamento da relação médico-paciente (QUADRO 1).

Quadro 1 – Resumo metodológico.

Fase do estudo	Composição do corpus	Método de análise	Resultados
1ª FASE	PERGUNTA 1 (<i>Que você entende como relação médico paciente?</i>)	Análise de Conteúdo	Percepção de acadêmicos de medicina quanto à relação médico-paciente
AUTOSCOPIA			
2ª FASE	PERGUNTA 1 (<i>Que você entende como relação médico paciente?</i>)	Análise de Conteúdo	Percepção de acadêmicos de medicina quanto à relação médico-paciente

Fonte: Almeida VG, Galvão EFCG, 2019.

Análise do conteúdo

As respostas dadas pelos participantes do estudo a cada uma das perguntas tornaram-se corpus diferentes, compostos por 15 respostas, totalizando 1 corpus antes da autoscopia e 1 corpus após a autoscopia. Cada corpus passou a ser um documento escrito. Como tal, as informações sobre o grupo ao qual os entrevistados pertencem (acadêmicos de medicina) tornaram-se passíveis de extração. Assim, realizou-se inferências sobre as percepções dos acadêmicos de medicina quanto a relação médico-paciente e avaliou-se tais percepções se modificaram após a realização da autoscopia. As entrevistas foram transcritas e analisadas buscando identificar e agrupar os conteúdos semelhantes, enumerando-se a ocorrência de um mesmo signo linguístico (palavras e expressões) que se repete com frequência, para a construção das categorias ou classes de equivalências definidas por julgamento do pesquisador, a partir das significações que emergiram das falas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percepção quanto à relação médico-paciente

Todas as respostas dadas à pergunta 1 (O que você entende como relação médico-paciente?) foram transcritas sendo agrupadas em um único corpus textual, denominado corpus 1. A mesma pergunta foi realizada aos participantes após a autoscopia, compondo o corpus 2. Os dois corpus foram submetidos à análise estatística básica do IRAMUTEQ, que reconheceu 973 e 843 ocorrências (total de palavras) nos corpus 1 e 2, respectivamente. Quanto ao número de palavras distintas, foram reconhecidas 240 no corpus 1

e 227 no corpus 2. Observou-se, portanto, menor número de palavras após a autoscopia, podendo corresponder a uma maior facilidade em conceituar relação médico-paciente após a autoscopia. Os gráficos de nuvem de palavras (**Figura 1 e 2**) mostram a conceituação da relação médico-paciente antes e após a autoscopia, respectivamente.

Figura 1 – Nuvem de palavras: conceituação de relação médico-paciente antes da autoscopia. Santarém/PA. Ano de 2018.



Fonte: Almeida VG, Galvão EFCG, 2019.

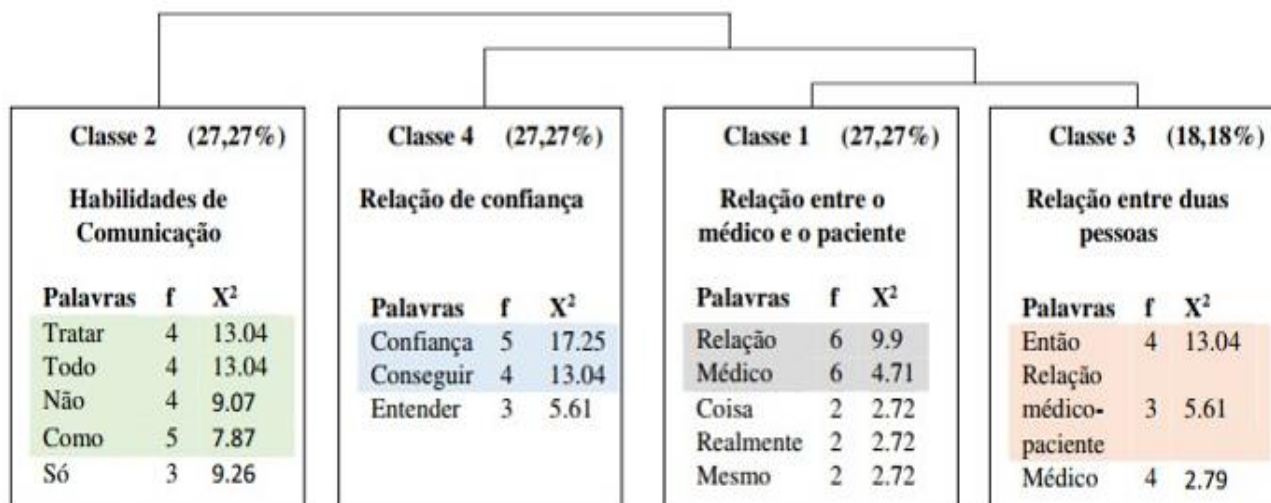
Figura 2 – Nuvem de palavras: conceituação de relação médico-paciente após a autoscopia.



Fonte: Almeida VG, Galvão EFCG, 2019.

Ambos os corpus foram submetidos à CHD (Classificação hierárquica descendente), sendo constituídos por 15 textos, que corresponde às falas dos 15 participantes. O corpus 1, após a CHD, ficou dividido em 27 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 22 ST (81,48%). O conteúdo analisado foi caracterizado em quatro classes: classe 1 com 6 ST (27,27%), classe 2 com 6 ST (27,27%), classe 3 com 4 ST (18,18%), classe 4 com 6 ST (27,27%). Os resultados da CHD e a relação interclasses do corpus 1 estão ilustrados na **Figura 3**.

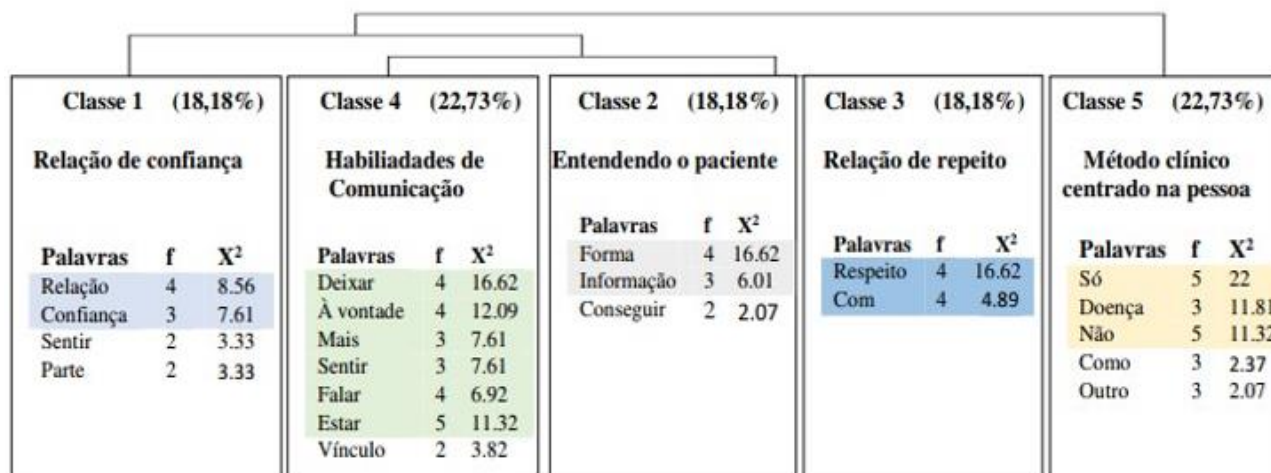
Figura 3 – Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus 1: conceituação de reação médico-paciente antes da autoscopia.



Fonte: Almeida VG, Galvão EFCG, 2019.

O corpus 2, por sua vez, quando submetido à CHD, foi separado em 26 ST, com aproveitamento de 22 ST (84,62%). O conteúdo analisado ficou dividido em cinco classes: classes 1, 2 e 3 com 4 ST (18,18%) cada; e classes 4 e 5 com 5 ST (22,73%) cada, conforme disposto na **Figura 4**.

Figura 4 – Análise hierárquica descendente do corpus 2: conceituação de reação médico-paciente após a autoscopia.



Fonte: Almeida VG, Galvão EFCG, 2019.

Classe 2 (corpus 1) e classe 4 (corpus 2): Habilidades de comunicação

Esta temática correspondeu a 27,27% e 22,73% dos vocábulos de cada classe nos corpus 1 e 2, respectivamente, havendo frequência maior para as formas tratar, não, como, deixar, à vontade, mais e sentir. Os participantes do estudo, por meio da leitura dos ST, nomearam a relação médico-paciente como sendo a forma ou maneira como o médico trata o paciente.

É importante destacar que o verbo “tratar” esteve afastado de seu uso corriqueiro na prática médica, ou seja, às condutas dispensadas, quase de caráter medicamentoso ou intervencionista. Nos ST que compuseram essa classe, o verbo tratar esteve mais associado a habilidades de comunicação. Esta

semântica contrapõe-se ao modelo biologicista, com método centrado na doença e na crença do profissional médico como detentor da cura:

“[...] tratar ela como um todo, não só a doença dela” (Entrevistado 01 – antes da autoscopia).

A presença do advérbio “não”, nestas classes, esteve associada a citações de atitudes compreendidas como prejudiciais à relação médico-paciente. O diálogo abaixo demonstra tal conceituação da relação médico-paciente, por vezes ilustrada como atitudes que não devem fazer parte da abordagem do profissional médico ao seu paciente em consulta:

“Seria fazer com que haja um diálogo possível o médico e o paciente para que facilite o seu diagnóstico, não só maneira de tratar paciente, mas a abordagem que você faz. Que seja direcionada, a fim de facilitar o diagnóstico” (Entrevistado 11 – antes da autoscopia).

Ademais, o simples ato de deixar o paciente falar livremente durante os momentos iniciais da consulta é reconhecido como capaz de melhorar significativamente os rumos de uma consulta médica. O clássico estudo de Beckman HB e Frankel RM (1984) mostrou que o fato de o médico interromper o paciente enquanto expressa os motivos da consulta influencia negativamente para o resultado desta. O tempo médio para interrupção, no referido estudo, foi de 18 segundos até que o médico assumisse o controle da consulta com perguntas direcionadas, não permitindo aos pacientes a expressão de suas ideias de forma livre.

Classe 4 (Corpus 1) e Classe 1 (Corpus 2): Relação de confiança

Tendo correspondido a 27,27% dos vocábulos no *corpus 1* e 18,18% no *corpus 2*, o reconhecimento da relação médico-paciente como uma relação de confiança esteve fortemente presente na fala dos participantes antes e após a autoscopia. Para os mesmos, a relação médico-paciente se estabelece no primeiro contato entre os dois atores desta relação, sendo primordial para que o paciente desenvolva confiança no profissional médico e para que as consequências do atendimento médico aconteçam.

*“Acho que a relação médico-paciente é uma **relação de confiança**” (Entrevistado 03 – antes da autoscopia).*

No estudo de Gomes AP, et al. (2012), a base que sustenta a relação médico-paciente, foi a confiança, na medida em que favorece o vínculo, abertura para o compartilhamento de temas íntimos e diálogo aberto. Faz-se oportuno destacar o papel da confidencialidade na relação médico-paciente, uma vez que pressupõe obrigação do profissional médico, garantindo ao paciente que suas informações, diagnósticos e tratamentos sejam mantidos em sigilo.

Classe 1 (Corpus 1): Relação entre duas pessoas

Do ponto de vista dos participantes, a relação médico-paciente se configura em um laço, vínculo ou, como o próprio nome sugere, uma relação que se estabelece entre o médico e o paciente, devendo esta ser uma relação de empatia e respeito mútuos. Esta classe correspondeu a 27,27% das expressões do *corpus 1*. Dentre os vocábulos que a formaram, destacaram-se **relação, médico e paciente**.

O termo **relação** apresentou grande frequência nesta classe, estando ligado a outras formas, englobando a temática do *corpus 1*.

*“É a forma como o **médico** se relaciona com seus **pacientes**. Tem quer ser sempre uma **relação** respeitosa procurando ver quais são mesmo as necessidades do **paciente**, vendo se **realmente** o problema dele é a doença que ele tem ou é uma **alguma coisa** que está por trás disso tudo” (Entrevistado 04 – antes da autoscopia).*

Não é surpresa que a relação médico-paciente tenha sido caracterizada pelos participantes como uma relação cujos protagonistas em geral são o médico e o paciente. Arce MA (2008) destaca que, nesta relação, o médico precisa atentar para a percepção subjetiva que o paciente tem da doença. Tal percepção está condicionada por 4 elementos fundamentais: fatores dependentes do caráter da doença; fatores dependentes

das circunstâncias em que ocorrem as doenças; personalidade do paciente antes e durante a doença e posição social do paciente. Cada um destes fatores interfere em como o paciente percebe seu problema de saúde. Conhecendo-os, o médico pode decidir como se relacionar com o paciente e sua família, assim como o tratamento mais adequado.

Classe 3 (Corpus 1): Relação entre o médico e o paciente

Nesta classe, última gerada por meio da CHD do *corpus 1*, houve maior frequência para as formas **então**, **relação médico-paciente** e **médico**. Os participantes expressaram, por meio dos ST retidos nesta classe, que a relação médico paciente engloba a maneira como o médico se relaciona com o paciente, sendo comparada a uma conversa ou diálogo, que deve permitir uma abordagem ampla do paciente. A relação médico-paciente não pode se restringir ao diagnóstico nosológico e conduta terapêutica.

*“Eu entendo que na **relação médico-paciente** tem que haver primeiramente respeito tanto do **médico** quanto do paciente, levando o **médico** sempre a levar a solução do problema do paciente, podendo ser no momento da consulta ou, **então**, posteriormente com vida mesmo, se for uma doença crônica ou algo do tipo.” (Entrevistado 02 – antes da autoscopia).*

Mesmo em ambiente de atenção primária à saúde, onde a maioria dos diagnósticos podem ser feitos a partir de uma história clínica adequada, DiMatteo MR (1998) atestou que muito pouco tempo das consultas médicas é gasto ouvindo os pacientes e mesmo os médicos acabam por limitar as falas dos pacientes. A comunicação deficiente, invariavelmente, resulta em menor confiança dos pacientes em seus médicos, o que pode resultar em falha terapêutica, como também, em última instancia, a má comunicação onera o sistema de saúde.

Classe 5 (Corpus 2): Oposição ao método clínico centrado na doença

Nesta classe, ocorre nítida contraposição ao modelo biomédico. O percentual obtido referente a contextualização dos vocábulos típicos de cada classe formada pelos ST foi de 22,73%, havendo frequência maior para as formas **só**, **não**, **doença** e **como**. Cabe destacar a importância desta classe, dada à necessidade de humanização da prática médica, num contexto em que muito se discute acerca do tema humanização em saúde. Observa-se, portanto, nítida contraposição ao modelo flexneriano, biologicista, tendo a doença com centro do cuidado. Os diálogos abaixo ilustram essa preocupação, bem como trazem a coexistência das formas mais frequentes nessa classe em segmentos de texto típicos. As falas a seguir exemplificam a ideias expostas.

*“[...]Je sempre se importando com o que o paciente quer dizer e **não só** tentando buscar uma **doença** e, sim, se adequar às características do paciente” (Entrevistado 04 – após a autoscopia).*

Observa-se, nas falas dos participantes, nítida oposição ao modelo de abordagem que prioriza a doença na prática médica. Existe um reconhecimento do paciente como ser dotado de peculiaridades, devendo a abordagem médica ser ampliada pela visão holística deste outro ser humano. Uma visão reducionista do indivíduo e da prática médica foi, portanto, claramente negada pelos participantes. Apesar da não utilização dos termos —pessoa ou —método clínico centrado na pessoa, os participantes demonstraram estar em consonância com as proposições deste modelo de abordagem clínica, na medida em que propõem um equilíbrio entre objetividade e subjetividade e fazem oposição ao entendimento de doença como algo decorrente apenas de funcionamento anormal de órgãos e tecidos (STEWART M, et al., 2010).

Classe 2 (Corpus 2): Entendendo o paciente

O percentual obtido referente a contextualização dos vocábulos típicos de cada classe formada pelos ST foi de 18,18%, havendo frequência maior para as formas **informação**, **forma** e **conseguir**. Para os participantes a relação médico-paciente se constroi no momento em que o médico é capaz de entender o paciente, absorvendo as informações por ele trazidas e sabendo transmitir as orientações quanto a diagnóstico e tratamentos.

*“É quando o médico **consegue** se colocar no lugar do paciente, **consegue entender** e se colocar na mesma posição do paciente e não acima dela. E tentar entender o que ele está falando” (Entrevistado 07 – após a autoscopia).*

Classe 3 (Corpus 2): Relação de respeito

O percentual obtido referente a contextualização dos vocábulos típicos de cada classe formada pelos ST foi de 18,18%, sendo composta quase que exclusivamente pela forma **respeito**. Os participantes demonstraram reconhecer a importância do respeito para a relação médico paciente. A presença desta classe posterior à autoscopia pode ter ocorrido por ser consequência da autoavaliação propiciada por esta ferramenta pedagógica.

*“É uma relação que o médico mantém com o paciente e vice-versa, baseada na questão de **respeito**, empatia, entendimento e conhecimento, entre outros valores” (Entrevistado 05 – após a autoscopia).*

CONCLUSÃO

O presente estudo buscou a observação da temática relação médico-paciente sob a ótica de acadêmicos de medicina. A técnica da autoscopia, na medida em que convida o indivíduo à autoavaliação, demonstrou favorecer à relação médico-paciente. A utilização do software Iramuteq se mostrou eficaz como ferramenta de pesquisa, na medida em que revelou os vocábulos mais frequentes em cada indagação, bem como os agrupou de modo a facilitar a compreensão e apreensão das ideias apresentadas pelos participantes. Num momento de valorização da prática médica mais humanizada, com enfoque na abordagem centrada na pessoa, a utilização de metodologias ativas e ferramentas pedagógicas como a autoscopia em ambiente de atenção básica parece favorecer a construção de profissionais mais aptos para atuarem nos mais variados contextos de atenção à saúde. Argumentos para a proposição de inclusão da autoscopia dentro das atividades de um curso de graduação em medicina se configura como um dos mais importantes resultados do presente estudo. Entretanto, a maior conquista deste estudo já pode ter ocorrido, na medida em que confrontou cada um dos participantes com o seu próprio fazer profissional. Foi como se ver através do espelho, só que enquanto profissional de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- ARCE MAR. Relación médico-paciente. *Habana: Editorial Ciencias Médicas*, 2008.
- 2- BECKMAN HB, FRANKEL RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med*. 1984; 101:692-6.
- 3- BLASCO PG. The Art of Medicine (II): The Doctor-patient relationship. *Revista Brasileira de Medicina – Oncologia*. Rio de Janeiro, 2014 março. V 71, pag 13-21.
- 4- BRASIL. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Brasília: Ministério da Educação, 2014.
- 5- CARACIO FCC. A Experiência de uma Instituição Pública na Formação do Profissional de Saúde para Atuação em Atenção Primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2133-2142, jul. 2014.
- 6- CRESWELL JW. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto; tradução Luciana de Oliveira da Rocha – 3ed – Porto Alegre: *Artmed*, 2010.
- 7- DIMATTEO MR O papel do médico no emergente ambiente de cuidados de saúde. *West J Med* 1998. 168 (5): 328 - 333.

- 8- GOMES AP, BITTENCOURT-COSTA JR, ROMANO VF, COSTA RR *et al.* Active teaching-learning methodologies: medical students' views of problem-based learning. *Rev Bras Educ Méd.* 2011;35(1):13-19
- 9- LOUBÈRE L, RATINAUD P. Documentation IRaMuTeQ 0.6 alpha 3 version 0.1. Toulouse, França. Retirado de http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation_19_02_2014.pdf, 2014.
- 10- SÁ, JF, MOTA-ROLIM SA. Out-of-body Experiences: historical and Neuroscientific Aspects. *Ciências e Cognição.* 2015, vol 20(1), pag 189-198.
- 11- SADALLA AM, LAROCCA, P. Autoscopia: um Procedimento de Pesquisa de Formação. *Educação e Pesquisa*, São Paulo. V.30, n.3, p. 419-433, 2004.
- 12- STEWART M, BROWN JB, WESTON WW *et al.* Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2ª ed. Porto Alegre: *Artmed*; 2010. 376p.
- 13- UNESCO, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. [Internet]. Lisboa: *Comissão Nacional da Unesco em Portugal*; 2005. Disponível: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>.