

Maria Mônica Freitas Ribeiro

Avaliação da atitude do estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a respeito da relação médico-paciente, no decorrer do curso médico.

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Grau de Doutor em Medicina.

Área de concentração: Clínica Médica

Orientador: Prof. Carlos Faria Santos Amaral

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina

2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

REITORA: Professora Ana Lúcia Almeida Gazzola

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

PRÓ-REITOR DE PÓS-GRADUAÇÃO: Professor Jaime Arturo Ramirez

FACULDADE DE MEDICINA

DIRETOR: Professor Geraldo Brasileiro Filho

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA

COORDENADOR: Professor Francisco José Penna

COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA

MÉDICA: Professor Carlos Faria Santos Amaral

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

CHEFE: Professor Dirceu Bartolomeu Greco

Belo Horizonte

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Medicina

2006

R484a Ribeiro, Maria Mônica Freitas.
Avaliação da atitude do estudante de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a respeito da relação médico-paciente, no decorrer do curso médico [manuscrito] / Maria Mônica Freitas Ribeiro. – 2006.
116 f., enc. : il. p & b, tabs., grafs.

Orientador: Prof. Carlos Faria Santos Amaral.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

Área de concentração: Clínica Médica.

Linha de pesquisa: Ensino Médico.

Bibliografia: f. 100-106.

Anexos: f. 107-114.

1. Educação médica – Teses. 2. Medicina – Estudo e ensino – Teses. 3. Médicos – Formação profissional – Teses. 4. Estudante de medicina – Atitudes – Teses. 5. Relações médico-pacientes – Teses. 6. Medicina clínica – Teses. 7. Prática profissional – Teses. I. Amaral, Carlos Faria Santos. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: W 18

AGRADECIMENTOS

A realização de uma pesquisa para tese de doutorado, principalmente quando a pergunta inicial parte de uma vivência profissional, se mistura um pouco com a própria vida. Ao concluí-la e pensando nos agradecimentos, fica difícil enumerar pessoas pois elas seriam muitas e há sempre o risco de esquecer algumas. Isto não me impede, no entanto, de agradecê-las. Durante a formação médica, foram alguns professores que, ao me acolherem na minha insegurança de aprendiz, me ajudaram a enxergar que medicina era muito mais que saber muito bem o que estava nos livros. Mais tarde, professora, foram colegas que, dividindo comigo incertezas a respeito de como ensinar medicina, me permitiram refletir sobre a importância da relação com o paciente - ser humano - sujeito do trabalho médico e com o estudante, sujeito do trabalho do professor. Foram estes estudantes que, adolescentes ainda em formação, me trouxeram o desafio de apresentar-lhes, mais que conhecimentos técnico-científicos, referências para a vida profissional (muitas vezes pessoal), responsabilidade essa de mestre. Foram os pacientes que, sujeitos, muito exigiram de mim, mas muito mais me ofereceram. Foram as muitas pessoas que, de forma visível ou não, têm me permitido exercer minha função.

E foram todas essas pessoas que me motivaram a permitir o sonho e enveredar por caminho tão difícil como esse de estudar a relação médico-paciente no ensino médico. Foram ainda essas pessoas que me ajudaram a limitar o sonho ao possível, uma vez que sempre gostaríamos de fazer mais do que as condições objetivas nos permitem.

Hesitei muito antes de enumerar pessoas pelo risco de esquecer alguém, mas, considerando aquelas diretamente envolvidas na construção do projeto e na sua execução, decidi correr o risco, pois me pareceu injusto não fazê-lo. Gostaria de agradecer:

- Ao Professor Carlos Faria Santos Amaral, orientador da tese, que acreditou que eu seria capaz dessa tarefa e me ajudou a realizá-la;

- Ao Professor Aloísio Joaquim Freitas Ribeiro, pela orientação na análise estatística;

- Ao Professor Ed Krupat, que não só permitiu o uso da escala PPOS, mas sempre se mostrou disponível para a discussão de todas as dúvidas referentes à sua aplicação;

- Aos colegas Professores Sebastião Soares Leal, Eduardo Costa Ferreira, Maria Elizabeth Uchoa, Lúcia M. H. Figueiredo Goulart, Ceres Maria Pinheiro Ribeiro, Itamar T. Sardinha, Valéria M. Azeredo Passos e Roberto Assis Ferreira, pela participação em momentos diversos da construção do projeto;

- Aos Professores das disciplinas de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde, Semiologia Médica I-Adultos, Medicina Geral de Adultos I, Clínica Cirúrgica, Psiquiatria Clínica e dos Internatos de Urgência e Traumatologia e de Obstetrícia, que me permitiram a aplicação do questionário e, muitos deles, me ajudaram a fazê-lo.

- Aos estudantes dos primeiro, quinto, sétimo, nono, décimo e décimo segundo períodos do segundo semestre de 2004, que participaram com seriedade da pesquisa;

- Ao meu filho Lourenço pela assistência nas dúvidas de informática e à minha filha Ana, pela ajuda com a redação, principalmente com o inglês. Ao Marcelo, meu marido e colega, pela ajuda em todas as etapas do trabalho;

- Aos colegas professores e funcionários técnico-administrativos que me ajudaram em algumas tarefas e, principalmente, compartilharam comigo o tempo desse trabalho, seja ouvindo, trocando idéias, ajustando horários, colaborando no momento da aplicação dos questionários.

O que faz andar a estrada? É o sonho. Enquanto a gente sonhar a estrada permanecerá viva. É para isso que servem os caminhos, para nos fazerem parentes do futuro.

(Mia Couto)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANOVA - análise de variância

CFM - Conselho Federal de Medicina

DP - escala *doctor-patient*

FM-UFMG – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

HC-UFMG - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

PPOS – *Patient-Practitioner Orientation Scale* ou escala de orientação médico-paciente

PSF- Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Escore total da PPOS por período do curso de medicina da UFMG, para os 738 estudantes	65
Gráfico 2: Escore total da PPOS e gênero para a amostra total de estudantes de medicina da UFMG.....	67
Gráfico 3: Escore total da PPOS por faixa de renda, em salários mínimos, para a amostra total de estudantes de medicina da UFMG	69
Gráfico 4: Escore total da PPOS e especialidade pretendida, após a formatura, para a amostra total de estudantes de medicina da UFMG	72
Gráfico 5: Escore total da PPOS e especialidades de atenção básica pretendidas, após formatura, para a amostra total de estudantes de medicina da UFMG.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos estudantes que responderam ao questionário e percentual em relação ao número de estudantes matriculados por período escolar e gênero em agosto de 2004, na Faculdade de Medicina da UFMG.....	61
Tabela 2: Idades mediana, mínima e máxima dos estudantes que participaram da pesquisa..	62
Tabela 3: Renda familiar informada, em salários mínimos, dos estudantes que responderam ao questionário sócio demográfico	62
Tabela 4: Nível de escolaridade dos pais para os 738 estudantes que responderam ao questionário sócio demográfico.....	63
Tabela 5: Número absoluto e percentagem de estudantes que informaram participação em iniciação científica e estágios extracurriculares, por período.....	63
Tabela 6: Especialidade pretendida após formatura pelos 738 estudantes da amostra e para aqueles do 12º período em números absolutos.....	64
Tabela 7: Escore total da PPOS por período escolar e valor de p da diferença entre o escore do primeiro em relação aos demais períodos.....	65
Tabela 8: Variação das médias da sub-escala de poder, por período, com o desvio padrão e o valor de p da diferença entre o primeiro e os demais períodos do curso.....	66
Tabela 9: Variação das médias da sub-escala de cuidado, por período escolar, com o desvio padrão (DP) e o valor de p da diferença entre o primeiro e os demais períodos.....	66
Tabela 10: Distribuição das médias totais da escala PPOS por período escolar e por gênero .	68
Tabela 11: Distribuição das médias da sub-escala (PPOS) de poder por período e por gênero, com valor de p para a diferença de gênero	68
Tabela 12: Variação do escore total da PPOS de acordo com a faixa de renda familiar e valor de p da diferença entre a classe de renda 1 e as demais	69
Tabela 13: Resultado do valor de p para variação do escore total da PPOS e as variáveis período, sexo, renda, pais médicos, iniciação científica e estágios extracurriculares, utilizando modelo de análise de variância com uma e com todas as variáveis.....	70
Tabela 14: Tabulação cruzada de renda familiar e pais médicos, em percentagem, para os 738 estudantes.	70
Tabela 15: Tabulação cruzada de estágios extracurriculares, em percentagem, versus período do curso de medicina para os 738 estudantes.....	71
Tabela 16: Tabulação cruzada de iniciação científica, em percentagem, versus período do curso de medicina, para os 738 estudantes.....	71

Tabela 17: Variação do escore total da PPOS para escolaridade do pai e escolaridade da mãe, com valor de p (ANOVA) para a diferença.....	73
Tabela 18: Valores de escores total da PPOS, de cuidado e de poder, por gênero, para os estudantes do primeiro período.	74
Tabela 19: Escore total da PPOS para especialidades relacionadas à atenção básica comparada com as demais especialidades, para amostra total e para o 12º período.....	75
Tabela 20: Escores total da PPOS, de cuidado e poder para os estudantes do 10º período em agosto de 2004 e para a mesma turma de estudantes no 12º período em agosto de 2005.....	76

RESUMO

O modelo flexneriano de ensino médico, com base no modelo biomédico e no método clínico, tem sido responsabilizado pela perda de idealismo do estudante de medicina e por seu menor envolvimento com o paciente no decorrer do curso médico. A Faculdade de Medicina da UFMG é uma escola médica tradicional no Brasil que, desde 1975, tem um currículo que, pelo menos, tensiona o modelo biomédico tradicional. No entanto, a impressão do dia a dia sugeria que o estudante ao final do curso estava mais preocupado com os *casos interessantes* do que com a pessoa doente. Este é um estudo transversal que teve como objetivo avaliar a atitude do estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais a respeito da relação médico-paciente, se centrada no médico e na doença ou no paciente, e sua evolução no decorrer do curso médico. Objetivou ainda verificar alguns fatores sócio-demográficos, que de acordo com a literatura, poderiam estar envolvidos com essa atitude. Para isso foram utilizados a escala PPOS ou escala de orientação médico-paciente, traduzida do inglês, e um questionário com variáveis sócio-demográficas. Foram escolhidos para participar do estudo os estudantes matriculados no primeiro, quinto, sétimo, nono, décimo e décimo segundo períodos do curso em agosto de 2004 e presentes à aula no dia da aplicação do questionário. Do total de 958 estudantes matriculados nesses períodos, aproximadamente 800 estavam presentes no momento da avaliação, e 738 responderam ao questionário e à escala. Os resultados mostraram atitudes mais centradas no paciente para as estudantes do sexo feminino do que para os estudantes do sexo masculino no início do curso médico ($p= 0,000$); mas, ao final do curso, esta diferença deixou de existir ($p=0,14$). Embora as atitudes ao final do curso, quando comparadas com aquelas do início, tenham sido mais centradas no paciente para a amostra total ($p= 0,000$), quando se analisaram separadamente estudantes homens e mulheres, esta diferença ocorreu apenas para os homens ($p=0,001$) e

não para as mulheres ($p=0,104$). A análise das sub-escalas de compartilhamento do poder e de cuidado mostrou mudança de atitude no decorrer do curso, para atitude mais centrada no paciente ao final, apenas para a sub-escala de poder ($p= 0,000$). Renda familiar mostrou associação inversa com atitude centrada no paciente ($p=0,018$), enquanto a opção por especialidades de cuidado básico após a formatura se relacionou com atitudes mais centradas no paciente ($p=0,013$). Para estudos futuros serão interessantes principalmente a avaliação de comportamento e não apenas de atitude a respeito da relação médico-paciente, a busca de explicações para a evolução relacionada ao gênero, assim como para a interferência da renda familiar. O estudo do tema em outras escolas médicas do Brasil poderá ainda trazer informações sobre a influência de aspectos culturais e aspectos relacionados ao currículo sobre a atitude do estudante a respeito da relação médico-paciente.

SUMMARY

The doctor-patient relationship is fundamental to medical care and affects patients' psychological, social and biological outcomes. Patient-centered care is an important aspect of the doctor-patient relationship and it takes into account patients' preferences, concerns and emotions. Its importance has been recognized by many educators, who emphasize the need for teaching communication skills, humanistic attitudes and behaviors, and ethical and professional values to medical students. The objectives of this study were to examine the attitudes of medical students towards the doctor-patient relationship at medical school of Universidade Federal de Minas Gerais, to describe and quantify the change in these attitudes among students in different years of medical school and to identify factors associated with patient or doctor-centered attitudes. The Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS), a previously validated instrument used to measure individual's attitudes toward doctor-patient relationship was translated into Portuguese and a socio-demographic questionnaire was created. These two instruments were used to survey approximately 800 students in the first, fifth, seventh, ninth, tenth and twelfth semesters of medical school. A total of 738 students (>90%) completed data collection. For the entire cohort, female gender ($p=0.000$), later semester in medical school ($p=0.000$), primary-care specialty choice ($p=0.013$) and lower familial income ($p=0.018$) were significantly associated with more patient-centered attitudes. Among first semester students only female gender was associated with more patient-centered attitudes. *Sharing* sub-scores (focusing on power and control) were significantly more patient-centered for twelfth semester male students than for first semester males ($p=0.000$), but not for female students ($p=0.157$). *Caring* sub-scores (focusing on the value of warmth and support) did not change with the years of school. The small increase in patient-centered attitudes among male students and lack of change among female students needs the attention of medical educators and administrators. These results can stimulate the assessment of students' attitudes toward the doctor-patient relationship at other Brazilian medical schools, and it would be possible to identify the association between patient-centeredness and the focus of different curricula. Communication skills need to be taught and the provision of patient care needs to be critically examined by teachers and students aiming to change attitudes toward the doctor-patient relationship to be more patient-centered attitudes.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	7
LISTA DE GRÁFICOS.....	8
LISTA DE TABELAS.....	9
RESUMO.....	11
SUMMARY	13
1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1 Introdução	21
2.2 Modelo biomédico na Educação Médica	23
2.3 Avaliação de atitudes de estudantes de medicina	27
2.4 Medicina Centrada no Paciente	31
2.4.1 Definições e conceitos.....	31
2.4.2 Atitude do estudante de medicina em relação à medicina centrada no paciente.....	36
2.5 A escala PPOS	41
2.6 A Faculdade de Medicina da UFMG	43
3 OBJETIVOS.....	51
3.1 Objetivo geral	52
3.2 Objetivos específicos	52
4 MÉTODO.....	53
4.1 Os instrumentos de medida	54
4.1.1 O questionário sócio-demográfico.....	54
4.1.2 A escala PPOS.....	54
4.2 Amostra do estudo	56
4.3 Coleta de dados	57
4.4 Confeção do Banco de Dados e Análise Estatística	58
4.5 A revisão da literatura	59
5 RESULTADOS.....	60
5.1 Perfil do estudante participante da pesquisa	61
5.2 Escores total da PPOS, de cuidado e poder para a amostra total	64
5.2.1 Escore total da PPOS, de cuidado e de poder e o período do curso de medicina ...65	

5.2.2	Escore total da PPOS e gênero.....	67
5.2.3	Escore total da PPOS de cuidado e poder versus renda, pais médicos, estágios extracurriculares e iniciação científica.	69
5.2.4	Escores da PPOS e especialidades pretendidas	72
5.2.5	Escore total da PPOS e as demais variáveis do questionário sócio-demográfico.....	73
5.3	Escores para o primeiro período e sua relação com o questionário sócio-demográfico.....	73
5.4	Escores para o décimo segundo período e sua relação com o questionário sócio- demográfico.....	74
5.5	Resumo do capítulo.....	75
5.6	Busca de explicação para a redução de escores do décimo período.....	76
6	DISCUSSÃO.....	78
7	CONCLUSÃO.....	94
8	PROPOSIÇÕES.....	97
8.1	Proposições para estudos Futuros.....	98
8.2	Proposições para reflexão sobre mudanças curriculares	98
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
10	ANEXOS.....	107
	Anexo I PPOS- <i>Patient-Practitioner Orientation Scale</i> - Escala original em inglês.....	108
	Anexo II Escala PPOS traduzida	110
	Anexo III Questionário sócio-demográfico.....	112
	Anexo VI Parecer do Comitê de Ética Pesquisa da UFMG.....	113
	Anexo V PPOS- a- <i>Patient-Practitioner Orientation Scale</i> - orientações do autor	114
	b- Autorização do autor da escala para sua utilização.....	115
	Anexo VI Termo de consentimento.....	116

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Os currículos das escolas de medicina, centrados no hospital, são mencionados como um fator importante para a manutenção do modelo biomédico baseado na racionalidade técnica e esse modelo, por sua vez, é responsabilizado pela desumanização da medicina.

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM-UFMG), em 1975, iniciou um currículo no qual o ambulatório era referência e um dos principais cenários de prática. Entre os ambulatórios se incluíam os da rede pública de saúde, sem vínculo direto com o hospital-escola, para todos os estudantes. Além disso, o processo de desenvolvimento curricular em educação médica na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) considerava que a base do ensino seria o problema do paciente, a partir do qual se daria o aprendizado do estudante, com orientação do professor (1). A participação neste processo desde o seu início, primeiro como estudante da primeira turma desse currículo, com participação ativa na sua implantação e, a partir de 1984 como professora do Departamento de Clínica Médica, envolvida com comissão de coordenação didática, coordenação de disciplina e com representação no Colegiado de Graduação, associada a leitura de trabalhos já realizados por pesquisadores da Faculdade de Medicina, permite-nos algumas considerações. Apesar de ser considerado um processo curricular e dos seminários institucionais realizados para sua avaliação, já nos primeiros anos de ensino médico seguindo esse currículo aconteceram mudanças na forma de ministrar o conteúdo teórico, com conteúdo pré-programado ao invés de orientado pelo problema do paciente; e conseqüentemente na avaliação discente que passou a ser baseada neste conteúdo. Com isto, pode-se dizer que houve retorno parcial ao modelo flexneriano pois, com o ensino teórico desvinculado da prática, o estudante passou a estudar o que era exigido em provas. No ano de 1994 ocorreram mudanças curriculares expressivas. Disciplinas de psicologia médica foram introduzidas no segundo e sétimo

períodos do curso médico com objetivo de buscar solução para conflitos emocionais do estudante e de fazer uma reflexão sobre a construção de sua identidade médica, além de ajudá-lo na identificação de fenômenos psicossociais mórbidos presentes no atendimento ambulatorial. Entretanto, na mesma ocasião, foram introduzidas disciplinas de especialidades médicas, como disciplinas optativas, em substituição a disciplinas que tinham como objetivo abordagem mais global do paciente. Para muitos estudiosos do currículo, essas últimas mudanças, associadas ao modelo de avaliação adotado pela escola, significaram um retrocesso, com reforço ao modelo biomédico.

Além disso, a experiência como professora da Faculdade de Medicina da UFMG há cerca de vinte anos, com participação em recepção de calouros do primeiro período; no ensino de Semiologia Médica I- adultos, disciplina que tem nos seus objetivos o ensino da entrevista médica e da relação médico-paciente; no ensino de Medicina Geral de Adultos cujos objetivos são a atenção global ao paciente adulto, com o desenvolvimento do raciocínio clínico considerando os aspectos biopsicossociais; e na supervisão do ambulatório da residência de clínica médica, deixava a impressão de que o estudante inicia o curso com grande interesse no cuidado da pessoa e no seu decorrer há um processo de transformação de tal forma que, quando inicia o ciclo profissional, o interesse já está muito mais na busca de respostas para os aspectos biológicos da doença. Isso pode ser percebido em várias situações. Para exemplificar, pode-se mencionar o trabalho de um aluno de Semiologia Médica que, frente à endoscopia digestiva alta normal de uma paciente com dor epigástrica, escreveu ter sentido que se frustraram todas as suas expectativas e, na sua percepção, também as da paciente; ou do outro estudante também do terceiro ano, que reclamava da falta de *casos interessantes* no ambulatório. A busca da racionalidade técnica parece ser um aspecto preponderante que se torna progressivamente mais acentuado no decorrer do curso.

Antes de ingressar no curso de medicina, para o estudante secundarista, a medicina, que deveria ser a mais humana das profissões, é profissão da área biológica em virtude do conhecimento exigido pelo vestibular. Esse aspecto puramente científico-biológico é reforçado durante os dois anos de ciclo básico cujo conteúdo é essencialmente biológico. Ao iniciar o ciclo profissional, o exercício da profissão contrapõe o paciente fantasiado e imaginário, a quem se dispõe a doar, cuidar, ajudar, ao paciente real, que questiona, exige, pede, espera do médico. A cultura do individualismo, própria da época atual, também contrapõe a qualidade de vida à exigência do outro e a pessoa (relação humana), com suas virtudes e defeitos, se transforma facilmente no caso (relação técnica) ou no caso interessante (relação com intelecto, eliminação do sentimento). E a relação médico-paciente se transforma em relação de poder-submissão.

Caberia à escola médica ensinar atitudes que permitissem quebrar esse círculo. Mas estará ela interferindo nesse sentido ou o que tem feito é reforçá-lo?

A observação, por meio do contato com estudantes de vários níveis do curso de graduação, desde sua entrada na faculdade até a residência médica, de um deslocamento de foco de interesse do cuidar, atender pessoas para o caso interessante foi a motivação inicial para esse trabalho. A falta de avaliação desses aspectos em um currículo que situava, pelo menos no início de sua implantação, o problema do paciente como referencial para o aprendizado pareceu uma lacuna ainda a ser preenchida.

Como há um processo para uma nova reformulação curricular, com o projeto RECRIAR (2) em andamento na Faculdade de Medicina, e hoje há uma tendência universal em considerar a importância do ensino das dimensões humanas do cuidado durante a formação médica, julgou-se pertinente uma avaliação destes aspectos, acreditando que ela poderia trazer alguma contribuição inclusive como subsídios ao projeto RECRIAR.

CAPÍTULO 2

REVISÃO DA LITERATURA

2- REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Introdução

A atitude profissional é historicamente reconhecida como importante na atenção médica, com o tema relação médico-paciente presente em mais de mil publicações científicas anualmente, só na base de dados Medline. Seja na discussão dos aspectos éticos da medicina, do cuidado ou da atenção médica, a valorização do paciente como pessoa na sua integridade é salientada. Giovanni Berlinguer (3), em entrevista ao Jornal do Conselho Federal de Medicina de Minas Gerais, fala que “o conhecimento do doente e de sua doença, o conhecimento da terapia e o consenso na terapia e a participação do doente na defesa da própria saúde são elementos decisivos na eficácia da ação médica”. Segundo ele, se falta a relação psicológica entre médico e paciente, a ação médica é menos eficaz.

Mas não é só na literatura médica que é possível encontrar referências ao tema e, apenas para ilustrar, é da literatura brasileira, mais especificamente de Herbert de Souza (4), o seguinte texto:

“Naquela época a hemofilia não era conhecida, nem havia tratamento possível, mas ele era o meu Rasputin. Chegava em casa, sentava numa cadeira no meu quarto, enrolava um cigarro de palha e começava a contar histórias. Eu ficava deslumbrado e esquecia a dor que infernizava minha vida, principalmente as minhas noites. Dr. Ari me curava temporariamente, mas curava, me dava alívio por meio do hipnotismo de sua fala. Além disso fazia umas fórmulas a base de salicilato que aliviavam a minha dor, menos pelo salicilato, que era contra-indicado para hemorragias, e mais pelo fato de vir dele”.

Rubem Alves (5) também escreve de forma poética “O corpo é um delicado instrumento musical. É preciso cuidar dele, para que produza música. Para isso, há uma infinidade de recursos médicos. E muitos são eficientes. Mas o corpo, esse instrumento

estranho, não se cura só por aquilo que se faz medicamente com ele. Ele precisa beber a sua própria música. Música é remédio. Se a música do corpo for feia, ele ficará triste – poderá mesmo até parar de querer viver. Mas se a música for bela, ele sentirá alegria, e quererá viver. Em outros tempos, os médicos e as enfermeiras sabiam disso. Cuidavam dos remédios e das intervenções físicas – bons para o corpo – mas tratavam de acender a chama misteriosa da alegria. Mas essa chama não se acende com poções químicas. Ela se acende magicamente. Precisa da voz, da escuta, do olhar, do toque, do sorriso”.

Embora esse seja um tema que se acredita possa ser ensinado e aprendido, ele ainda não faz parte do currículo explícito de muitas escolas de medicina e, mesmo quando o faz, não é devidamente valorizado, permanecendo como parte do currículo oculto ou sendo muito influenciado por ele (6,7,8,9). No entanto, desde a segunda metade do século XX a atitude de médicos e estudantes de medicina, principalmente no que diz respeito ao cuidado e autonomia do paciente, com enfoque principalmente em aspectos da comunicação, vem sendo objeto de estudo.

Quando se pretende avaliar atitudes é importante mencionar quais são suas características. Atitude é uma palavra que em português comporta muitos significados. De acordo com o dicionário Aurélio, e considerando o sentido utilizado neste trabalho, ela pode significar “um propósito ou uma maneira de manifestar esse propósito ou uma reação ou maneira de ser, em relação a determinada(s) pessoa(s), objeto(s), situações, etc” (10). Mas é na psicologia social que se encontra o conceito que será utilizado neste estudo. Para Asch (11), atitudes são sentimentos do indivíduo em relação a pessoas, objetos ou grupos, que se baseiam em um conhecimento direto ou inferido dos mesmos. São compartilhados por várias pessoas e unem problemas centrais do indivíduo com problemas centrais da sociedade. São relativamente persistentes e resistentes a mudanças. Além disto, têm o caráter de um compromisso com a ação, embora nem sempre haja correspondência entre atitude e ação.

Para Montmollin (12), atitudes são as posições individuais a respeito de determinados problemas da sociedade contemporânea. Elas se inserem na história do indivíduo e podem mudar a partir de suas experiências pessoais. Ainda, segundo o mesmo autor, há uma dificuldade na sua definição precisa, mesmo em psicologia social, havendo uma grande variedade de definições de acordo com diferentes autores, mas com alguns elementos comuns entre elas. Os elementos comuns referidos são a disposição interna do indivíduo frente a um objeto ou situação e que se mantém estável de uma situação para outra; é adquirida e se relaciona com tudo que evoca aquele objeto. Segundo Churchill Jr (13), atitude representa uma predisposição para a ação que, embora consistente com o comportamento real dela decorrente, não garante igualdade entre os dois. É relativamente persistente e consistente através do tempo, necessitando de intervenção para mudá-la. Denota preferência e avaliação sobre uma idéia ou objeto, resultando em sentimentos neutros, positivos ou negativos a seu respeito.

Para entender a atitude profissional do estudante de medicina, alguns aspectos do ensino médico precisam ser estudados.

2.2 Modelo biomédico na Educação Médica

Embora a medicina científica tenha se constituído ao longo dos séculos XVIII e XIX, principalmente na Alemanha e na França, o ensino médico baseado no paradigma científico biológico se iniciou, nos Estados Unidos da América, no final do século XIX e se consolidou após o relatório Flexner em 1910, tendo representado uma verdadeira revolução tanto no ensino como na profissão médica (14, 15). No Brasil, a influência norte-americana no ensino médico se torna proeminente nos meados da década de quarenta do século XX, a partir do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Conta para isto, com apoio técnico e financeiro da Fundação Rockefeller (16). Se, por um lado, é inquestionável a contribuição do

modelo biomédico para a elevação do nível técnico-científico da medicina, por outro, ele é criticado e responsabilizado, desde o seu início, pela desumanização da medicina, tendo Peabody (17), já em 1927, escrito que o ensino médico centrado no hospital favorecia uma visão muito focal dos problemas do paciente. Referia ainda que “uma das primeiras coisas que acontece ao doente quando entra em um hospital é a perda de sua identidade” e que o médico que se propõe a cuidar do paciente e negligencia sua vida emocional é “tão pouco científico quanto o investigador que negligencia o controle das condições que podem afetar seu experimento”.

Para Fox (18), o modelo biomédico dominante é um modelo curativo e seus pressupostos, atitudes e valores tendem a definir a cultura dos centros acadêmicos. Os pacientes são considerados um depósito de doenças e o objetivo da medicina é centrado apenas na cura, não considerando a promoção da saúde, prevenção de enfermidades e lesões, restauração de capacidade funcional, prevenção de morte prematura, alívio de sofrimento e o cuidado com aqueles que não podem ser curados. Embora a cura seja um objetivo apropriado para a medicina, ele é incompleto.

Como o modelo biomédico tem como referencial a doença, os estudantes apresentam dificuldades em lidar com pessoas que não têm doenças orgânicas, pois estes pacientes não são bons modelos de patologia e diagnóstico e pela sua complexidade colocam, à prova, a competência do estudante na sua necessidade de objetivar, buscando certezas (19).

Segundo Branch (20), o excesso de treinamento biológico e a necessidade de se agregar à equipe médica, nem sempre ética, seriam fatores responsáveis pela formação de profissionais distantes e frios. O modelo centrado em aspectos apenas biomédicos tende a inibir o crescimento moral do estudante de medicina, comprometendo sua capacidade de sentir empatia e compaixão e a boa prática clínica não existe separada de comportamentos éticos e profissionais que dependem de maturidade moral.

Para Evans (21), os médicos, na sua educação essencialmente científica, são preparados para lidar apenas com o corpo do paciente. E o ser humano seria mais do que corpo, pois é corpo que pensa e sente e que conhece o que pensa e sente. “Não é possível intervir no corpo sem intervir na experiência de nós mesmos, de nosso estado corporal, de nossa sensação de bem estar, de mundo que nos rodeia, de nosso senso do que é possível, do que é importante, do que é nosso sonho”.

Pesquisa realizada em Escola de Medicina de Cuba (9) mostrou que, apesar de constar dos documentos normativos, o ensino do componente afetivo da comunicação com o paciente não tem recebido a devida atenção. Prioriza-se o aprendizado da patologia e buscam-se o prestígio social da profissão e a aprovação dos professores. Os autores consideram a importância do professor como modelo para que ocorra o aprendizado desse componente afetivo e salientam a necessidade de investir na sua capacitação para exercer esse papel. No Brasil, López (22), escreve que “a medicina, ao adotar a visão reducionista que caracteriza a biomedicina, torna-se incompetente para equacionar satisfatoriamente o problema de elevado número de pacientes” e Milan (23), citando Marcondes, escreve que o ensino no hospital-escola enfatizado pelo relatório Flexner, que serve de modelo para a maioria das escolas médicas, oferece visão distorcida da enfermidade e a assistência médica fica prejudicada por falta de uma visão global do ser humano.

Arruda (24) vai além e refere que “o reducionismo cartesiano transforma o médico numa máquina previsível, ele se desumaniza transformando a relação sujeito-sujeito, para sujeito-objeto e o médico desumanizado desumaniza o doente”. Continua com a consideração que, sendo o médico também o professor de medicina, re-humanizar o professor é condição fundamental para que o paciente volte a ser sujeito. Enfatiza que o “aluno se forma mais à imagem do professor, pois este dá uma imagem perene, enquanto o conhecimento é fugaz”. Chama atenção para o desaparecimento dos aspectos humanos dos vestibulares de medicina,

ficando aspectos biológicos apenas, o que já daria uma noção equivocada da medicina. Nessa mesma linha, Komatsu (25) aponta a busca da racionalidade técnica do modelo biomédico como responsável pela desumanização da medicina e completa escrevendo que “inexiste conhecimento profissional rigoroso, baseado na racionalidade técnica, que dê conta da atenção no terreno pantanoso das relações interpessoais da educação ou das profissões da saúde”. Conclui pela necessidade do restabelecimento da confiança mútua e empatia nas relações educador-educando e profissional de saúde-paciente, como forma de superação para o modelo biomédico.

Caprara (26), em pesquisa realizada junto ao programa de saúde da família do estado do Ceará, conclui que os médicos pesquisados não reconhecem o paciente como capaz de assumir o cuidado com a própria saúde e não estimulam o paciente a desenvolver autonomia para as práticas de prevenção e promoção de saúde ou adesão ao tratamento. Continua afirmando que os médicos não exploram aspectos relacionados a medos e ansiedades dos pacientes, pois eles seriam aspectos próprios da cultura do paciente com os quais o médico não estaria preparado para lidar. Credita essa deficiência à formação médica que valoriza apenas ou predominantemente, os aspectos biomédicos.

Briani (8), em avaliação teórica sobre as mudanças no ensino médico no Brasil questiona se os novos currículos têm realmente ocasionado mudanças na educação médica no sentido de formar profissionais comprometidos com a concepção ideológica de saúde como qualidade de vida. Segundo a autora, a manutenção do ingresso nas faculdades de medicina através de vestibulares que exigem apenas disciplinas de conteúdo científico, com discriminação de conteúdos humanitários para uma profissão que lida diretamente com vidas humanas, a integração apenas em teoria de conteúdos, com justaposição de enfoques de cada professor, mesmo para as áreas tradicionais do conhecimento médico, e a ausência ou a marginalidade de disciplinas de caráter humanístico seriam evidências de que a medicina

parece ainda não estar aberta à mudança de paradigma que é necessária para que mude realmente o ensino médico e o profissional formado.

2.3 Avaliação de atitudes de estudantes de medicina em relação ao paciente

O interesse na avaliação da atitude do estudante de medicina se consolidou a partir do final da década de cinquenta do século XX, com a socialização do estudante de medicina entendida como incorporação de atitudes, comportamentos e valores profissionais sendo objeto de preocupação e estudos por muitos educadores e motivando mudanças curriculares em algumas escolas médicas.

Becker e colaboradores (27) em seu clássico trabalho “Boys in White”, realizado na década de sessenta do século passado, estudaram a socialização do estudante de medicina, sendo muito citada a perda do idealismo do estudante ao longo do curso médico. Quando se referem à atitude de estudantes frente aos pacientes, escrevem que estes são agrupados em doentes e não doentes e que o termo “caso interessante” é usado para descrever o paciente com patologia, variando de estudante para estudante, de acordo com a experiência clínica que acrescenta. Com isto são eliminados, da lista de discussão dos aprendizes, os pacientes que eles consideram apresentar coisas simples.

Em escolas médicas com propostas inovadoras como a da Universidade de MacMaster, no Canadá, Haas e colaboradores (28) chamam a atenção para a transformação do idealismo do estudante, que compreende emoção, empatia e respeito, em distanciamento emocional e racionalidade científica. A justificativa para isto é a crença no fato de as emoções poderem interferir com uma ação eficaz e com desempenho confiável. Aprende-se a objetivar primeiro pela necessidade de aprender medicina, depois para desenvolver segurança. Aspecto interessante citado é o fato de essas expectativas serem percebidas pelo estudante

independentemente da maneira de formação adotada pela escola médica, resultado possivelmente de influência do modelo médico vigente.

Lind (29) estudou o desenvolvimento da competência para julgamento moral entre estudantes de vários cursos, incluindo o de medicina, entre estudantes alemães. Concluiu que os estudantes de medicina apresentaram regressão na sua competência para o julgamento moral, ao contrário de outros estudantes universitários que apresentaram um aumento notável nessa competência. Atribui esse achado ao fato de as escolas médicas ensinarem habilidades técnicas e científicas e não valorizarem os aspectos éticos e humanos, sendo isto um problema mundial e antigo. Acrescenta ainda que a capacidade para o julgamento moral pode ser aprendida na idade adulta, com eficácia de estudos de casos em pequenos grupos.

Dini & Batista (30) utilizaram entrevistas semi-estruturadas com quarenta estudantes de medicina, do primeiro ao sexto ano da Universidade Federal de São Paulo, para avaliar a visão do estudante de medicina em relação à futura prática profissional. Os resultados mostraram que, ao ingressar na Faculdade, o estudante tem uma visão idealizada da futura prática profissional, que evolui para o reconhecimento da necessidade de preparar-se para o exercício da profissão no meio do curso. Nessa época, o cuidado, a ética, o compromisso e a promoção de saúde são enfatizados pelos estudantes, como necessários para uma prática médica mais humanizada. Ao final do curso há certo desencanto, com muita insegurança em relação ao exercício profissional e à aprovação nos concursos para residência médica.

O ambiente de aprendizado das escolas médicas tem sido estudado e vários autores chamam a atenção para a importância do currículo oculto na formação do estudante de medicina. Hafferty (6) alerta que “educação médica é um processo cultural constantemente influenciado por forças externas e por problemas de integração interna” e que são inócuas as reformas curriculares que não levem em conta a escola médica como comunidade moral. Ferreira (14), em estudo sobre a pediatria na UFMG, alerta para os riscos de políticas oficiais

de pós-graduação e pesquisa, que nem sempre priorizam o compromisso social com as necessidades de saúde da população, aliadas às pressões do mercado levarem a uma aculturação da pediatria com assimilação acrítica da medicina tecnológica.

Howe (31), considerando que é na atenção primária onde mais se valoriza a relação médico-paciente com objetivo terapêutico, estudou a percepção de estudantes de medicina ingleses a respeito da importância da medicina centrada no paciente durante estágio ambulatorial em comunidades, no sentido de avaliar a validade desta prática comunitária para o aprendizado. Utilizou-se da aplicação de questionários abertos para os estudantes, com discussão posterior dos mesmos, o que denominou de grupos nominativos, para a construção de uma escala para medir o impacto deste estágio no aprendizado. Participaram do projeto 89 estudantes, com 70% de respostas na primeira fase e 88% de respostas à escala. Os estudantes consideraram importantes para o aprendizado durante a prática comunitária a relação mais prolongada e pessoal com os pacientes, a percepção da influência do ambiente social na saúde, a importância de lidar com pessoas e não com doenças e a equipe multiprofissional para o cuidado.

Pfeiffer et al (32), estudando a anamnese feita por 292 estudantes de medicina no decorrer do curso médico utilizando uma escala denominada ACIR (Arizona Clinical Interviewing Rating Scale), observaram que há redução nas habilidades de caráter interpessoal e que os aspectos sociais da história vão sendo perdidos no decorrer do curso. Creditam a perda de valores interpessoais e de habilidades na comunicação à maior valorização de dados científicos (duros). Chamam atenção para o papel do currículo oculto, baseado na percepção do que é feito e valorizado dentro do método clínico, como fator que contribui para essa perda.

Burach et al (33) em estudo sobre o comportamento de preceptores em relação a atitudes negativas dos estudantes com os pacientes referem que há grande dificuldade na

transmissão de valores e atitudes, com as respostas aos aspectos biomédicos sendo objetivos e claros e as respostas aos aspectos do cuidado e atenção sendo evasivas, apelando para o humor, auto-interesse do estudante ou a medicalização do comportamento. Acrescenta-se a isso a dificuldade dos preceptores em corrigir comportamentos inadequados de estudantes e residentes no que diz respeito ao cuidado com o paciente e aos aspectos éticos. A mesma opinião é compartilhada por Côte et al (34) em relação à dificuldade de professores para demonstrar atitudes positivas e supervisionar a atitude dos estudantes a respeito da relação médico-paciente durante as atividades clínicas diárias. Pesquisa realizada por Taquette et al (35) com estudantes dos dois últimos anos do curso de medicina da UERJ confirmou, na opinião dos estudantes, a falta de disponibilidade de professores para a discussão de questões éticas e morais que ocorrem durante o curso médico, sejam elas relacionadas com o próprio ensino, com a assistência médica ou com as políticas de saúde.

Branch et al (7) alertam para o pouco conhecimento das técnicas de ensino das dimensões humanas do cuidado durante a formação médica e descrevem as barreiras que o inibem, salientando o papel dos currículos oculto e informal das escolas médicas. Os autores escrevem que não adianta ensinar sobre a importância de aspectos emocionais do paciente, se o estudante, mais tarde, observa que o residente não pergunta sobre sentimentos e emoções ao paciente ou, ainda mais, lhe solicita que para ser eficiente não deve se envolver com os aspectos emocionais do paciente. A linguagem utilizada na apresentação de casos clínicos nos hospitais de ensino reflete bem a valorização excessiva dos aspectos biomédicos e Donnelly (36) chama atenção para os problemas que ela acarreta, salientando a transformação da pessoa em um ser biológico apenas. Já na introdução, a queixa principal é traduzida para a linguagem biomédica, com perda da perspectiva do paciente, em seguida há descrição dos sintomas como subjetivos e dos sinais como objetivos, como se o médico não pudesse se enganar na sua avaliação. Há, ainda, conversão da experiência do estar doente em disfunção

biológica, com a conseqüente insignificância do cuidado, há transformação de sentimentos em doença, como exemplo toda tristeza vira depressão, e não há incorporação da perspectiva do paciente. A mudança na maneira de construir e relatar a história médica, com a situação pessoal e a perspectiva do paciente no relato oral e escrito, possibilitaria mudanças significativas no cuidado com o mesmo e na educação médica. Charon (37) propõe que o desenvolvimento de capacidade narrativa, utilizando-se de reflexão crítica de literatura, pode tornar mais efetiva a prática médica, através da valorização da fala e escuta, da escrita e leitura e dos seus respectivos sujeitos.

Feinstein (38) escreve sobre a dificuldade de avaliação de uma prática cuidadora, centrada na pessoa, quando a “educação, sob o paradigma dominante, não enfatiza adequadamente o alívio e o conforto”. Segundo ele os médicos são melhor remunerados quando solicitam um exame ou procedimento de que quando se dispõem a falar e ouvir, há uma substituição da comunicação por “screenings” e algoritmos.

Há um reconhecimento da necessidade e da dificuldade de educar o aprendiz de medicina no sentido de formar um médico cuidador (39). A educação profissional implica em transmitir, além de conhecimento, valores e atitudes de uma geração para outra (33). O ensino da comunicação centrada no paciente tem sido considerado como uma nova revolução após Flexner (40,41) permitindo melhorar a competência cultural e desenvolver o profissionalismo no estudante. Métodos diferentes têm sido utilizados com essa finalidade (42,43,44). O conhecimento dos princípios da medicina centrada no paciente é importante para que se entendam as pesquisas que vêm sendo realizadas no sentido de avaliar essa atitude e de tornar a prática médica mais centrada no paciente.

2.4 Medicina Centrada no Paciente

2.4.1 Definições e conceitos

A medicina centrada no paciente ou no cuidado é um tema muito amplo com implicações diferentes quando se trata de saúde pública, como nos trabalhos desenvolvidos no Brasil por Merhy (45,46), ou de atenção médica individual. Comporta ainda definições diferentes quando se utiliza a oposição entre centrada no médico versus no paciente ou centrada no paciente versus na doença. Quando se opõe a atitude centrada no médico à atitude centrada no paciente o ponto em discussão é o poder do médico versus a autonomia do paciente. Quando a oposição é entre doença e doente, a medicina centrada no paciente é mais abrangente, busca entender as necessidades e desejos do paciente e não se restringe à doença (47). Os trabalhos de Stewart e colaboradores na década de noventa do século passado definem medicina centrada no paciente, buscando incorporar essas duas vertentes. Segundo os mesmos autores, a medicina centrada no paciente tem seus princípios na antiga escola de medicina grega de Cos, que considerava as particularidades de cada paciente na abordagem de sua enfermidade ao contrário da escola de Cnidianos, cuja preocupação era a classificação das doenças, de acordo com sua taxonomia e independente do doente (48,49,50). Ainda de acordo como os mesmos autores, desde então, a dicotomia entre tratar o doente ou a doença vem acompanhando a medicina ao longo dos séculos, às vezes com preponderância de uma abordagem ou de outra. O surgimento do método clínico, baseado em um modelo biomédico, no início do século XIX e sua hegemonia durante o século XX, trouxe grandes avanços para a ciência médica e conferiu grande poder ao médico, mas tornou o diagnóstico da doença preponderante sobre o doente. Acontece que nem todas as pessoas adoecem da mesma maneira ou se enquadram em uma doença bem definida e isso provocou questionamentos ao método clínico que vêm ocorrendo desde o início do século passado. Novamente, foi Peabody (17) quem escreveu que “o tratamento de uma doença pode ser totalmente impessoal, o cuidado do paciente precisa ser totalmente pessoal”. Com o avanço da tecnologia médica que o próprio método clínico proporcionou, além da fragmentação corpo-

mente, houve a fragmentação do próprio corpo, com a medicina se tornando cada vez mais especializada e sub-especializada ao longo do século XX. Novos questionamentos se tornaram mais freqüentes e começaram a surgir críticas ao modelo biomédico. Em meados do século XX, os trabalhos de Balint (51), com a valorização da escuta atenta procurando perceber o paciente e responder às suas necessidades e com a valorização do papel do médico como agente terapêutico que possui inclusive efeitos colaterais, questionaram o diagnóstico apenas físico do modelo biomédico. Mais tarde, Engel (52), a partir do pressuposto de que os modelos dominantes de organização do conhecimento e da experiência, nem sempre explícitos, são importantes na maneira do médico abordar o paciente, propôs o modelo biopsicossocial. Neste modelo, o nível do sistema de onde se deve partir é sempre a pessoa, ao contrário do modelo biomédico onde o ponto de partida é o corpo e a doença, com a negligência da pessoa. Nessa mesma época, estudos mostraram que os aspectos culturais do paciente e médico interferiam com os resultados da atenção médica. A discordância entre médico e paciente na visão da doença e do processo de adoecer e nos objetivos a serem atingidos com o tratamento repercutiu negativamente nesses resultados (53).

É a partir desses e outros trabalhos que Stewart et al., em 1995, propõem a medicina centrada no paciente como uma transformação do método clínico. Definem os princípios componentes da medicina centrada no paciente como sendo:

1- exploração e interpretação, pelo médico, da doença e da experiência de adoecer do paciente. A experiência de adoecer tem quatro dimensões que são o sentimento de estar doente, a idéia a respeito do que está errado, o impacto do problema na vida diária e as expectativas sobre o que deveria ser feito;

2- entendimento global da pessoa;

3- a busca de objetivos comuns, entre o médico e o paciente, a respeito do problema ou dos problemas e sua condução;

- 4- a incorporação de medidas de prevenção e promoção de saúde;
- 5- a melhora ou intensificação da relação médico-paciente;
- 6- a sua viabilidade em termos de custos e tempo.

Resumidamente, pode-se dizer que são dois os componentes principais da medicina centrada no paciente, um deles refere-se ao cuidado da pessoa, com identificação de suas idéias e emoções a respeito do adoecer e a resposta a elas e o segundo à identificação de objetivos comuns entre médicos e pacientes sobre a doença e sua abordagem com o compartilhamento de decisões e responsabilidades. Levar em consideração o desejo do paciente de obter informações e de compartilhar responsabilidades e responder apropriadamente a esse desejo também faz parte da prática médica centrada no paciente (50).

A medicina centrada no paciente, com esses pressupostos, tem sido denominada de um novo método clínico (48). Mitos sobre a medicina centrada no paciente são: a crença de que ela só se aplica aos problemas emocionais e de que o simples fato de deixar o paciente fazer perguntas torna a medicina centrada no paciente. A decisão compartilhada tanto se aplica ao tratamento de uma infecção urinária quanto a abordagem de violência doméstica e o paciente é um participante ativo, co-responsável pelo seu tratamento (54). Para isto é preciso que o médico seja profissional e competente no seu instrumental técnico, não sendo possível prescindir de conhecimentos e habilidades necessários ao desempenho profissional. Não é possível para o médico compartilhar decisões quando não tem segurança do seu conhecimento para discuti-las com o paciente, permitindo questionamentos. Por isto, a atualização crítica do conhecimento médico científico torna-se indispensável. O cuidado é parte da competência e é preciso ter em mente que muitos protocolos, que orientam a prática médica hoje, são fundamentalmente reducionistas e que com o seu uso tornam-se ainda mais necessárias as habilidades interpessoais e humanísticas para o atendimento da pessoa (55).

As vantagens da medicina centrada no paciente em relação ao modelo biomédico tradicional, centrado no médico, são muitas, incluindo maior satisfação do paciente, maior adesão ao tratamento e melhor resposta à terapêutica (56), maior satisfação do médico, menor número de processos por erro médico, maior eficiência do cuidado com necessidade de menor número de exames complementares e frequência menor de encaminhamentos para especialistas, com conseqüente custo menor para o sistema de saúde e o paciente (49,54). Desde o seu surgimento, a medicina centrada no paciente foi sendo incorporada às leis relacionadas à saúde, como exemplo o consentimento informado e a decisão pessoal prévia sobre medidas a serem tomadas no final da vida; à educação médica; à pesquisa e à verificação da qualidade dos serviços de saúde, além do cuidado com o paciente (40). Little et al (57) em estudo com 845 pacientes em áreas rural e urbana da Inglaterra concluíram que os pacientes desejam uma abordagem centrada no paciente e que é necessário os médicos estarem atentos para essa abordagem, principalmente para aqueles pacientes que apresentem alterações psicológicas ou que estejam se sentindo mal.

Na carta do médico, documento elaborado por sociedades americanas e européias de medicina e publicada em 2002, os princípios do profissionalismo médico considerados fundamentais são: o princípio da primazia do bem-estar do paciente, o princípio da autonomia do paciente e o princípio da justiça social (58). Esses princípios podem, com exceção do princípio de justiça social, ser contemplados com o exercício da medicina centrada no paciente.

Sullivan (59), ao estudar a importância de considerar a autonomia do paciente e a valorização do seu ponto de vista em relação à saúde e ao cuidado com a mesma, alerta para uma mudança radical no paradigma da medicina vigente há cerca de duzentos anos. A aliança dos elementos objetivos e subjetivos na ciência médica clínica viria substituir a visão puramente objetiva da doença com a incorporação da subjetividade do paciente e o objeto da

medicina deixaria de ser o corpo para ser a pessoa. A re-incorporação da arte da medicina não seria uma escolha, mas seria decorrente de mudanças de objetivos de cura e de evitar a morte para o do cuidado com pessoas, considerando a perspectiva dessas pessoas, principalmente no que diz respeito às doenças crônico-degenerativas. A doença definida como alteração fisiopatológica é um dos elementos de redução da saúde ou da qualidade de vida, mas nem sempre é a causa legítima e definitiva da enfermidade, que é sentida pelo paciente. O paciente-sujeito estaria sendo re-introduzido na medicina e a medicina centrada no paciente seria capaz de prover os meios necessários para alcançar esse objetivo de incorporar a perspectiva do paciente aos fatos biológicos.

2.4.2 Atitude do estudante de medicina em relação à medicina centrada no paciente

Com o surgimento do conceito de medicina centrada no paciente, pesquisas têm sido realizadas no sentido de avaliar a atitude de estudantes de medicina, médicos e pacientes, em relação tanto ao cuidado com o paciente como ao compartilhamento de poder na relação médico paciente. A utilização de escalas variadas para medir atitudes tem sido relatada na literatura e, embora não possa haver comparação direta entre elas, os resultados obtidos têm mostrado muitos pontos em comum.

Pesquisas utilizando metodologia qualitativa também têm sido realizadas, com gravação e análise posterior de entrevistas médicas, outras com observação participante associada a entrevistas semi-estruturadas.

Griffith et al (60) estudaram a mudança de atitudes de estudantes de medicina em relação a alguns grupos de pacientes. Utilizaram-se de questionário construído com esta finalidade que foi aplicado para estudantes de terceiro ano do curso de medicina antes e após estágio hospitalar de dezesseis semanas em clínica médica e em cirurgia, com pacientes internados. Participaram do estudo 88 estudantes de 96 matriculados. Foram encontradas

atitudes menos positivas em relação à profissão, com diminuição do idealismo; o mesmo ocorreu em relação aos idosos e aos pacientes com dores crônicas. Creditaram essas mudanças à pouca experiência prévia dos estudantes com pacientes e à gravidade dos pacientes internados e acreditam que ela possa ser transitória, propondo para isso estudos com acompanhamento de estudantes ao longo do curso.

Monchy et al (61) desenvolveram uma escala baseada em um questionário de 48 itens com cinco alternativas cada, utilizando a escala de Likert, que denominaram escala DP (doctor-patient). Avaliaram quatro grupos – 92 estudantes de medicina do segundo ano, 54 estudantes do último ano, 39 médicos generalistas e 29 integrantes do pessoal administrativo da Faculdade de Medicina de Dundee (Holanda) em relação a atitude centrada no paciente ou no médico. Definiram atitude como predisposição para responder de certa maneira frente a um objeto ou pessoa, mais permanente que uma opinião ou razão de momento, mas menos cristalizada que o temperamento. Concluíram que estudantes do último ano e médicos generalistas têm atitudes mais centradas no paciente que pessoal administrativo e estudantes do segundo ano e que mulheres têm atitudes mais centradas no paciente do que os homens. Embora tenha havido diferença estatisticamente significativa entre as médias, houve grande variação dos escores dentro de cada grupo, tanto no grupo de estudantes no início do curso como no de médicos generalistas. Chamaram atenção para o fato de que atitudes profissionais derivam de uma soma de atitudes em relação ao outro, sendo em parte influenciada por personalidade, caráter e temperamento. Em 1993, juntamente com outros autores, fizeram estudo de validação da escala com 119 estudantes italianos, confirmando diferença esperada de gênero, com atitudes mais centradas no paciente entre estudantes do sexo feminino (62)).

Com o objetivo de avaliar o efeito de gênero, a escolha da especialidade e o nível de treinamento na atitude profissional de estudantes ao final do curso e de médicos residentes holandeses, Batenburg et al (63) utilizaram a escala DP de Monchy. Participaram do estudo

120 estudantes do final do curso, e 68 médico-residentes, 37 de medicina geral e 31 de cirurgia. Obtiveram respostas de 84% dos estudantes e de 78% e 58% dos residentes de medicina geral e de cirurgia, respectivamente. Encontraram diferença apenas em relação à especialidade escolhida, com atitudes mais centradas no paciente entre os que escolheram clínica geral que entre os que optaram por cirurgia. Consideraram que o grande número de pacientes com problemas sociais e psicológicos na atenção primária foi um fator responsável por isso. O fato de não encontrarem diferença de gênero contrariou trabalhos anteriores dos autores, em que as mulheres apresentaram atitudes mais centradas no paciente que os homens. Discutiram o papel da cultura institucional dominante, principalmente nas especialidades em que as mulheres ainda são minoria, para explicar essa mudança de atitude.

De Valck et al (64) fizeram um estudo utilizando a mesma escala DP, em que compararam 88 estudantes de primeiro ano de medicina da Bélgica com 434 estudantes da Alemanha, em relação a atitudes cuidadoras e atitudes centradas na cura. Os resultados mostraram atitudes mais centradas no cuidado entre os estudantes alemães e não houve diferenças de atitudes entre homens e mulheres para os belgas. Finalizam propondo que o modelo cuidador não deveria se opor ao modelo curativo, e que o médico ideal deveria ser profissional no seu instrumental e no componente afetivo de sua prática.

Haidet et al (65) em estudo com 673 estudantes de medicina analisaram as diferenças de atitude em relação ao cuidado do paciente no início e ao final do curso médico e os fatores associados com as mudanças de atitude. Utilizaram, para isto, a escala PPOS (Patient-Practitioner Orientation Scale ou escala de orientação médico-paciente) que avalia a atitude individual quanto a relação médico-paciente de práticas centradas no médico ou no paciente. Encontraram escores de $4,47 \pm 0,03$ para estudantes masculinos e $4,65 \pm 0,04$ para as estudantes femininas, com $p < 0,01$. A conclusão foi que as atitudes centradas no médico tenderam a aumentar com o progredir do curso, com um declínio das atitudes centradas no

paciente, mas o padrão de mudanças foi diferente para homens e mulheres. Estas apresentaram redução no escore no decorrer do curso, enquanto os homens apresentaram inicialmente um aumento, seguido de redução do escore. Estudantes de origem euro-americana apresentaram médias para os escores mais altas (4,57) que os não americanos (4,32) e os que pretendiam fazer especialidades básicas (clínica médica, pediatria e medicina de família) obtiveram escores significativamente mais altos (4,56), isto é, mais centrados no paciente que os demais (4,34). O nível de significância considerado foi de 0,05.

Em estudo em que consideram a empatia como elemento essencial na relação médico-paciente e para o profissionalismo médico, Hojat et al (66) utilizaram uma escala de vinte itens, previamente desenvolvida pelos autores, para medi-la. Participaram do estudo 371 estudantes de medicina, 198 homens e 173 mulheres. Encontraram empatia maior para as estudantes do sexo feminino. O mesmo ocorreu para estudantes com melhor competência clínica, de acordo com avaliação feita pelos preceptores que incluíam atitudes e habilidades, não havendo relação com notas obtidas em provas teóricas.

Roter et al (67), em metanálise de 150 trabalhos publicados em língua inglesa e que consideram o comportamento de médicos homens e mulheres na comunicação com pacientes concluíram que a literatura descrevendo o efeito de gênero no processo de cuidado do paciente é pequena. Entretanto, os resultados foram consistentes com o esperado fora do contexto médico, com as mulheres tendo atitudes mais centradas no paciente que os homens, durante a entrevista. As mulheres facilitariam a fala do outro por serem mais calorosas e pessoais no contato e utilizarem mais as formas de comunicação não verbal. Apesar do nível mais alto de troca emocional e psicossocial, não houve diferença significativa quanto aos elementos relacionados ao cuidado, não havendo superioridade na provisão de informação médica, na forma de dar esta informação e na sua qualidade.

Muitas dessas pesquisas foram desenvolvidas em escolas médicas que ainda mantêm um modelo biomédico de ensino médico, mas Haidet et al (68), em estudo sobre a obtenção da história clínica, relataram que pesquisas recentes mostravam que o médico ainda continuava centralizando a relação médico-paciente, apesar de haver evidências da importância de se levar em conta a perspectiva do paciente, tanto pela sua necessidade humana de expressão quanto pelo efeito terapêutico decorrente disso. Alertam para os fatores que dificultam a abordagem centrada no paciente, mesmo em escolas que mudaram seus currículos, citando entre eles: a maneira como é ensinada a semiologia, com a “coleta” em lugar da “construção” de uma história e a forma como são apresentados os casos clínicos, tanto na fase pré-clínica como nas corridas de leito, com valorização exclusiva ou predominante de dados biomédicos. Fora das escolas, a exigência, pelos planos de saúde, de preenchimento de documentação dos pacientes, segundo roteiros pré-estabelecidos e com abordagem biomédica exclusiva, reforçaria essa tendência.

Donnelly, em 2005, (69) escreveu que se as escolas médicas desejam incorporar a medicina centrada no paciente, elas precisam começar pela mudança dos prontuários médicos pois estes são parte importante do currículo oculto da graduação e das residências médicas, uma vez que eles definem o que é importante. O atual roteiro de anamnese, orientado por problemas, ensinaria os médicos a praticarem uma medicina limitada, com foco em doenças. O autor propõe um novo prontuário médico que se iniciaria com uma breve história do paciente, situando quem é aquela pessoa, os problemas principais em lugar da queixa principal, a história da enfermidade atual com incorporação da experiência do adoecer, as disfunções decorrentes e os cuidados médicos, além da perspectiva biológica de avaliação de sintomas. A lista de problemas deveria incluir, além de patologias, os problemas na perspectiva do paciente. Durante a evolução deveriam ser anotadas as mudanças ocorridas na perspectiva do paciente, como seu sofrimento, entendimento de sua condição médica, suas

preferências e expectativas. Para pacientes hospitalizados, o sumário de alta deveria incluir o que o paciente entendeu de sua condição médica, as novas prescrições e os cuidados recomendados.

2.5 A escala PPOS

A escala PPOS (Patient-practitioner Orientation Scale), foi desenvolvida por Krupat e colaboradores com objetivo de avaliar o que os médicos, estudantes de medicina e pacientes pensam a respeito do papel do médico, no que se refere a atitudes de poder mais ou menos igualitárias na relação médico-paciente e a atitudes centradas principalmente no paciente ou na doença. Utilizaram o modelo de escala de atitudes de Likert ou escala de soma de médias que é uma escala de atributos psicológicos que permite expressar a intensidade dos sentimentos. Segundo Churchill Jr (13), a escala de Likert é uma escala de auto-resposta das mais usadas para medir atitudes.

Para a construção e validação da escala, Krupat et al (70) distribuíram 61 afirmativas, com seis itens cada uma variando de "discordo totalmente" a "concordo totalmente", relacionadas ao cuidado e ao compartilhamento de poder para 297 estudantes de psicologia para que eles manifestassem sua atitude a respeito da relação médico-paciente. A escala foi reduzida e comparada com outras escalas, tendo-se concluído que é uma escala de qualidades psicométricas aceitáveis. Para isto utilizou-se a validade de constructo, que segundo Deslandes et al (71) “verifica se a característica a ser medida correlaciona-se com uma outra, ou com o conhecimento disponível”. Apesar de haver correlação entre cuidado e poder, eles não se superpõem completamente. A confiabilidade também foi avaliada e o alfa para a escala total foi de 0,80 nesta pesquisa. Outros resultados importantes foram as associações encontradas entre PPOS e gênero, PPOS e etnia e com o fato de ser natural dos Estados Unidos da América ou não. Mulheres, brancos e norte-americanos natos

apresentaram orientação mais centrada no paciente, sendo que para as duas últimas variáveis a diferença ocorreu apenas na sub-escala “compartilhar”. Para testar o valor preditivo da escala, noventa outros estudantes de psicologia completaram a escala PPOS e leram duas situações hipotéticas de consulta médica, manifestando o grau de satisfação para cada uma delas. O resultado foi concordante com o previsto, ou seja, houve maior satisfação com médicos centrados no paciente e com os médicos que apresentavam orientação contrária à do estudante.

Posteriormente Krupat et al (72) estudaram quatrocentos médicos e 1020 pacientes, utilizando a escala PPOS para avaliar o efeito de orientação médico-paciente na satisfação com a consulta. Desta amostra inicial foram selecionados sessenta médicos e 450 pacientes para participarem do estudo. Estabeleceram pontos de corte para o escore total da PPOS, em que valores abaixo de 4,57 para o escore representavam atitudes centradas no médico, entre 4,57 e 5,00 atitudes medianamente centradas no paciente e acima de 5,00 atitudes centradas no paciente. Avaliaram conjuntos de médicos e seus respectivos pacientes e concluíram que a satisfação dos pacientes é maior com os médicos que são paciente-centrados mesmo quando esta orientação é contrária a do paciente, e que pacientes de médicos que não são paciente-centrados são menos satisfeitos com seus médicos. Sugeriram que médicos com atitudes centradas no paciente seriam capazes de perceber a orientação do paciente e adaptarem-se a ela.

Em outro trabalho, Krupat et al (73) avaliaram 45 médicos que exerciam medicina interna, medicina de família ou cardiologia e 909 de seus pacientes. Mediram a expectativa antes da consulta e a satisfação e aprovação do médico, logo após a mesma. A sub-escala de compartilhar da escala PPOS foi preenchida por médicos e pacientes e seus escores utilizados para determinar a correspondência de orientação de médicos e pacientes a respeito da relação médico-paciente. Além disto, os pacientes preencheram escalas de avaliação antes e depois

da consulta. Os resultados obtidos mostraram que pacientes com orientação centrada no paciente e aqueles com orientação diferente de seu médico eram menos confiantes, menos satisfeitos e aprovaram menos o médico. Houve uma tendência para os médicos com atitude centrada no paciente merecerem mais confiança dos seus pacientes ($p=0,09$).

Haidet e et al (74) compararam a atitude de 293 estudantes de medicina, avaliada pela PPOS, com um escore de atitudes humanísticas destes mesmos estudantes, avaliadas por cinco pacientes simulados. Encontraram associação entre atitude centrada no paciente dos estudantes e atitudes humanísticas percebidas pelos pacientes simulados, com $p= 0,01$ em análise de regressão linear, controlando gênero e mês em que foram obtidos os dados.

Street et al (75) utilizaram a escala PPOS para determinar a orientação de médicos e pacientes. Avaliaram as gravações de 135 consultas de dez médicos, cinco deles com atitudes centrada no médico e os outros no paciente, cada um atendendo cinco a oito consultas. Metade dos pacientes de cada médico tinha atitude centrada no médico e os outros no paciente. Concluíram que a comunicação na consulta médica é influenciada tanto pela orientação do médico quanto do paciente a respeito da relação médico-paciente.

Haidet et al (65), em trabalho já mencionado na seção 2.4.2, também utilizaram a escala PPOS para medir a atitude de estudantes de medicina a respeito da relação médico-paciente.

2.6 A Faculdade de Medicina da UFMG

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) admite 320 estudantes por ano, selecionados por concurso público anual (vestibular). As notas mínimas para o ingresso na Faculdade de Medicina têm se mantido as mais altas da Universidade nos últimos anos e para o vestibular de 2006 há 29,62 candidatos/vaga, tendo sido o curso mais procurado, segundo dados da Comissão Permanente do Vestibular (76). A

primeira etapa do concurso é comum a todos os cursos da UFMG e a segunda etapa consta de provas de português, química e biologia. Os estudantes são divididos em duas turmas, por ordem de classificação. A primeira turma inicia o curso de medicina em fevereiro e a segunda em agosto.

O número total de estudantes matriculados na escola é de aproximadamente 1920, divididos em doze períodos de um semestre, com 160 estudantes, em média, por período.

No ano de 1975, a Faculdade de Medicina sofreu profunda reforma de ensino, tendo iniciado um currículo que tem o ambulatório como referência e cenário de prática principal em grande parte de sua duração, incluindo ambulatórios da rede pública de saúde, sem vínculo direto com o hospital-escola. A presença do professor durante todo o período de atendimento nesses ambulatórios é uma característica a ser salientada. O Processo de Desenvolvimento Curricular em Educação Médica na UFMG (1) considerava que a base do ensino seria o problema do paciente, a partir do qual se daria o aprendizado do estudante, com orientação do professor. Apesar de tornar o ensino médico mais voltado para os problemas de saúde prevalentes na comunidade e menos centrado na doença, esse currículo não conseguiu, entretanto, romper com a dicotomia ciclo básico/ciclo profissional e não propôs alterar em nada o processo de seleção para entrada no curso médico. O curso de medicina continuou dividido em ciclos com características bastante distintas entre eles. O ciclo básico, de conteúdo essencialmente biológico e teórico ocupa os quatro primeiros semestres ou períodos. O ciclo profissional é dividido em ciclo propedêutico que acontece em dois períodos, correspondendo ao terceiro ano, seguido do ciclo ambulatorial, que no projeto original ocorria em três semestres de ambulatórios gerais de criança e adulto, além das disciplinas de cirurgia, patologia clínica e ginecologia e obstetrícia; e de internatos, sendo três meses de internato em saúde coletiva, desenvolvido, em sua maioria, em pequenas comunidades do interior do estado e os demais de internatos hospitalares, a maior parte deles no Hospital das Clínicas da

UFMG (HC-UFMG) que é o hospital universitário. A proposta inicial, que considerava o problema do paciente como a base para a aquisição de conhecimento teórico, logo após o início de sua implantação foi desvirtuada com a instituição de conteúdos pré-definidos para os grupos de discussão, uma vez que se considerou a necessidade de que houvesse um mínimo de homogeneidade no conteúdo teórico ofertado aos estudantes. Com a instituição de provas, abrangendo esse conteúdo ao final de cada semestre, o problema do paciente deixou de ser o foco principal na avaliação teórica e foi outro fator que não permitiu romper com o modelo biomédico tradicional (14,77). Além disso, é ainda Ferreira (14) que, analisando o ensino da Semiologia na FM-UFMG chama atenção para a introdução do aluno na relação médico-paciente através da objetividade da semiotécnica. O interesse é colocado em afastar ou afirmar a doença no indivíduo através da objetividade do método clínico, o que pode ser confirmado pelas queixas freqüentes de grande parte dos professores e estudantes em relação a nosologia prevalente nos ambulatórios, referindo-se à ausência do doenças, embora os doentes nunca tenham faltado. Professores, muitas vezes especialistas ou subespecialistas, não se mostraram preparados para um enfoque no indivíduo e não na doença. Esta tendência para a especialização se agravou no decorrer dos anos, com a exigência de contratação de professores já com a pós-graduação concluída, quase sempre em áreas muito restritas do conhecimento médico e nem sempre com uma prática de assistência ao paciente. Não há treinamento ou supervisão especial dos docentes pelos departamentos ou pela Faculdade de Medicina da UFMG (14). Soma-se a isso a divisão de turmas em grupos pequenos, sem um corpo docente definido, pelo menos para a disciplina de Semiologia de Adultos. Desde o início de sua implantação, a disciplina conta, freqüentemente, com mais de vinte professores por semestre, que complementam nela sua carga horária, fato que gera também grande rotatividade de professores de um semestre para outro. Em consequência desses fatos, a intersubjetividade, princípio em que se fundamenta a relação médico-paciente é, com

freqüência, deixada a cargo do estudante desde o início do seu contato com o paciente, não lhe sendo oferecido qualquer referencial teórico ou prático para isso, embora o ensino da relação médico-paciente conste dos objetivos da disciplina e constitua parte importante deles para alguns professores.

Mas foi a partir de 1994 que mudanças na estrutura do currículo, com a substituição de ambulatórios de medicina geral de adulto e de criança, no nono período, por ambulatórios de disciplinas optativas, em sua maioria de especialidades médicas, que esse modelo biomédico se fortaleceu, afastando o currículo ainda mais da proposta inicial de 1975. Embora, na opinião de Ferreira (14), pelo menos na pediatria, essa prática especializada se dê a partir da visão de especialistas que continuam exercendo a pediatria geral, quando se analisa o Processo de Desenvolvimento Curricular (1), esta visão do especialista estava contemplada de outra maneira. Estes deveriam atuar como consultores nos ambulatórios gerais, no momento de atendimento do paciente, mas esta foi uma experiência que funcionou apenas parcialmente no início e após poucos anos deixou totalmente de existir, criando uma distorção no projeto original. Disciplinas de saúde mental foram introduzidas no currículo, mas dissociadas do atendimento aos pacientes, fortalecendo a dissociação corpo-mente. Embora tenha sido introduzida a disciplina de Psicologia Médica com conteúdos relacionadas à relação médico-paciente, tais como transferência, contra-transferência, poder médico (78), a diversidade de cursos ministrados para a mesma turma faz com que o esse tema nem sempre seja abordado.

Apesar disso, o ensino ambulatorial durante grande parte do curso, oferece ao estudante a possibilidade de resolução de grande número de problemas em nível de atenção primária, com relativamente pequeno número de encaminhamentos para especialistas e de solicitação de exames complementares de alta complexidade. A dificuldade de obtê-los no Sistema Único de Saúde pode ser um fator que contribui para isto, mas a tradição de centrar o

ensino da medicina em meios clínicos é característica da UFMG de longa data (14). O paciente real, demandando resposta ao seu problema, acaba exigindo que se ultrapasse o modelo puramente biológico, embora nunca tenha se conseguido a integração necessária entre os vários saberes, pretendida para a abordagem global do paciente quando da implantação do currículo de 1975.

A medicina tecnológica de ponta também faz parte da cultura da Faculdade de Medicina da UFMG e é muito sedutora, pois além de conferir prestígio, facilita o desenvolvimento de linhas de pesquisa e a produção científica, esta mais valorizada no meio universitário que a adequada assistência ao paciente. Embora seja inegável a importância do acesso à tecnologia e ao conhecimento atualizado para uma formação técnica satisfatória, ele não pode estar dissociado do cuidado ao paciente. Para Howel (55), o papel do médico hoje deve ser o mesmo de um século atrás, pois embora o paciente queira o melhor da tecnologia no sentido biológico, socialmente falando ele continua sentindo a necessidade de ser especial e único e deseja que o médico cuide, real e verdadeiramente, dele.

Desde 1999, atividades de iniciação à docência, pesquisa e extensão passaram a ser reconhecidas pelo Colegiado de Graduação como disciplinas optativas curriculares (79).

A partir do conhecimento da estrutura curricular e da vivência do ensino médico e para possibilitar melhor entendimento da atividade desenvolvida pelo estudante no que diz respeito à relação médico-paciente em cada uma das fases do curso em que ela será avaliada, são feitas as considerações que se seguem. Os estudantes do primeiro período estão iniciando o ciclo básico e ainda não têm contato profissional com doentes e doenças. No início do quinto período o estudante finalizou o ciclo básico, durante o qual ficou imerso em disciplinas de conteúdo biológico, com poucas disciplinas que abordam o psicossocial. É um momento do curso em que as disciplinas foram teóricas e a prática se restringiu aos laboratórios de biologia ou química e anatomia. O doente real ainda não fez parte do universo

desse estudante. É a partir deste momento que ele começa o trabalho com pacientes, nas disciplinas de Semiologia, já mencionadas anteriormente. O início do sétimo período marca o final desse ciclo propedêutico. Agora o estudante já atendeu pacientes em ambulatórios e enfermarias, de maneira fragmentada, estudando por sistemas, sem assumir o cuidado do paciente de forma direta. O enfoque principal foi no método clínico. Algumas turmas, no quinto período, participaram de atenção mais global ao paciente e discutiram relação médico-paciente de maneira mais sistematizada. Apesar de constar do programa, a abordagem desse tema depende de cada um dos professores dos 32 grupos. O início do nono período marca o final do ciclo ambulatorial geral, inclusive com atendimento na rede pública de saúde. O estudante foi o médico do paciente, com a supervisão direta e presencial do professor, que assume a responsabilidade legal pelo ato médico. Os estudantes atenderam e acompanharam vários pacientes nesse período de um ano. No sétimo período cursaram a disciplina de psicologia médica. No início do décimo período o estudante terminou as disciplinas optativas, a maioria delas de especialidades médicas, nas quais o contato com a tecnologia médica foi mais intenso. Nelas, o estudante continuou a atender o paciente, habitualmente no ambulatório. A diferença entre este e os dois períodos anteriores está, além da tecnologia mais presente, na abordagem do especialista ou sub-especialista, que pode ser mais fragmentada, durante o nono período. O décimo segundo período, além de representar o último ano do curso, é o final dos internatos que começaram no décimo período. Agora o estudante atendeu o paciente internado nas clínicas básicas e na urgência e traumatologia. É o final do período de contato com o hospital, as unidades de urgência e as enfermarias. Apesar da atenção direta ao paciente, a figura do residente tem papel importante nesse momento do curso, muitas vezes se interpondo entre o estudante e o paciente ou entre o estudante e o preceptor ou, até mesmo, atuando como preceptor de maneira informal.

Não se pode esquecer que os estudantes passaram também três meses em internato de saúde coletiva, normalmente em pequenas comunidades, onde exerceram o papel de médicos de família, de atenção básica ou fizeram um trabalho mais social; isto no décimo primeiro período.

Pesquisas foram realizadas na Faculdade de Medicina da UFMG, desde a implantação do atual currículo, com intuito de avaliar tanto o perfil do estudante de medicina quanto sua relação com os pacientes.

A avaliação da relação médico-paciente dos estudantes de medicina da UFMG já foi estudada por Figueiredo (80), através da entrevista com mães de pacientes pediátricos atendidos pelos estudantes em Unidades de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, utilizando metodologia qualitativa. Na fala das mães, o estudante é carinhoso, interessado, dedicado, "não tem nojo" de pegar na criança, em contraposição ao médico formado que não pega e, às vezes, nem olha para ela. Além disso, o estudante sugere, enquanto o médico dá ordens. Por outro lado, nesse mesmo trabalho, na fala dos estudantes se percebe a intolerância por atitudes do paciente que questionam o poder médico, como exemplo, quando as mães reclamam da demora no atendimento. É ainda das mães a percepção de que o cuidado e a atenção são transitórios, estando relacionados a uma necessidade de aprender e que, uma vez concluído esse processo, o estudante será "um médico igual aos outros".

Ribeiro (77), em estudo com médicos egressos da FM-UFMG que foram estudantes no início do atual currículo e, após a formatura mudaram-se para cidades pequenas do interior do estado, concluiu que um dos pontos fortes dos egressos estudados foi o preparo profissional na relação médico-paciente. Por outro lado, o mesmo não se deu com as questões referentes às relações de poder, principalmente a relação com a comunidade e com o poder político local, o que gerou atitudes de submissão total ou graves conflitos com o poder local – regional.

Levanta a hipótese de que relação autoritária estudante-professor, não completamente resolvida, seria uma possível causa para o problema acima.

Ferreira et al (81) avaliaram o perfil sócio-econômico, a motivação para estudar medicina, a especialidade pretendida e os objetivos em relação ao exercício profissional de estudantes do quinto e décimo segundo períodos de medicina de 1997, na Faculdade de Medicina da UFMG. Obtiveram respostas de 296 estudantes do quinto período e de 262 do décimo segundo período, o que correspondeu a quase totalidade dos estudantes presentes à aula no dia de aplicação do questionário. Os resultados mostraram que 50% dos estudantes eram mulheres; em relação à renda familiar, 40 % apresentavam renda acima de trinta salários mínimos (SM) mensais e 12% inferior a 10 SM. O pai de 50% deles tinha escolaridade superior. O estudante apresentava perfil urbano, sendo a maioria natural de Belo Horizonte e mostrava tendência a exercer a medicina liberal. A opção pela especialização precedia a entrada no ciclo profissional e a opção por especialidades básicas se situou abaixo de 20% tanto para o quinto quanto para o décimo segundo período. Em relação ao motivo para estudar medicina, encontraram a identificação com a profissão em mais de 50%, sendo também importantes os motivos altruístas e a busca do conhecimento.

Pesquisas com estudantes de medicina da UFMG, no sentido de avaliar a atitude a respeito da relação médico-paciente e a interferência do curso médico nessa atitude não foram realizados desde a implantação do currículo atual.

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 **Objetivo geral**

Avaliar a atitude, a respeito da relação médico-paciente, dos estudantes de medicina da UFMG ao ingressar no curso médico, e a evolução dessa atitude no decorrer do curso tendo como referência a medicina centrada no paciente ou no médico e na doença.

3.2 **Objetivos específicos**

3.2.1 Determinar, caso haja mudança, em que sentido ela se dá.

3.2.2 Determinar, caso haja mudança, em que momento do curso ela é mais significativa.

3.2.3 Identificar, caso ocorra mudança, os prováveis fatores associados.

CAPÍTULO 4

MÉTODO

4. MÉTODO

Este é um estudo transversal realizado com estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM-UFMG), utilizando a escala PPOS ("Patient-practitioner orientation scale") cuja versão original em inglês (anexo1) foi traduzida para português (anexo 2) e um questionário sócio-demográfico (anexo 3). O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais em 18 de agosto de 2004 (anexo 4).

4.1 Os instrumentos de medida

4.1.1 O questionário sócio-demográfico

O questionário sócio-demográfico foi construído para essa pesquisa considerando variáveis como idade, sexo, especialidade pretendida após a formatura que, em outras pesquisas (61, 62, 63, 64,65), mostraram associação com a atitude de estudantes a respeito da relação médico-paciente ou que, não mostrando essa associação nos mesmos estudos, como estágios extracurriculares, iniciação científica e o fato de ser filho de médicos poderiam apresentá-la em uma realidade cultural diferente. Etnia, embora freqüentemente pesquisada e associada com a variação dos escores, não foi considerada pela dificuldade na sua classificação no Brasil. Optou-se por considerar a renda familiar e escolaridade do pai ou da mãe, acreditando que alguma delas pudesse ter algum significado na atitude dos estudantes. O questionário foi elaborado com respostas fechadas, sendo auto-aplicável.

4.1.2 A escala

Embora haja controvérsias na literatura sobre o uso de versões de instrumentos de medida já testados em outros países ou a construção de novo objeto para investigação semelhante (82), fatores como o custo e a complexidade de seu desenvolvimento motivaram o uso de escala já previamente utilizada nos Estados Unidos da América. A

escolha da escala PPOS para esta pesquisa se deveu à inexistência de instrumento desenvolvido no Brasil para medir a orientação de estudantes de medicina a respeito da relação médico–paciente, à exequibilidade de sua aplicação por se tratar de escala de auto-resposta e com poucas afirmativas, aos vários trabalhos já publicados com sua utilização nos Estados Unidos, sugerindo sua aceitabilidade como instrumento adequado para medir o que se propõe e, também, à autorização pelo autor – Dr. Krupat - para seu uso e às orientações por ele fornecidas para a análise dos resultados (Anexo 5 a e b).

Como visto anteriormente, a escala PPOS mede a atitude de médicos ou pacientes ao longo de uma dimensão que varia de centrada no médico a centrada no paciente, já tendo sido utilizada para médicos, pacientes e estudantes de medicina. A escala original é em inglês e foi traduzida para o português para sua utilização, sendo a sigla em inglês mantida nesse trabalho. A escala PPOS consta de **dezoito** itens, sendo **nove** deles relacionados ao compartilhar (poder) e os outros **nove** relacionados ao cuidar (doente x doença). Cada item da escala compreende **seis** pontos, desde "concordo fortemente" (1) até "discordo fortemente" (6), de acordo com a escala de Likert de **seis** pontos.

Para a análise dos resultados obtidos na escala é considerada a média das respostas aos dezoito itens, denominada neste trabalho de **escore total da PPOS**. Essa é uma das variáveis que será utilizada para análise e apresenta valores contínuos entre **um** e **seis**, sendo que valores mais altos correspondem a atitudes de poder mais igualitárias e centradas no paciente. As afirmativas de números **nove**, **treze** e **dezessete** estão com os escores em sentido contrário, devendo os mesmos ser invertidos antes de analisados, segundo orientação do autor.

Outras duas variáveis são utilizadas e resultam das médias das respostas para as **nove** afirmativas que constituem as subescalas relacionadas ao "compartilhar" e ao "cuidar". Os itens **um**, **quatro**, **cinco**, **oito**, **nove**, **dez**, **doze**, **quinze** e **dezoito** medem o quanto as pessoas que responderam acreditam que o paciente deseja informação e deve participar do processo de

decisão, compartilhando o poder com o médico e sua média é nesse trabalho a variável denominada **poder**. Os itens **dois, três, seis, sete, onze, treze, quatorze, dezesseis e dezessete** medem o quanto essas pessoas acreditam que as expectativas, sentimentos e circunstâncias da vida do paciente interferem no processo de tratamento, e sua média é a variável denominada **cuidado** (72). Quando apenas um item não foi respondido em cada sub-escala, a média de oito itens foi utilizada na análise, também seguindo orientação por correspondência do autor da escala.

A validação prévia da escala em português não foi realizada.

4.2 Amostra do estudo

Do universo de estudantes matriculados na Faculdade de Medicina em agosto de 2004, foram escolhidos, inicialmente, os períodos do curso dos quais os estudantes seriam convidados a participar da pesquisa, respondendo ao questionário e à escala PPOS. Os períodos escolhidos e os critérios para a escolha foram:

Primeiro período – início do curso médico; quinto período – estudante terminou o ciclo básico; sétimo período – estudante terminou o ciclo propedêutico; nono período – estudante terminou o ciclo ambulatorial geral; décimo período – estudante terminou as disciplinas optativas de especialidades médicas e décimo segundo período – período final do curso médico quando o estudante tem vivência hospitalar. A aplicação dos questionários nas primeiras semanas de aula, exceto para o décimo segundo período, teve como objetivo a avaliação do período anterior, como exemplo, para o quinto período o que se pretendeu avaliar foi a possível influência do ciclo básico.

Foi definido que o questionário seria aplicado apenas para os alunos presentes no dia de sua aplicação, independente do número de alunos presentes à aula naquele dia. Considerou-se que a reaplicação dos questionários poderia tornar os resultados viciados.

Estudo piloto foi realizado com estudantes de turma que não participaria do estudo (6º período), com objetivo de verificar o entendimento do questionário e da escala e determinar o tempo aproximado que seria gasto para respondê-los. Esses questionários não foram aproveitados para análise.

4.3 Coleta de dados

Os questionários foram aplicados apenas uma vez para cada turma, independente do número de alunos presentes à aula no dia, durante o mês de agosto de 2004, nas três primeiras semanas de aula.

Após a explicação do objetivo da pesquisa e de reforçar que a participação era livre, o termo de consentimento livre e esclarecido foi distribuído para os estudantes, com a permissão dos professores das disciplinas. Após isto, os questionários e a escala foram distribuídos para os que aceitaram participar e foram recolhidos, pela pesquisadora ou pelo professor do grupo, logo após terem sido respondidos. Para o primeiro período o questionário foi aplicado no primeiro dia de aula de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde, antes do início da aula. Para o quinto período, sua aplicação foi na disciplina de Semiologia Médica I, módulo de adultos, na primeira semana de aula e sempre na primeira aula de cada grupo. Os estudantes do sétimo período foram contatados na sua primeira semana de aula, a grande maioria na primeira e alguns poucos na segunda aula da disciplina de Medicina Geral de Adultos I.

Para o nono e décimo períodos, pela fragmentação das turmas em vários grupos e locais diferentes da escola, os questionários foram aplicados durante as aulas teóricas de Clínica Cirúrgica no nono e de Urgência e Traumatologia ou de Ginecologia e Obstetrícia no décimo período. Para o décimo segundo período os questionários foram distribuídos durante as aulas de Psiquiatria Clínica. Como o décimo segundo período se inicia antes dos

demais e o que se pretendia avaliar era a atitude do aluno no final do curso, os questionários nessa turma foram aplicados no segundo mês de aula.

4.4 Confeção do Banco de Dados e Análise Estatística

O banco de dados foi confeccionado no programa Epi-info, sendo as variáveis incluídas de acordo com o questionário sócio-demográfico e a escala PPOS. As respostas dos itens **nove**, **treze** e **dezessete** da escala foram invertidas antes de serem incluídas. Para inclusão do questionário sócio-demográfico foram consideradas essenciais as respostas de período e sexo e para a escala PPOS foi considerado essencial que no mínimo oito questões de cada subescala estivessem respondidas, com uma única alternativa assinalada em cada questão.

Para o item referente à especialidade, quando houve escolha de duas ou mais opções divergentes, considerou-se a alternativa **não sei**. Quando os estudantes assinalaram as opções cirurgia e especialidades cirúrgicas, considerou-se cirurgia, tendo o mesmo procedimento sido adotado quando as opções foram clínica médica e especialidades clínicas.

Após o lançamento de todas as variáveis do questionário, foram criadas três novas variáveis denominadas **score total da PPOS**, **cuidado e poder**, de acordo com o que já foi descrito na seção 4.1.2, escala PPOS.

Cada uma destas novas variáveis é que foi considerada variável-resposta para efeito de análise dos resultados e elas foram relacionadas com as variáveis do questionário sócio-demográfico.

Para avaliar o efeito de gênero, período, renda, escolaridade dos pais e demais fatores obtidos do questionário sócio-demográfico nos escores da PPOS (**score total da PPOS**, **cuidado e poder**) foi usada a análise de variância (ANOVA) (83) no programa SPSS. O

nível de significância estatística considerado foi de 5% ($P < 0,05$). Foram usados modelos com um fator ou com vários fatores agrupados, mas a variável resposta foi sempre única.

Teste de t de Student foi usado para verificar se houve diferença entre os grupos de estudantes que responderam os questionários e os estudantes matriculados, em relação ao sexo.

Especialidades foram reagrupadas para efeito de análise, tanto para a amostra total como para o décimo segundo período, estando os agrupamentos descritos em resultados.

4.5 Revisão da literatura

A revisão da literatura foi realizada na base de dados Medline, utilizando como palavras-chave “patient-centered care, doctor-patient relationship, medical student attitudes, delivery of health care”. Para a busca de trabalhos nacionais e latino-americanos foi utilizada a base de dados Scielo. Nesse caso utilizou-se relação médico-paciente como palavra-chave e os artigos foram selecionados pelo resumo. Alguns trabalhos foram obtidos a partir da lista de referências bibliográficas de trabalhos consultados. Alguns livros-texto utilizados são obras de referência sobre o tema e eram previamente conhecidos. Teses realizadas na Faculdade de Medicina da UFMG que se relacionavam ao tema em estudo foram também consultadas .

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

5- RESULTADOS

Foram distribuídos questionários com a escala PPOS para todos os estudantes presentes à aula no dia de sua aplicação, o que totalizou aproximadamente 800 questionários distribuídos para um universo de 958 estudantes matriculados nos períodos selecionados para o estudo, em agosto de 2004. Desses, 743 questionários foram devolvidos, sendo 738 (>90%) aproveitados para análise. Dos cinco questionários não aproveitados, em quatro a escala PPOS estava incompleta e em um apresentava duas respostas para cada afirmativa; dois deles eram do primeiro período e os outros eram respectivamente do quinto, sétimo e nono períodos.

5.1 Perfil do estudante participante da pesquisa

O número de estudantes que respondeu ao questionário em relação ao número de estudantes matriculados por período e a respectiva distribuição por gênero estão na TAB. 1. Não houve diferença estatisticamente significativa quanto ao gênero, entre o número de estudantes matriculados e aqueles que responderam ao questionário, em nenhum dos períodos.

Tabela 1: Distribuição dos estudantes que responderam ao questionário e percentual em relação ao número de estudantes matriculados por período escolar e gênero em agosto de 2004, na Faculdade de Medicina da UFMG.

Período	Estudantes					
	Total		Masculinos		Femininos	
	Respondentes	%	Respondentes	%	Respondentes	%
1	146	94,8	75	93,8	71	95,9
5	140	83,8	66	81,5	74	86,0
7	130	80,7	74	83,1	56	77,8
9	105	63,6	59	61,4	46	66,7
10	102	65,0	47	63,5	55	66,3
12	115	74,7	57	71,3	58	78,4
Total	738	77,0	378	75,6	360	78,6

Fonte: elaboração própria

A idade dos estudantes variou entre dezessete e quarenta anos, com mediana de 22 anos, e esteve diretamente relacionada com o período do curso. A mediana da idade e as idades máximas e mínimas, por período, encontram-se na TAB. 2.

Tabela 2: Idades mediana, mínima e máxima dos estudantes que participaram da pesquisa, por período.

Período	Idade mediana (anos)	Idade mínima e máxima (anos)
1	20	17-26
5	21,5	20-29
7	22	20-27
9	23	21-38
10	23	21-40
12	24	22-28

Fonte: elaboração própria

Dos 738 estudantes, 93,2% (688) relataram idade entre dezessete e 25 anos, 6,4 % (47) entre 26 e trinta anos e apenas dois estudantes acima de trinta anos e um acima de quarenta anos.

A maioria dos estudantes informou renda familiar entre dez e quarenta salários mínimos. A TAB. 3 mostra a distribuição de renda para os 738 estudantes.

Tabela 3: Renda familiar informada, em salários mínimos, dos estudantes que responderam ao questionário sócio demográfico

Renda familiar	Estudantes	
	número absoluto	%
< 10	106	14,4
10 a 20	227	30,8
>20 e <40	229	31,0
>40	140	19,0
não informada	36	4,8

Fonte: elaboração própria

A maioria tinha pelo menos um dos pais com nível de escolaridade superior. Desses últimos, 138 estudantes (18,7% do total) informaram ter o pai e/ou a mãe médicos. A TAB. 4

mostra o número absoluto e relativo de estudantes em relação ao nível escolaridade da mãe e do pai.

Tabela 4: Nível de escolaridade dos pais para os 738 estudantes que responderam ao questionário sócio demográfico

Nível de Escolaridade	Número de estudantes			
	absoluto Mãe	%	absoluto Pai	%
Fundamental	49	6,6	76	10,3
Médio	226	30,6	153	20,7
Superior	463	62,7	509	69,0

Fonte: elaboração própria

A participação dos estudantes em estágios extracurriculares e em programas de iniciação científica, por período do curso, é mostrada na TAB. 5. No último período do curso, quase a totalidade dos estudantes estava ou esteve envolvida com estágios extracurriculares e aproximadamente dois terços deles participavam de atividade de iniciação científica.

Tabela 5: Número absoluto e percentagem de estudantes que informaram participação em iniciação científica e estágios extracurriculares, por período.

Período do curso	Estágios extracurriculares		Iniciação científica	
	Nº de estudantes	%	Nº de estudantes	%
1	13	8,9	11	7,5
5	29	20,7	31	22,1
7	103	79,2	39	30,0
9	92	88,5	60	57,7
10	96	95,0	56	55,4
12	108	94,7	75	65,8
Total	441	60,0	272	37,0

Não informaram= 3 estudantes

Fonte: elaboração própria

Os dados referentes à especialidade pretendida após a formatura para todos os estudantes, desde a sua entrada na Faculdade, e apenas para aqueles do décimo segundo período encontram-se na TAB. 6. As especialidades foram dispostas em duas colunas, estando na primeira delas as especialidades consideradas de atenção básica e na segunda as demais especialidades. Nela pode se observar que mais de um terço dos estudantes não tem ainda

uma definição sobre essa escolha, quando se considera a amostra total, mas quando se considera somente o período décimo segundo este percentual cai para 13,9. A opção pelas especialidades de atenção básica apresentou percentual maior para o décimo segundo período do que para a amostra total e quando se considera apenas os estudantes que têm uma escolha definida, essa diferença persiste.

Tabela 6: Especialidade pretendida após formatura pelos 738 estudantes da amostra e para aqueles do 12º período em números absolutos

Especialidades básicas	12º P	Todos	Demais especialidades	12º	Todos
Clínica Médica	23	72	Não sabe	16	269
Pediatria	10	34	Especialidades Clínicas	20	128
Generalista	00	08	Cirurgia	15	90
Medicina Preventiva	01	02	Especialidades Cirúrgicas	09	63
			Psiquiatria	03	23
			Ginecologia e Obstetrícia	02	12
			Oftalmologista	04	10
			Otorrinolaringologista	04	08
			Métodos Diagnósticos	04	07
			Anestesiologia	02	06
			Radioterapia	00	03
			Medicina esportiva	00	01
			Medicina do trabalho	01	01
			Pesquisa	01	01
Total	34 (29,6%)	116 (15,7%)		81 (70,4%)	622 (84,3)

Fonte: elaboração própria

5.2 Escores total da PPOS, de cuidado e poder para a amostra total

O escore total da PPOS (dezoito itens) para os 738 estudantes foi $4,66 \pm 0,44$, com uma variação entre 2,83 a 6,00. A média dos escores da sub-escala de **cuidado** (nove itens) foi $5,20 \pm 0,02$, variando de 1,89 a 6,0 e da sub-escala de **poder** $4,10 \pm 0,02$, com mínimo de 1,78 e máximo de 6,00. O menor valor para o **escore total** foi de estudante masculino do nono período, 24 anos e sem escolha de especialidade definida. Para **cuidado** o valor mínimo foi de estudante de 24 anos, do décimo segundo período, masculino e que pretende fazer especialidade cirúrgica e para **poder** foi também de estudante do décimo segundo período,

sexo masculino, 25 anos e que pretende fazer clínica médica. Os valores máximos foram sempre 6.0 e se distribuíram em vários períodos.

5.2.1 Escore total da PPOS, de **cuidado** e de **poder** e o período do curso de medicina

A variação do escore total da PPOS por período pode ser vista no GRAF. 1 e na TAB. 7. Na análise univariada houve aumento do escore total da PPOS no decorrer do curso de medicina para a amostra total e este foi estatisticamente significativo com $p=0,000$.

Gráfico 1: Escore total da PPOS por período do curso de medicina da UFMG, para os 738 estudantes

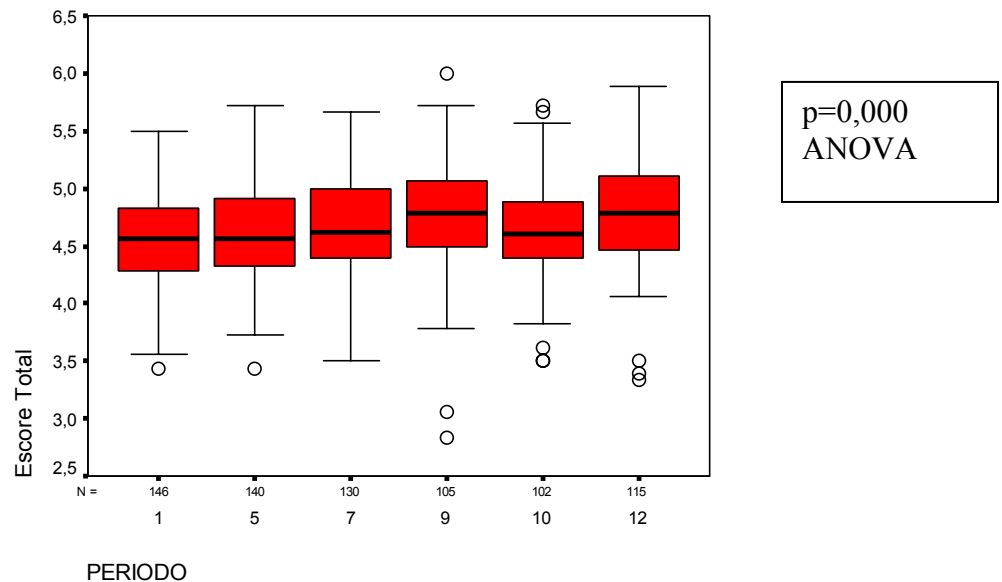


Tabela 7: Escore total da PPOS por período escolar e valor de p da diferença entre o escore do primeiro em relação aos demais períodos.

Escore total da PPOS por período	Valor de p da diferença entre o primeiro e os demais períodos
1º período	4,57
5º período	4,60
7º período	4,67
9º período	4,76
10º período	4,61
12º período	4,77

Fonte: elaboração própria

Esse aumento, no entanto, não ocorreu em todos os períodos. Quando se analisa separadamente cada período em relação ao primeiro, observa-se que não há variação estatisticamente significativa entre o escore total da PPOS do primeiro com o do quinto e o do

décimo períodos. A diferença torna-se progressivamente maior quando se comparam os escores do primeiro com os escores do sétimo, nono e décimo segundo períodos, quando o escore total da PPOS atinge os valores mais altos.

Os resultados para a sub-escala de **poder** estão resumidos na TAB. 8 e mostram que há um aumento progressivo do escore ao longo do curso, exceto no décimo período, do mesmo modo que ocorreu para o escore total da PPOS. Isso significa uma atitude de compartilhar as decisões com o paciente ou uma relação mais centrada no paciente à medida que o curso avança ($p=0,000$). Essa diferença ocorre principalmente do primeiro para o nono e para o décimo segundo períodos.

Tabela 8:Variação das médias da sub-escala de poder, por período, com o desvio padrão e o valor de p da diferença entre o primeiro e os demais períodos do curso

Período	Poder (DP)	Valor de p
1	3,99 (0,61)	----
5	4,01 (0,71)	0,782
7	4,09 (0,67)	0,172
9	4,29 (0,63)	0,000
10	4,03 (0,66)	0,598
12	4,26 (0,65)	0,001

Fonte: elaboração própria.

Para o sub-escore de cuidado não houve diferença estatisticamente significativa no decorrer do curso médico. É interessante observar que apesar disso, há uma tendência de aumento do escore de cuidado nos períodos do ciclo profissional (TAB. 9), e quando se compara o escore do primeiro (5,14) com o do décimo segundo período (5,27), encontra-se um $p = 0,028$. Há aumento significativo também do primeiro para o sétimo período ($p = 0,025$).

Tabela 9: Variação das médias da sub-escala de cuidado, por período escolar, com o desvio padrão (DP) e o valor de p da diferença entre o primeiro e os demais períodos.

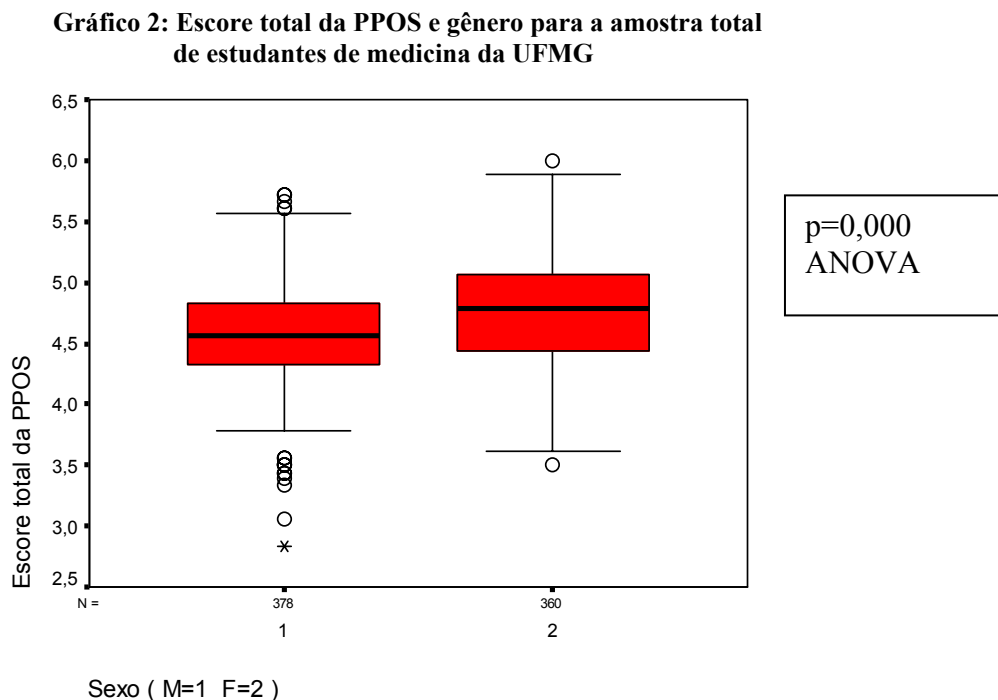
Período	Cuidado (DP)	Valor de p
1	5,14 (0,46)	----
5	5,18 (0,40)	0,472
7	5,25 (0,35)	0,025
9	5,23 (0,53)	0,185
10	5,19 (0,47)	0,438
12	5,27 (0,50)	0,028

Fonte: elaboração própria.

Em busca de explicação para essa menor variação nos escores da escala de cuidado, verificou-se o poder de discriminação dos itens da escala PPOS. A análise desses itens mostrou que os itens de números sete e dezesseis, que estão incluídos na sub-escala de cuidado não discriminaram bem, concentrando mais de 80% das respostas no número seis (discordo totalmente).

5.2.2 Escore total da PPOS e gênero

A análise do escore total da PPOS por gênero mostrou escore mais elevado para o sexo feminino ($4,75 \pm 0,41$) quando comparado ao masculino ($4,56 \pm 0,45$), com diferença estatisticamente significativa ($p= 0,000$) na amostra total (GRAF.2).



Quando se comparam os escores por gênero, por período, a TAB.10 mostra que os escores são mais altos na amostra total e nos primeiros períodos do curso (primeiro ao sétimo) para o sexo feminino em relação ao masculino, com diferenças estatisticamente significativas. A partir do nono período, embora as médias continuem mais elevadas para as

mulheres em relação aos homens, não há diferença estatística entre elas. Ao final do curso os estudantes têm atitudes mais centrada no paciente que no início ($p=0,001$), mas as estudantes não ($p=0,104$).

Tabela 10: Distribuição das médias totais da escala PPOS por período escolar e por gênero

Período escolar	Média geral PPOS	PPOS Masculino	PPOS Feminino	P (Dif.masc/fem)
1	4,57 ± 0,43	4,43 ± 0,39	4,72 ± 0,42	0,0000
5	4,60 ± 0,41	4,48 ± 0,38	4,70 ± 0,42	0,0009
7	4,67 ± 0,41	4,59 ± 0,42	4,78 ± 0,39	0,0012
9	4,76 ± 0,48	4,69 ± 0,52	4,85 ± 0,42	0,097
10	4,61 ± 0,45	4,55 ± 0,48	4,66 ± 0,42	0,22
12	4,77 ± 0,44	4,70 ± 0,49	4,83 ± 0,38	0,14
Total	4,66 ± 0,02	4,57 ± 0,45	4,75 ± 0,41	0,0000

Fonte: elaboração própria

Quando se analisam os escores da sub-escala de **cuidado**, gênero é a única variável que mostra diferença estatisticamente significativa, com o escores sendo maiores para o sexo feminino ($5,28 \pm 0,39$) em relação ao masculino ($5,13 \pm 0,49$) com $p=0,000$.

Para a sub-escala de **poder** a diferença de escores por sexo (TAB.11) também é estatisticamente significativa ($p=0,000$) com atitudes mais centradas no paciente para as estudantes, quando se considera a amostra total.

Tabela 11: Distribuição das médias da sub-escala (PPOS) de poder por período e por gênero, com valor de p para a diferença de gênero

Período escolar	Poder masculino	Poder feminino	p dif. gênero
1	3,82±0,58	4,18±0,58	0,0003
5	3,82±0,62	4,19±0,74	0,0017
7	3,98±0,69	4,24±0,62	0,0329
9	4,24±0,63	4,34±0,63	0,8009
10	4,02±0,71	4,05±0,63	0,1652
12	4,19±0,71	4,33±0,58	0,2599
Total	3,99±0,67	4,21±0,64	0,0000

Fonte: elaboração própria

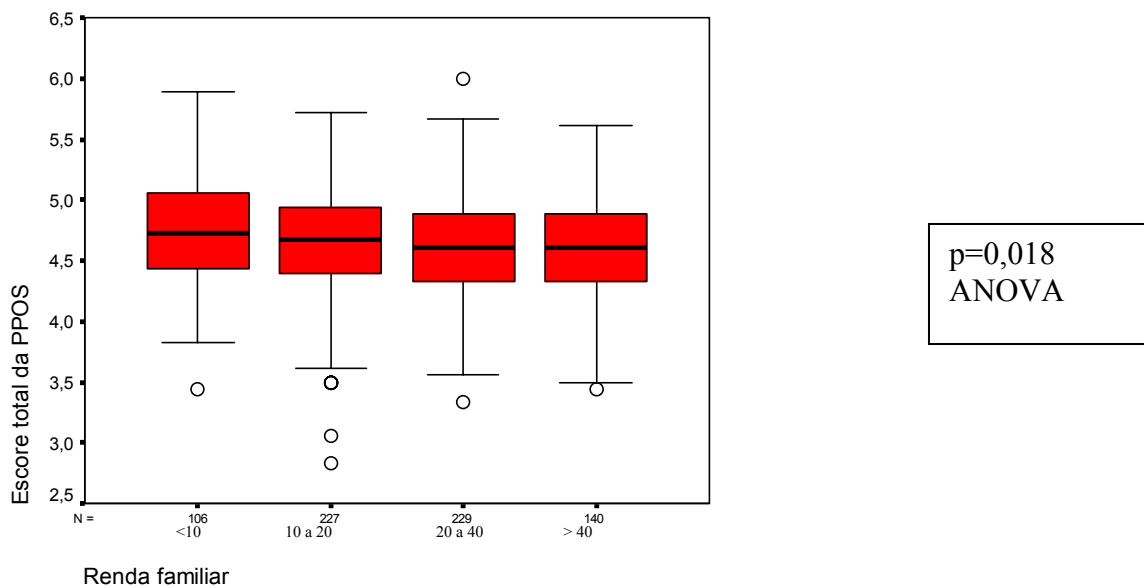
A análise dessa diferença ao longo do curso mostra que há uma tendência de redução da mesma, não havendo mais diferença estatisticamente significativa entre os escores de homens

e mulheres a partir do nono período. A comparação do escore para o sexo feminino entre o final e o início do curso revela que não há diferença ($p=0,231$) ao contrário do sexo masculino onde há diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$).

5.2.3 Escore total da PPOS de cuidado e poder versus renda, pais médicos, estágios extracurriculares e iniciação científica.

Renda foi outra variável que se mostrou estatisticamente significativa ($p= 0,0018$), com redução do escore total da PPOS para faixas de renda mais altas (GRAF. 3).

Gráfico 3: Escore total da PPOS por faixa de renda, em salários mínimos, para a amostra total de estudantes de medicina da UFMG



A redução foi progressiva, com os menores valores do escore ocorrendo na faixa de renda familiar acima de quarenta salários mínimos. A variação dos escores para renda foi de 4,59 a 4,75 e está mostrada na TAB. 12.

Tabela 12: Variação do escore total da PPOS de acordo com a faixa de renda familiar e valor de p da diferença entre a classe de renda 1 e as demais

Classe de renda	Escore total da PPOS	valor de p
renda 1 (<10SM)	4,75 ± 0,42	-----
renda 2 (>10 e < 20 SM)	4,65 ± 0,46	0,048
renda 3 (> 20 e < 40 SM)	4,63 ± 0,44	0,017
renda 4 (> 40 SM)	4,59 ± 0,41	0,005

SM = salário mínimo

Fonte: elaboração própria

Filhos de médicos apresentaram escores totais da PPOS menores que os dos outros estudantes ($p=0,058$). Os escores totais da PPOS dos estudantes que informaram participação em estágios extracurriculares e programas de iniciação científica foram mais altos em relação aos que não participaram, com $p=0,002$ e $p=0,019$ respectivamente. Entretanto, quando se colocou no mesmo modelo estatístico de análise de variância, as variáveis período, sexo, renda, pais médicos, iniciação científica e estágios extracurriculares, apenas período, sexo e renda mantiveram a significância estatística, sendo que no caso da renda para $p<0,10$, conforme pode ser visto na TAB.13.

Tabela 13: Resultado do valor de p para variação do escore total da PPOS e as variáveis período, sexo, renda, pais médicos, iniciação científica e estágios extracurriculares, utilizando modelo de análise de variância com uma e com todas as variáveis.

Variável	valor de p	
	modelo com 1 variável	modelo com todas variáveis
período	0,000	0,016
sexo	0,000	0,000
renda	0,018	0,073
pais médicos	0,058	0,219
estágio extracurricular	0,020	0,427
iniciação científica	0,019	0,917

Fonte: elaboração própria

Quando se analisaram renda e pais médicos no mesmo modelo, o fato de ser filho de médico deixa de ser estatisticamente significativo. Em busca de explicação para esse fato foram cruzadas as variáveis renda e pais médicos e o que se observou foi que a maioria (76,1%) dos filhos de médicos relatou renda acima de vinte salários mínimos, conforme TAB. 14.

Tabela 14: Tabulação cruzada de renda familiar e pais médicos, em percentagem, para os 738 estudantes.

Pais médicos	Renda familiar em salários mínimos					Total
	<10	10 a 20	20 a 40	> 40	NI	
Sim (138)	0,7	15,9	34,8	41,3	7,2	100
Não (600)	17,5	34,2	30,2	13,8	4,3	100
Total (738)	14,4	30,8	31	19,0	4,9	100

NI= não informada

Fonte: elaboração própria

Estágios extracurriculares e iniciação científica, quando colocados no mesmo modelo que período, deixaram de apresentar significância estatística para a diferença de escore total da PPOS. Isto ocorre porque tanto a frequência de estágios extracurriculares como de participação em iniciação científica aumenta no decorrer do curso. As TAB. 15 e 16 mostram esses resultados.

Tabela 15: Tabulação cruzada de estágios extracurriculares, em percentagem, versus período do curso de medicina para os 738 estudantes

Período	Estágio extracurricular			Total
	Sim	Não	NI	
1	8,9	91,1	0,0	100,0
5	20,7	79,3	0,0	100,0
7	79,2	20,0	0,8	100,0
9	87,6	10,5	1,9	100,0
10	94,1	5,9	0,0	100,0
12	93,9	6,1	0,0	100,0

NI= não informado

Fonte: elaboração própria

Tabela 16: Tabulação cruzada de iniciação científica, em percentagem, versus período do curso de medicina, para os 738 estudantes.

Período	Iniciação científica			Total
	Sim	Não	NI	
1	7,5	92,5	0,0	100,0
5	22,1	77,9	0,0	100,0
7	30,0	69,2	0,8	100,0
9	57,1	41,9	1,0	100,0
10	54,9	44,1	1,0	100,0
12	65,2	34,8	0,0	100,0

NI= não informado

Fonte: elaboração própria

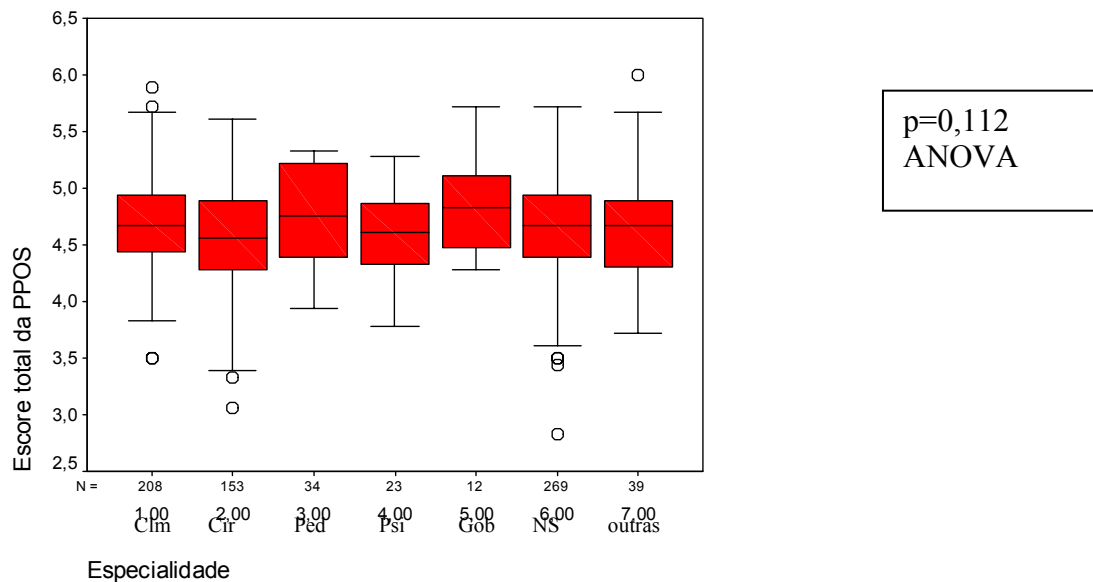
Para a sub-escala de **poder** a diferença de renda também interferiu no escore da PPOS ($p=0,002$), com os escores para poder diminuindo à medida que a renda se elevava, e os menores escores para estudantes com renda familiar acima de 40 quando comparados aos estudantes com renda abaixo de 10 salários mínimos ($p=0,000$). As demais variáveis mostraram comportamento semelhante ao que ocorreu com o escore total da PPOS.

Para a sub-escala de **cuidado** não houve diferença de escore para nenhuma das variáveis analisadas acima.

5.2.4 Escores da PPOS e especialidades pretendidas

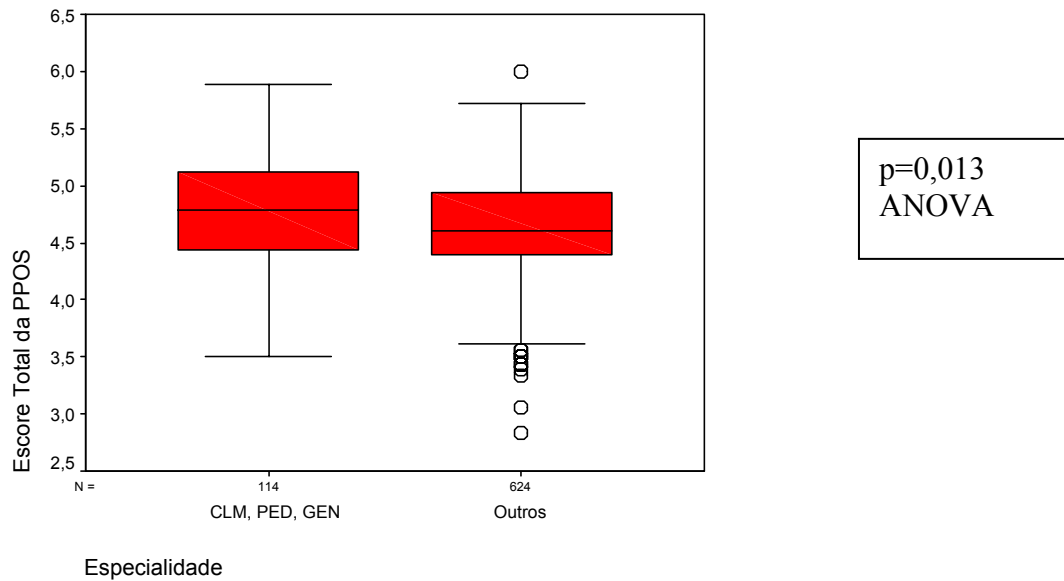
Para efeito de análise, as especialidades foram reagrupadas em sete categorias, sendo consideradas clínica médica e especialidades clínicas (CIm), cirurgia e especialidades cirúrgicas (Cir), pediatria (Ped), psiquiatria (Psi), ginecologia e obstetrícia (Gob), não sabe (NS) e as demais (Outras). O GRAF. 4 mostra a variação do escore total da PPOS de acordo com a especialidade pretendida. Apesar de não mostrar diferença estatisticamente significativa, sua observação pode ser importante.

Gráfico 4: Escore total da PPOS e especialidade pretendida, após a formatura, para a amostra total de estudantes de medicina da UFMG.



Optou-se, então, por fazer novo agrupamento de especialidades, agora considerando especialidades de atenção básica (clínica médica, pediatria e médico de família ou generalista) e todas as demais. As médias foram mais altas entre os estudantes que escolheram especialidades ligadas à atenção básica ($4,78 \pm 0,45$) em relação àquelas dos que escolheram outras especialidades ou não sabiam qual especialidade fazer ($4,64 \pm 0,44$), quando se considerou a amostra total ($p=0,013$), conforme GRAF. 5.

Gráfico 5: Escore total da PPOS e especialidades de atenção básica pretendidas, após formatura, para a amostra total de estudantes de medicina da UFMG .



5.2.5 Escore total da PPOS e as demais variáveis do questionário sócio-demográfico

Escolaridade do pai e escolaridade da mãe não interferiram no escore total da PPOS, conforme pode ser visto na TAB.17.

Tabela 17: Variação do escore total da PPOS para escolaridade do pai e escolaridade da mãe, com valor de p (ANOVA) para a diferença.

Escolaridade do pai	Nível Fundamental	4,71	p = 0,533
	Médio	4,66	
	Superior	4,65	
Escolaridade da mãe	Nível Fundamental	4,70	p = 0,761
	Médio	4,66	
	Superior	4,65	

Fonte: elaboração própria

5.3 Escores para o primeiro período e sua relação com o questionário sócio-demográfico

Ao iniciar o curso de medicina, os estudantes apresentaram um escore total da PPOS de $4,57 \pm 0,43$. Os escores para cuidado e poder foram, respectivamente, $5,14 \pm 0,46$ e $3,99 \pm 0,60$. Houve diferença estatisticamente significativa entre os escores para o sexo

masculino e feminino, com as estudantes apresentando escores mais altos tanto para a escala total quanto para as subescalas de cuidado e de poder, conforme pode ser visto na TAB.18.

Tabela 18: Valores de escores total da PPOS, de cuidado e de poder, por gênero, para os estudantes do primeiro período.

Escore	Masculino	Feminino	p de dif. fem/masc
Total da PPOS	4,43 ± 0,39	4,72 ± 0,42	0,000
Cuidado	5,04 ± 0,47	5,26 ± 0,43	0,003
Poder	3,82 ± 0,58	4,18 ± 0,58	0,000

Fonte: elaboração própria

Quando se observaram os valores mínimos para os escores, eles também ocorreram entre os homens, com 3,44 para escore total e cuidado e 2,11 para poder em relação a 3,78 para escore total, 4,33 para cuidado e 2,56 para poder entre as mulheres.

Foram analisadas todas as outras variáveis do questionário sócio-demográfico, para os estudantes do primeiro período, em relação aos escores total da PPOS, de cuidado e de poder e não houve diferença estatisticamente significativa para nenhuma delas. Portanto quando o estudante inicia o curso de medicina na UFMG, a única diferença encontrada foi a de gênero, com as estudantes apresentando atitudes mais centradas no paciente que os estudantes.

5.4 Escores para o décimo segundo período e sua relação com o questionário sócio-demográfico

O escore total da PPOS para os estudantes do décimo segundo período foi de $4,77 \pm 0,44$ e os escores das sub-escalas de cuidado e poder foram respectivamente $5,27 \pm 0,50$ e $4,26 \pm 0,65$. Os escores não mostraram associação estatisticamente significativa com sexo, renda, o fato de ser filho de médico ou a escolaridade dos pais.

Em relação à especialidade pretendida, apesar de mantida a diferença com escores mais altos para aqueles que escolheram especialidades de atenção básica, não houve significância estatística para $p < 0,05$ (TAB. 19).

Tabela 19: Escore total da PPOS para especialidades relacionadas à atenção básica comparada com as demais especialidades, para amostra total e para o 12º período.

Especialidade pretendida	Atenção básica	Demais especialidades	valor de p
Amostra total	4,78 ± 0,45	4,64 ± 0,44	0,013
12º período	4,87 ± 0,46	4,72 ± 0,43	0,095

Fonte: elaboração própria

5.5 Resumo do capítulo

- O número de questionários respondidos foi percentualmente maior nos períodos iniciais do curso de medicina.

- Os **escores total** da PPOS, de **cuidado** e **poder** não mostraram variação durante o ciclo básico.

- Houve aumento dos **escores total** da PPOS e de **poder**, com atitudes mais centradas no paciente, no ciclo profissional, durante o ciclo propedêutico (quinto ao sétimo períodos), durante o ciclo ambulatorial geral (sétimo ao nono períodos) e durante os internatos (décimo ao décimo segundo períodos). Os escores do décimo período se mostraram inalterados em relação aos do primeiro e foram menores que os do período anterior.

- Os escores da sub-escala de **cuidado** não mostraram variação estatisticamente significativa no decorrer do curso de medicina.

- Em relação ao gênero, as mulheres iniciaram o curso com **escores totais** da PPOS e de **poder** mais elevados que os dos homens, mas essa diferença diminuiu no decorrer do curso e deixou de existir a partir do 9º período. Quando se considera apenas o sexo feminino, não há diferença nos escores do início para o final do curso.

- Renda familiar mostrou associação inversa com escore total da PPOS e com poder, com estudantes de renda mais alta tendo atitudes mais centradas no médico que os de renda mais baixa.

- A opção por especialidades de atenção básica se relacionou com escores mais elevados da PPOS, isto é, com atitudes mais centradas no paciente.
- As demais variáveis investigadas não mostraram associação com os escores da PPOS.

5.6 Busca de explicação para a redução nos escores do 10º período.

Na tentativa de explicar a queda do **escore total** da PPOS e dos escores de **cuidado e poder** no décimo período, a escala PPOS foi reaplicada para a mesma turma no décimo segundo período, em agosto de 2005. Não foi reaplicado o questionário sócio-demográfico; apenas a especialidade pretendida e o sexo foram novamente perguntados. Responderam novamente 107 estudantes e os **escores total** da PPOS, de **cuidado** e de **poder** se encontram na TAB. 20 comparados com os escores obtidos para a mesma turma no décimo período em agosto de 2004. Foi usado o teste t para amostras não pareadas, uma vez que não era possível a identificação dos questionários individuais. Não houve diferença estatisticamente significativa entre eles.

Tabela 20: Escores total da PPOS, de cuidado e poder para os estudantes do 10º período em agosto de 2004 e para a mesma turma de estudantes no 12º período em agosto de 2005.

Escore da PPOS	10º período -2004	12º período -2005	p (teste t)
Total	4,61 ± 0,45	4,64 ± 0,41	0,591
Cuidado	5,19 ± 0,47	5,16 ± 0,42	0,678
Poder	4,03 ± 0,66	4,12 ± 0,64	0,320

Fonte: elaboração própria

Mas quando se comparou o escore total do décimo segundo período de 2004 ($4,77 \pm 0,44$) com o do atual décimo segundo período ($4,64 \pm 0,41$) houve uma diferença estatisticamente significativa entre eles, com $p=0,037$. Os estudantes que responderam no final do curso em 2004 apresentavam atitudes mais centradas no paciente que aqueles que responderam em 2005. Quando se analisaram separadamente por sexo os escores do décimo segundo período de 2005 em relação aos respectivos escores do primeiro período, para o sexo masculino houve

um aumento de escore total ($p= 0,032$) e de poder ($p= 0,030$) mas não houve diferença entre os escores de cuidado. Para o sexo feminino, esta diferença não ocorreu, com os escores de poder, cuidado e total mantendo-se praticamente inalterados em relação àqueles do primeiro período. Em relação à especialidade pretendida após a formatura não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores dos estudantes que escolheram especialidades de atenção básica ou não. Dos 107 estudantes que responderam à pesquisa, dez não sabem que especialidade fazer, 36 pretendem fazer especialidades de atenção básica, sendo que apenas um deseja fazer saúde da família, 21 cirurgia e os demais se distribuem por várias especialidades médicas.

CAPÍTULO 6

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O escore total da PPOS para toda a amostra de estudantes da Faculdade de Medicina da UFMG, em agosto de 2004, foi $4,66 \pm 0,44$ que é superior ao encontrado por Haidet et al. (2002) para estudantes norte-americanos: $4,57 \pm 0,48$ para toda a amostra e 4,32 para o conjunto de estudantes de ascendência hispânica, asiática e africana. Esses escores situam o estudante de medicina da UFMG como medianamente centrado no paciente, de acordo com os pontos de corte estabelecidos por Krupat et al (72).

O aumento do escore no decorrer do curso de medicina, com atitudes mais centradas no paciente no último período contraria a hipótese nula deste trabalho e alguns resultados da literatura utilizando a PPOS (65) ou outras escalas (32). Entretanto, outros autores como Monchy et al (61) também encontraram atitudes mais centradas no paciente para o estudante no último ano do curso de Medicina em universidade holandesa em comparação com estudantes do segundo ano.

Considerando-se que a hipótese nula do trabalho baseou-se no comportamento dos estudantes, não se pode esquecer que a escala PPOS mede atitudes e não comportamento, embora estudos de Krupat et al (72) mostrem coerência entre escores elevados para os médicos e satisfação dos pacientes. É importante salientar que o estudante ao responder baseia-se em realidade diferente do profissional, mas Haidet e al (74) encontraram associação entre atitudes centradas no paciente entre estudantes e a percepção de humanismo do médico por pacientes simulados. Além disso, dados obtidos a respeito do médico formado na FM-UFMG no início do atual currículo por Ribeiro (77), em pesquisa com egressos que foram para o interior do estado, mostraram que um dos pontos fortes entre esses médicos era a boa relação médico-paciente.

O estudante de medicina ingressou no curso com atitude limítrofe entre centrada no médico e no paciente quando se considerou o escore total da PPOS, mas sua atitude foi centrada no médico quando o referencial foi o compartilhamento de poder. Durante o ciclo

básico não houve variação na atitude dos estudantes, o que é de certa forma esperado diante das características dos dois primeiros anos do curso médico. O aumento de escore após o primeiro ano do ciclo profissional poderia ser explicado pelo interesse do estudante em adquirir conhecimentos e habilidades necessários à prática profissional, o que seria motivado pelo contato com os pacientes. Becker et al (27) consideram que nesta fase do curso o estudante teria uma visão do paciente diferente daquelas da cultura médica ou da cultura leiga e os pacientes que lhes acrescentam experiência clínica são os que mais lhes interessam, observando ainda, neste período, um retorno do idealismo em relação ao paciente. Dini & Batista (30) observaram também que a visão idealizada do estudante de medicina ao ingressar no curso de Medicina, a respeito da futura prática profissional, evolui para o reconhecimento da necessidade de se preparar para o exercício da profissão no meio do curso, quando o cuidado, a ética, o compromisso e a promoção de saúde são enfatizados.

Uma possível explicação para as atitudes dos estudantes mais centradas no paciente ao final do curso, situando-os como medianamente centrados no paciente, poderia estar no ensino predominantemente ambulatorial. No ambulatório o paciente é ativo e é quem de fato executa o tratamento, trazendo para o consultório as dificuldades encontradas para realizá-lo, e o estudante (médico), de certa forma, tende a questionar o poder do médico. E é exatamente na sub-escala de poder que há um aumento de escore, com o estudante mais predisposto a compartilhar o poder com o paciente ao final do curso de medicina.

Em relação ao estudante de medicina da UFMG, Figueiredo (80) observou, a partir da fala das mães de pacientes pediátricos, atendidos em centro de saúde na comunidade, que elas reconhecem o estudante como atencioso e empático, com uma relação de poder ainda não totalmente cristalizada, fazendo sugestões enquanto o médico formado dá ordens. Entretanto, acreditam que o cuidado e a atenção por parte do estudante são transitórios, estando

relacionados a uma necessidade de aprender e que após formado ele “será um médico igual aos outros”.

É de interesse salientar que os maiores aumentos no escore total da PPOS ocorreram no início do nono período, após dois semestres de ambulatório nos quais o estudante realmente assume o paciente, um deles em unidades básicas do Sistema Único de Saúde, e no início do décimo segundo período, muito próximo ao Internato em Saúde Coletiva. Howe (31), em pesquisa com estudantes ingleses em estágio ambulatorial na comunidade, encontrou uma valorização pelos estudantes da prática da medicina centrada no paciente após esse estágio.

O menor escore total para a PPOS durante o curso médico ocorreu no início do décimo período, após o estudante ter cursado disciplinas de especialidades médicas, onde o uso da tecnologia é mais intenso e a abordagem do paciente pode ser mais fragmentada. Como a avaliação foi transversal, com turmas diferentes respondendo ao questionário na mesma época, não se pode afirmar uma relação de causalidade, mas apenas constatar esses fatos. As atitudes menos centradas no paciente para os estudantes do décimo período tanto podem se relacionar a uma característica da turma, como ao momento do curso em que foi avaliada. Outro aspecto importante a se considerar é que foi uma das duas turmas que participaram da pesquisa com menor percentual de estudantes.

O resultado obtido com a aplicação da PPOS para os estudantes do décimo segundo período, em agosto de 2005, com objetivo de avaliar o menor escore para a escala nesta turma quando no décimo período, mostrou que provavelmente há aspectos que são particulares da turma, pois o escore se manteve menor que aquele encontrado para a turma do décimo segundo período em agosto de 2004. O fato de não ser possível parear os dados, em consequência da não identificação dos questionários, pode comprometer os resultados, mas ainda assim vale salientar que os estudantes do sexo masculino apresentaram atitude mais

centrada no paciente, tanto no escore total como no de poder quando comparados com os estudantes do primeiro período de 2004, o que não ocorreu quando esta mesma turma respondeu à escala no décimo período. Continua, portanto, em aberto esta questão.

Não é possível saber, com os dados obtidos nesta pesquisa, se a atitude mais ou menos centrada no paciente é transitória e relacionada à situação vivida recentemente pelos estudantes. Para isto um estudo longitudinal, com avaliação da mesma turma em diferentes momentos do curso, seria necessário.

Em relação às atitudes mais centradas no paciente entre as estudantes do sexo feminino há concordância com os resultados encontrados na literatura com a utilização de diferentes escalas, tanto na Europa como nos Estados Unidos (61,62,65,66). Metanálise de 150 trabalhos sobre o efeito de gênero no processo de cuidado do paciente revelou que as médicas têm atitudes mais centradas no paciente que os médicos durante a entrevista e esse achado seria consistente com as diferenças no estilo de comunicação entre homens e mulheres, fora do contexto médico (67). Esse pode ser o motivo de as estudantes da UFMG já ingressarem na Faculdade apresentando escores significativamente maiores que o dos estudantes, com valores, para elas, já medianamente centrados no paciente, enquanto eles apresentam valores compatíveis com atitudes centradas no médico. As estudantes persistem com escores medianamente centrados no paciente durante todo o curso, com aumento discreto no valor desse escore, sem significância estatística, enquanto os estudantes mudam de atitude centrada no médico e na doença para atitude medianamente centrada no paciente, não havendo ao final do curso diferenças entre escores de homens e mulheres. Haidet et al (65), em trabalho já citado, encontraram evolução semelhante para os escores totais da PPOS para as estudantes no decorrer do curso e questionaram se a opção por atividades ainda predominantemente masculinas dentro da medicina não interferiram em suas atitudes, tornado-as mais próximas das atitudes masculinas. Em estudo com estudantes do final do

curso de medicina e com médicos residentes, Batenburg et al (63) não encontraram diferença de gênero ao contrário do ocorrido com estudantes em início do curso e também atribuíram esse fato à assimilação, pelas mulheres, da cultura institucional dominante, que ainda é predominantemente masculina.

Neste trabalho cabe questionar se os estudantes masculinos seriam mais susceptíveis a mudanças de atitudes do que as estudantes, até mesmo pelo fato de ingressarem no curso com atitude mais centrada no médico e, conseqüentemente, maior crença no poder do médico e da ciência, que vai sendo questionada com o tempo e com o atendimento dos pacientes. Médias globais para a PPOS praticamente inalteradas ao final do curso em relação ao seu início para as estudantes femininas, nesta pesquisa, podem sugerir que a importância de relação centrada no paciente não é adequadamente enfatizada na faculdade. Pode também sugerir que há fatores relacionados ao currículo oculto que, enfatizando a necessidade de aproximação com o comportamento masculino, inibiriam o maior desenvolvimento dessa atitude.

Renda familiar mostrou associação negativa com atitudes centradas no paciente, com estudantes de renda mais alta tendo atitudes de compartilhar menos as decisões. Essa não é uma associação pesquisada na literatura, não sendo, por isto, possível estabelecer uma comparação. A medicina no Brasil, ainda hoje, é considerada uma profissão capaz de conferir status social e econômico, o que pode ser comprovado pela concorrência no vestibular. É uma das profissões nas quais se busca manter ou elevar o nível sócio-econômico, apesar de pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ter revelado uma queda na renda mensal do médico, com a maioria dos médicos considerando a profissão desgastante, tendo múltiplas atividades, muitas vezes, em condições adversas e referindo-se com pessimismo ao futuro da profissão. Há que se considerar, no entanto, que não há desemprego em medicina no Brasil, com 98% dos médicos exercendo a profissão, mesmo que em tempo

parcial (84). Entre os estudantes da FM-UFMG, na amostra avaliada, houve associação entre renda mais alta e o fato de ser filho de médico.

Manter o poder médico com o domínio do saber parece diminuir o risco de ser questionado. A utilização de tecnologia de ponta, além de ser rentável, dá a quem a utiliza certa hegemonia mesmo entre os colegas de profissão. Atender pessoas deixou faz muito tempo de ser considerada atividade nobre, haja visto o valor pago por uma consulta médica pelas empresas de saúde suplementar, isto para não falar do SUS, que remunera a consulta médica na atenção básica em menos que dois dólares. Para os médicos contratados no serviço público, o interesse na quantidade, com excesso de pacientes para atender em relação ao tempo disponível e o excesso de burocracia, consumindo parte desse tempo em preenchimento de formulários, é uma realidade. Dominar a tecnologia de manusear um aparelho e interpretar os resultados é mais valorizado, tanto do ponto de vista econômico como pelo próprio paciente. Todos esses fatores poderiam se relacionar a uma preocupação menor com os pressupostos básicos da medicina centrada no paciente entre os estudantes de renda mais alta.

Obtiveram-se escores mais altos para aqueles estudantes que pretendiam fazer especialidades relacionadas à atenção básica para a amostra total, mas não para os estudantes do décimo segundo período. Para esses, a diferença existe, mas não apresenta significância estatística. O número de estudantes ainda sem uma definição da escolha profissional após a formatura, mesmo no décimo segundo período, é grande, tendo sido freqüente a enumeração de quatro ou mais especialidades, muitas vezes, sem nenhuma congruência entre elas. Essa relação da atitude a respeito da relação médico-paciente com a especialidade poderia ser mais bem avaliada com médicos residentes ou mesmo com médicos já exercendo a profissão há algum tempo. Atitudes mais centradas no paciente entre estudantes que optaram por especialidades de atenção básica (65) ou entre residentes de clínica geral foram relatadas na literatura (63).

Não se encontrou associação entre estágios extracurriculares e os escores da PPOS, para a amostra total. Como ao final do curso quase todos os estudantes informaram participação em estágios extracurriculares, foi pesquisada associação em períodos onde esta participação não era tão significativa e também neles ela não ocorreu. Embora não reconhecidos no histórico escolar do estudante, estágios extracurriculares fazem parte de sua formação médica, mas com o instrumento de avaliação utilizado não foi possível detectar se eles influenciam a atitude do estudante a respeito da relação médico-paciente. O mesmo aconteceu com a participação em atividades de iniciação científica, que não mostrou associação com os escores da PPOS. Haidet et al (65) avaliaram a associação da PPOS com formação prévia em ciências ou não e, embora encontrando uma tendência de estudantes com formação prévia em áreas não científicas serem mais centrados no paciente, não houve significância estatística.

Antecedentes escolares dos pais e o fato de ter pais médicos não interferiram com atitude mais ou menos centrada no paciente do estudante. Haidet et al (65) relataram achados semelhantes entre estudantes norte-americanos.

Quando se analisam as sub-escalas de cuidado e de poder observa-se que as médias para cuidado são bem maiores para a amostra desse estudo comparadas às médias para poder, significando que há uma tendência em considerar o paciente de maneira mais global, mas não de compartilhar com ele as decisões. Esta compreensão do paciente de maneira mais global, com valorização de aspectos sócio-econômicos e culturais na determinação da doença, foi observada em pesquisa realizada com médicos da rede pública de Campinas (45).

Considerando os pontos de corte já mencionados anteriormente para a escala, a amostra total de estudantes avaliada estaria medianamente centrada no paciente, quando se considera o escore total, mas seria muito centrada no médico quando se considera a sub-escala de poder. Quando se considera apenas o décimo segundo período esses valores ainda

persistem apesar de aumento significativo das médias em relação ao primeiro período. Fatores culturais podem estar envolvidos nessa menor tendência a compartilhar decisões e é importante chamar atenção para o nível cultural da maioria da população atendida pelos estudantes ao longo do curso de medicina. Embora essa realidade esteja mudando com o empobrecimento da classe média, a maioria das pessoas atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ainda tem nível sócio-econômico e cultural baixo e muitos ainda são analfabetos e sem acesso a informações técnicas relacionadas ao cuidado de saúde e às doenças. Estudo feito com usuários do SUS em Natal, Rio Grande do Norte, mostrou que grande parte deles não se vê como cidadão com direito a atenção à saúde e, apesar de desejar um atendimento personalizado que alivie ou amenize seu sofrimento, está mais preocupado com aspectos materiais, estruturais e organizacionais do sistema de saúde do que com os aspectos relacionados à atenção e ao cuidado (85). Uma população menos questionadora reforçaria a tendência paternalista e autoritária do estudante de medicina. O currículo formal, por outro lado, não contempla com uma atitude crítica esses aspectos e, embora haja professores que o façam, são atitudes isoladas. Ao contrário, há toda uma cultura de valorização do “caso interessante”, aqui considerado como um caso que traz desafios ao diagnóstico, seja por sua raridade ou pelo inusitado da maneira de apresentação. Estes casos estimulam o raciocínio clínico dentro do modelo biomédico e, além disso, podem resultar em publicação científica, dentro de uma instituição onde as publicações são muito valorizadas para avaliação do professor e também do estudante ao final do curso. A valorização de publicações na análise de currículo, em testes de seleção para o ingresso nas residências médicas, está se tornando cada vez mais institucionalizada, não apenas nos hospitais universitários. Como ao final do curso a maioria dos estudantes de medicina deseja fazer residência médica em instituição qualificada, este é um elemento importante do currículo oculto da Faculdade.

Outro fator que pode estar envolvido no maior escore para a sub-escala de cuidado é o fato de que a escala foi traduzida e os itens de números sete e dezesseis não apresentaram bom poder de discriminação, concentrando mais de 80% das respostas na alternativa de número seis. A consistência da escala completa foi avaliada e mostrou-se um pouco menor que a da escala original em inglês com $\alpha = 0,60$ (Cronbach's). Isto pode acontecer quando se utilizam escalas traduzidas, pois fatores culturais podem interferir com o entendimento de algumas afirmativas, mesmo que em termos lingüísticos elas estejam claras.

A idade dos estudantes relacionou-se diretamente com o período do curso e por isto não foi utilizada para análise.

Etnia, variável que foi estudada por outros autores, não foi incluída nessa pesquisa, pois a miscigenação racial no Brasil torna bastante controversa sua utilização em nosso meio.

Professores e estudantes receberam bem a pesquisa e os estudantes se dispuseram a colaborar respondendo aos questionários. Houve várias manifestações, tanto de professores quanto dos estudantes, sobre a importância de estarem sendo valorizados, na pesquisa, aspectos de avaliação não formal do curso de medicina. O percentual de questionários devolvidos foi superior a 90% e correspondeu a 77% do total de estudantes matriculados nos períodos avaliados. Isto permite afirmar que a amostra é representativa do universo de estudantes avaliados.

O menor número de estudantes no nono e décimo períodos, 105 (63,6%) e 102 (65,0%) questionários respondidos respectivamente, pode ser justificado por menor comparecimento e atrasos para as aulas teóricas. Estudantes que chegaram atrasados perderam o tempo dado pelo professor para a pesquisa e não participaram do estudo. A aplicação dos questionários para grupos menores, nos demais períodos, também facilitou o controle da sua devolução, permitindo obter maior percentual de questionários respondidos nos demais períodos.

A análise dos dados do questionário sócio-demográfico, embora não constitua o objetivo principal desta pesquisa, merece algumas considerações. A aceitação da pesquisa com as discussões que ela acarretou durante a aplicação dos questionários, principalmente entre as turmas mais adiantadas no curso foi muito interessante. A necessidade de dar maior ênfase aos aspectos éticos ao longo do curso foi muito comentada pelos estudantes e embora não esteja documentada, pois fez parte das conversas informais enquanto a pesquisadora aguardava as respostas do questionários, merece ser mencionada. O perfil do estudante de medicina não foi diferente daquele encontrado por Ferreira et al (81) com relação à renda familiar, escolaridade dos pais e gênero entre estudantes do quinto e décimo segundo períodos da FM-UFMG em 1997.

Em relação à idade, chama atenção a faixa etária dos estudantes, a grande maioria deles muito jovem, em fase ainda de formação e consolidação de valores morais. Esse aspecto é preocupante, pois exige o professor-educador mencionado por vários autores (9,20, 24,34,77) e o professor de medicina nem sempre se encontra preparado adequadamente para essa tarefa. A dificuldade em intervir frente a atitudes inadequadas quanto a aspectos éticos e de relação com o paciente é descrita por esses autores. No Brasil, Taquette et al (35), encontraram opinião semelhante entre os estudantes dos dois últimos anos de medicina. A maioria dos professores das escolas médicas brasileiras, e também da UFMG, são médicos ou pesquisadores que ensinam medicina e que, mesmo tendo doutorado, pouco estudaram ou estudam sobre ensino em geral ou ensino médico, em particular, uma vez que são mestres ou doutores em medicina ou em ciências básicas. Embora haja exceções, o que se espera é que, com este perfil, estejam pouco preparados para exercer a função de educadores e esse fato torna o currículo oculto muito mais importante na formação do estudante do que já seria esperado. Uma das propostas do Processo de Desenvolvimento Curricular (1), já citado, era

exatamente a qualificação do docente e, com exceção de algumas intervenções esporádicas com participação de número limitado de docentes, ela praticamente não ocorreu.

Do total de 738 estudantes, 37% informaram participar de iniciação científica, com aumento do envolvimento em atividades de pesquisa no decorrer do curso. Considerando que o aprendizado do método científico é de grande valor para o exercício da profissão médica, este é um dado significativo para a escola, mas há que se refletir sobre ele. Sem dúvida há estudantes interessados genuinamente em pesquisa, mas o reconhecimento, desde o ano 1999, de atividade de iniciação científica como atividade geradora de crédito dentro do processo de flexibilização curricular na FM-UFMG (79) pode ser um dos fatores que favoreceu o número de estudantes envolvidos com essas atividades. A exigência de publicações ou de trabalhos apresentados em congressos nas seleções para residência médica é outro fator, talvez ainda mais importante. É inegável o ganho que o estudante pode ter ao participar de um projeto de pesquisa, mas é necessário ter maior controle sobre as atividades desenvolvidas pelo estudante nos projetos e se elas não estão sendo realizadas em detrimento das atividades formais do curso. É preocupante quando alguns estudantes solicitam o reconhecimento de créditos em três atividades diferentes no mesmo ano, além de freqüentar 32 horas de aulas semanais. A experiência de atuação na Comissão de Flexibilização Curricular do Colegiado, desde a sua criação, revela que todos os anos a Comissão tem que negar a revalidação de créditos de alguns estudantes pois, pela resolução do Colegiado citada acima, apenas uma atividade é reconhecida por estudante no período de um ano.

Detectou-se neste estudo aumento dos estágios extracurriculares no decorrer do curso e no décimo e décimo segundo períodos, 94% dos estudantes informaram realizá-los. Chama atenção o fato de, no início do sétimo período, 79% dos estudantes participarem de estágios extracurriculares, fazendo-o muitas vezes em horários de atividades do currículo formal. Embora o Colegiado de Curso de Medicina tenha conhecimento da maioria desses estágios,

não tem um controle sobre eles e não há nenhuma maneira de avaliá-los, pois eles não são reconhecidos no histórico escolar do aluno para concessão de créditos. A busca do estágio, principalmente nos períodos mais iniciais do ciclo profissional, pode resultar de insegurança do estudante com relação ao atendimento de urgência e ao tratamento de pacientes graves e hospitalizados. No currículo formal, o internato de urgência só acontece no décimo período e os estágios de enfermagem no sexto ano (86). Como parte do currículo oculto, muito valorizado por vários pesquisadores (6, 32), ainda há professores na Faculdade que consideram que o ensino médico deveria ocorrer à beira do leito, em enfermarias e não em ambulatórios, pois segundo eles lá é que as doenças existem, mantendo uma visão estritamente biomédica para o ensino médico e contribuindo com isto para a insegurança do estudante. Por outro lado, os concursos para residência valorizam a realização de estágios na pontuação do currículo, do mesmo modo que a iniciação científica, conforme pode ser visto nos editais de vários hospitais. Ainda em relação aos estágios, alguns são remunerados e muitos estudantes os procuram também por isto.

Em relação à especialidade pretendida após a formatura, entre os estudantes que fizeram essa escolha, 15,3% desejam fazer clínica médica em um total de 24,7 % que pretendem fazer especialidades de atenção básica. Quando se analisa apenas o décimo segundo período, 14% ainda não sabem que especialidade fazer e dos que sabem 33,3% pretendem fazer especialidades de atenção básica, com 23,2 % do total querendo fazer clínica médica. A clínica médica é, hoje, considerada pré-requisito para grande número de especialidades, e isso talvez comporte uma discussão interessante que foge ao âmbito deste trabalho. Face ao grande número de médicos formados, a exigência de dois anos de clínica médica poderia ser uma forma de retardar o ingresso de especialistas no mercado, mas poderia ser, por outro lado, uma forma de complementação do curso de medicina, que não estaria formando o médico apto a exercer a profissão. O percentual de estudantes que deseja ser

generalista ou médico de família é ainda muito pequeno na amostra total (1%), a despeito de o Programa de Saúde da Família (PSF) representar, hoje, uma das principais ofertas de emprego público para os médicos, contratando recém-formados sem residência médica. A criação de um plano de carreira para o PSF é apontada como prioritária pelos médicos, em pesquisa, já citada, realizada pelo Conselho Federal de Medicina com os médicos brasileiros. Para estes a garantia de continuidade do PSF, com menor dependência da gestão política municipal e com valorização da especialização em saúde da família, poderia tornar a opção pela medicina geral mais atraente e melhorar a eficácia do programa de modo a não se constituir em um paliativo a mais para a saúde da população (84). Enquanto isto não acontece, a medicina especializada ainda confere mais status tanto para os leigos quanto entre os próprios médicos e dá mais segurança, pois se acredita ser mais fácil manter-se atualizado em uma parte do conhecimento médico do que na sua totalidade. Além disso, a maioria dos estudantes sente-se insegura para assumir isoladamente o trabalho profissional ao terminar o curso de medicina. É interessante que o PSF tem sido considerado trabalho temporário por muitos recém-formados enquanto aguardam a aprovação em concurso de residência médica, conforme pode ser observado quando da participação da pesquisadora em entrevistas de seleção para a residência médica ou mesmo em conversas com estudantes à época da formatura.

Concluindo, este estudo tem algumas limitações, uma delas é o fato de ser transversal, com a comparação entre diferentes turmas, quando o acompanhamento longitudinal de uma delas seria o ideal. Outra limitação se refere ao uso da escala traduzida, o que pode ter interferido com algumas respostas, principalmente na sub-escala de cuidado, conforme já referido na discussão. A validação da escala em português poderia ser objeto para outro estudo.

Entretanto a avaliação quantitativa da atitude do estudante de medicina a respeito da relação médico-paciente e sua evolução ao longo do curso médico puderam ser analisadas neste

estudo, permitindo a comparação dos dados obtidos com aqueles encontrados em outros países, em estudos semelhantes. Aspectos relacionados à influência cultural na relação médico-paciente puderam ser levantados e podem servir de objeto para outras pesquisas. A generalização dos resultados para estudantes de outras Faculdades de Medicina não pode ser feita, mas investigações sobre interferência do currículo na atitude dos estudantes poderão ser realizadas através de estudos em outras escolas médicas do Brasil, principalmente em Minas Gerais ou no Sudeste. Há ainda a possibilidade de acompanhar uma das turmas desde o início do curso, em estudo longitudinal, para verificar como a atitude se modifica ao longo do curso de medicina, com melhor avaliação de fatores associados a essa mudança. Aprofundamento da investigação, inclusive com uso de metodologia qualitativa para procurar entender a diferença de gênero nos períodos iniciais e a forma como evolui a atitude frente à relação médico-paciente para estudantes homens e mulheres, pode levar ao entendimento de uma questão que ainda permanece em aberto, mesmo na literatura internacional. A associação da atitude a respeito da relação médico-paciente com a especialidade, inclusive considerando o aspecto de gênero, com médico-residentes ou mesmo no âmbito do PSF seria também um objeto de estudo interessante.

O estudo do comportamento do estudante a respeito da relação médico-paciente ao longo do curso, para avaliar se o estudante apresenta comportamento mais centrado no paciente ao seu final, é desejável e demanda outras metodologias. O fato dos resultados contrariarem a hipótese nula do trabalho poderia significar que o comportamento não corresponde à atitude. A atitude estaria refletindo muito mais o que se considera politicamente correto e deveria ser praticado do que o que realmente se pratica.

Neste contexto é interessante mencionar que há preocupação crescente dos órgãos de classe em valorizar a relação médico-paciente, o que pode ser comprovado pelo livro sobre relação

médico-paciente que foi distribuído, como presente aos médicos de Minas Gerais, pelo Conselho Regional de Medicina, no último dia do médico.

Finalizando, atitudes mais centradas no paciente precisam ser incorporadas pelos médicos e as escolas médicas precisam assumir o seu papel nesta discussão, pois relação médico-paciente não pode ser algo que se aprende com o tempo de exercício profissional. Apesar dos resultados favoráveis da FM-UFMG, quando se analisam os números obtidos nesta pesquisa, a evolução da atitude para mais centrada no paciente é muito pequena e restrita aos estudantes masculinos. Ainda há muito para ser feito no sentido de permitir ao paciente passar de objeto a sujeito na prática médica, e isto demanda mudanças significativas na maneira de se ensinar e praticar a medicina.

O momento atual, com a proposta de uma reestruturação curricular, é propício para a discussão desse aspecto e de como esse tema deverá ser incluído no currículo da faculdade.

CAPÍTULO 7

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÕES

- 1- Os estudantes de medicina da UFMG apresentaram atitudes mais centradas no paciente ao final do curso, quando comparadas às atitudes no seu início e as estudantes não apresentaram mudanças nas suas atitudes a respeito da relação médico-paciente. Estes achados contrariaram a hipótese nula deste trabalho.
- 2- A atitude a respeito da relação - médico paciente não mostrou variação durante o ciclo básico e, após o início do ciclo profissional, a atitude dos estudantes foi mais centrada no paciente em todos os momentos de avaliação, exceto no início do décimo período. Este achado não pôde ser explicado com nova aplicação da escala PPOS para a mesma turma no décimo segundo período em agosto de 2005.
- 3- As mulheres iniciaram o curso de medicina com atitudes mais centradas no paciente que os homens, mas essa diferença diminuiu no seu decorrer e deixou de existir a partir do nono período.
- 4- Renda familiar elevada esteve associada com atitudes menos centradas no paciente.

- 5- A opção por especialidades de atenção básica, após a formatura, esteve associada com atitudes mais centradas no paciente.

CAPÍTULO 8

PROPOSIÇÕES

8 PROPOSIÇÕES

8.1 Proposições para estudos Futuros

Os resultados deste trabalho nos propõe algumas questões que poderão ser objeto de estudos futuros:

- O comportamento do estudante a respeito da relação médico-paciente corresponde à sua atitude?
- Quais os motivos para evolução diferente de atitudes das estudantes em relação à dos estudantes?
- A atitude mais centrada no paciente entre os estudantes da UFMG, quando comparada a de estudantes norte-americanos, seria resultante de aspectos culturais, da utilização de escala traduzida ou do currículo?
- Qual a explicação para atitudes menos centradas no paciente entre estudantes de renda mais alta?
- A atitude mais centrada no paciente entre os estudantes que fazem opção por especialidades de atenção básica permanece após o início do exercício profissional nestas especialidades?
- A atitude a respeito da relação médico-paciente varia significativamente com o momento do curso ou muda de forma lenta e contínua, permanecendo estável após estas mudanças? Para avaliar isto seria necessário estudo longitudinal.
- O que pensam os professores a respeito da relação médico-paciente e da relação professor-aluno?

8.2 Proposições para reflexão sobre mudanças curriculares

Considerando a discussão sobre reforma curricular atualmente em andamento na Faculdade

de Medicina da UFMG, alguns aspectos para reflexão merecem ser considerados:

- A atitude inalterada a respeito da relação médico-paciente no ciclo básico seria decorrente da dissociação básico-profissional? A introdução de outras formas de pensar, que não o científico-biológico apenas, poderia interferir nesta atitude? A mudança no vestibular, caracterizando o curso de medicina como da área de humanas, além da biológica, poderia interferir positivamente?

- A abordagem do paciente a partir da sua história de vida e não da história da moléstia atual, como hoje ocorre na Semiologia, é possível? Além da reestruturação do prontuário, o que mais poderá ser feito? Como preparar o professor para esta abordagem?

- Assistência X Ensino: Como colocar para professores e estudantes a interdependência entre assistência e ensino em um currículo docente-assistencial?

- Necessidade de avaliação de competências incluindo atitudes, habilidades e comportamento além dos aspectos cognitivos, priorizando avaliação formativa. A importância da formação do professor para que isto aconteça de fato para todos os estudantes.

- Procurar conhecer e entender os elementos do currículo oculto que atuam na Faculdade de Medicina, tanto os internos como os externos. Apesar do currículo priorizar a formação geral do médico, só um estudante em 107 formandos deseja fazer medicina de família. Efeito do currículo atual ou de fatores relacionados ao currículo oculto? Mudanças curriculares podem interferir nisto? Se sim, quais?

- Atitudes e comportamentos devem ser trabalhados ao longo do curso. Deixar isto a cargo de cada professor, permeando as disciplinas, ou explicitar em algum momento a sua importância, de modo a atingir todos os estudantes? A avaliação levada a sério pode ser uma maneira de fazê-lo?

CAPÍTULO 9

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Universidade Federal de Minas Gerais. Colegiado do curso de medicina. O processo de desenvolvimento curricular em educação médica na Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte; 1976.
2. Faculdade de Medicina da UFMG [página na internet] Belo Horizonte: 2005 Colegiado de graduação em Medicina. Projeto RECRIAR. Disponível em <http://www.medicina.ufmg.br/recriar>.
3. Berlinguer G. Os limites da ciência. *Jornal do CFM* jun.1993; 6-7.
4. Souza H. A lista de Ailce. São Paulo:Companhia das Letras, 1996, p.63.
5. Alves R. O médico. 2ª ed. Campinas: Papyrus, 2002, p.9-10.
6. Hafferty FW. Beyond curriculum reform. Confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med* 1998; 73 (4): 403-407.
7. Branch WT, Kern D, Haidet P, Weissmann P, Gracey CF, Mitchell G, Inui T. Teaching the human dimensions of care in clinical settings. *JAMA* 2001; 286 (9):1067-1074.
8. Briani MC. O ensino médico no Brasil está mudando? *Rev Bras Educ Med* 2001; 25(5): 73-77.
9. González MA, Beoto OK. La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Rev Cubana Edu Med Super* 2003; 17(1):39-46.
10. Ferreira, ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 1ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
11. Asch SE. Sentimentos e atitudes. In Asch SE. *Psicologia Social*. Tradução de Dante Moreira Leite e Miriam Moreira Leite. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1960. Vol.2, Cap. 19, p. 331-96.
12. Montmollin G. Le changement d'attitude. In Mocovici S (org). *Psychologie Sociale*. Paris: Press Universitaires de France;1984. Cap.3, p. 91-138.
13. Churchil Jr GA. Measuring attitudes, perceptions and preferences. In ____ *Basic Marketing Research*. Orlando: Dryden;1988. cap.14, p. 418-471.
14. Ferreira RA. A pediatria na UFMG: inserção na mudança de ensino médico implantada em 1975 e sua relação com o saber (paradigma científico) e a prática médica [tese]. Belo Horizonte. Faculdade de Medicina da UFMG; 2000.
15. Beck AH. The Flexner report and the standardization of american medical education. *JAMA* 2004; 291 (17):2139-2140

16. Furtado T. Diálogo. In: Furtado T. Reflexões sobre ensino médico. Belo Horizonte: Imprensa Oficial de Minas Gerais, 1988. p.117-21.
17. Peabody FW. The care of the patient. JAMA 1927; 88 (2):877-882.
18. Fox E . Predominance of the curative model of medical care. JAMA 1997; 278 (9):761-763.
19. Atkinson P. Training for certainty. Soc Sci Med 1984; 19 (9):949-956.
20. Branch WT. Supporting the moral development of medical students. J Gen Intern Med 2000;15:503-508.
21. Evans M. Reflections on the humanities in medical education. Med Educ 2002; 36 (6): 508-13.
22. López M. Fundamentos da Clínica Médica- A relação paciente-médico. Rio de Janeiro: Medsi, 1997. (prefácio)
23. Milan RL. O curso médico no Brasil. In: Milan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV. O universo psicológico do futuro médico. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. Cap.2, p.31-42.
24. Arruda PCV. As relações entre alunos, professores e pacientes. In: Milan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV. O universo psicológico do futuro médico. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. Cap.3, p.43-72.
25. Komatsu RS. Educação médica: responsabilidade de quem? Em busca dos sujeitos da educação do novo século. Rev Bras Educ Med 2000; 24 (3):55-61.
26. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciênc Saúde Coletiva 2004; 9(1):139-146.
27. Becker HS, Geer B, Hughes EC, Strauss AL. Boys in white. 4ª ed. NewBrunswick: Transaction publishers; 1992.
28. Haas J, Shaffir W. Becoming doctors . Greenwich: Jai press Inc., 1987. 142p.
29. Lind G. Moral regression in medical students and their learning environment. Rev Bras Educ Med 2000, 24(3):24-33.
30. Dini PS, Batista NA. Graduação e prática médica: expectativas e concepções de estudantes de medicina do 1º ao 6º ano. Rev Assoc Bras Educ Med 2004; 28(3): 198-203.
31. Howe A. Patient-centred medicine trough student-centred teaching: a student perspective on the key impacts of community-based learning in undergraduate medical education. Med Educ 2001; 35(7):666-672.

32. Pfeiffer C, Madray H, Ardolino A, Willms J. The rise and fall of student's skill in obtaining a medical history. *Med Educ* 1998; 32 (3): 283-288.
33. Burach JH, Irby DM, Carline JD, Root RK, Larson EB. Teaching compassion and respect. *J Gener Intern Med* 1999; 14: 49-55.
34. Côte L, Leclère H. How clinical teachers perceive the doctor-patient relationship and themselves as role models. *Acad Med* 2000; 75 (11):1117-1124.
35. Taquette SR, Rego SAT, Schramm FR, Soares LL, Carvalho SV. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51(1): 23-28.
36. Donnelly WJ. The language of medical case histories. *Ann Intern Med* 1997; 127(11): 1045-1048.
37. Charon R. Narrative Medicine. a model for empathy, reflection, profession, and trust (the patient-physician relationship). *JAMA* 2001; 286(15):1897-1902.
38. Feinstein AR. Is "quality of care" being mislabeled or mismeasured? *Am J Med* 2002; 112: 472-478.
39. Balint JA. Brief encounters: speaking with patients. *Ann Intern Med* 1999; 131(3): 231-234.
40. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine: a professional evolution. *JAMA* 1996; 275 (2): 152-156.
41. Braddock CH, Eckstrom E; Haidet P. The "new revolution" in medical education. Fostering professionalism and patient-centered communication in the contemporary environment. *J Gen Intern Med* 2004; 19 (5 pt2):610-611.
42. Roter DL, Hall J, Kem DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress: a randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1995; 155(17): 1877-1884.
43. Smith RC, Marshall-Dorsey AA, Osborn GG, Shebroe V, Lyles JS, Stoffelmyr BE et al. Evidence-based guidelines for teaching patient-centered interviewing. *Patient Educ Counsel* 2000; 39: 27-36.
44. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005; 239 (9): 1100-1106.
45. Queiroz MS, Campos GWS, Merhy EE. Rede básica de serviços de saúde: médicos e suas representações sobre o serviço. *Rev Saúde Pública* 1992; 26 (1): 34- 40.
46. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999; 15 (2): 345-353.

47. Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Counsel* 2000; 39:17-25.
48. McWhinney IR. Clinical Method. In McWhinney. A textbook of family medicine. New York:Oxford,1997. cap.8, p.129-178.
49. Stewart M, Brown JB, Donner A, Mcwhinney IR, Oates J, Weston WW et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49(9): 796-804.
50. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care: the patient should be a judge of patient centred care. *BMJ* 2001; 322(7284): 444-5.
51. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Tradução de Roberto Musachio. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.
52. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137 (5): 535-544.
53. Kleinman A, Eisenberg J, Good B. Culture, illness and care: clinical lessons from antropologic and cross-cultural research. *Ann Inter Med* 1978; 88 (2): 251-258.
54. Epstein R. The Science of patient-centered-care. *J Fam Pract* 2000; 49 (9): 805-807.
55. Howell JD. The physician's role in a world of technology. *Acad Med* 1999; 74 (3): 244-247.
56. Putnam SM, Lipkin M. The patient-centered interview- research support. In: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A. The medical interview . Clinical care, education and research. New York: Springer, 1995. cap.47, p.530-537.
57. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C et al . Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001, 322 (7278): 468-472.
58. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Lancet* 2002; 359: 520-22.
59. Sullivan M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Soc Sci Med* 2003; 56: 1595-1604.
60. Griffith CH, Wilson GF. The loss of student idealism in the 3rd -year clerkships. *Eval Heal Prof* 2001; 24 (1): 64-71.
61. Monchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM. Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient (DP) rating. *Med Educ* 1988; 22: 231-239.
62. Lingiard V, Maffei C, Monchy C. Evaluating sex as a variable in doctor-patient relationship of na Italian medical student sample. *Med Educ* 1993; 27:188.

63. Batenburg V, Smal JA, Lodder A, Melker RA. Are professional attitudes related to gender and medical specialty? *Med Educ* 1999; 33:489-493.
64. De Valck C, Bensing J, Bruynooghe R; Batenburg V. Cure-oriented versus care oriented attitudes in medicine. *Patient Educ Counsel* 2001; 45:119-126.
65. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechet L, Chang T, Tseng E et al. Medical students attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ* 2002; 36 (6): 568-574.
66. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Velosky JJ, Erdmann JB et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ* 2001; 36:522-527.
67. Roter DL, Hall J, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 2002; 286 (6): 756-764.
68. Haidet P, Paterniti DA. "Building" a history rather than taking one. *Arch Intern Med* 2003; 163 (10): 1134-1140.
69. Donnelly WJ. Patient-centered medical care requires a patient-centered medical record. *Acad Med* 2005; 80(1):33-38.
70. Krupat E, Yeager CM, Putnam S. Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychology and Health* 2000; 15:707-719.^a
71. Deslandes SF, Assis SG. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Mynaio MCS, Deslandes SF (org). *Caminhos do pensamento-epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz ; 2002. Cap.7, p.203.
72. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Counsel* 2000; 39 (1): 49-59.
73. Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Azari R. When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *J Fam Pract* 2001; 50(12): 1057-1062.
74. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechet L, Chang T, Tseng E et al. Medical students attitudes toward patient-centered care and standardized patients' perceptions of humanism: a link between attitudes and outcomes. *Acad Med* 2001; 76(10 suppl.) S42-4.
75. Street RL, Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Haidet P. Beliefs about control in the physician-patient relationship. Effect on communication in medical encounters. *J Gen Intern Med* 2003; 18(8): 609-618.
76. Universidade Federal de Minas Gerais [página na internet] Belo Horizonte: 2005. Comissão Permanente do Vestibular; disponível em [http:// www.ufmg.br.copeve](http://www.ufmg.br.copeve).

77. Ribeiro CMP. De estudante de medicina a médico no interior: formação e vida profissional isolada em pequenas cidades de vinte e dois médicos egressos da Universidade Federal de Minas Gerais de 1978 a 1985. [Tese]. Campinas. Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas; 1991.
78. Mendonça JL. Psicologia médica: uma avaliação. Rev Bras Med Pssicosomática 1998; 2 (3): 85-87.
79. Universidade Federal de Minas Gerais. Colegiado do curso de medicina. Resolução 06/99. Regulamenta as atividades acadêmicas curriculares de iniciação à pesquisa, à extensão e à docência, dando início a implantação do processo de flexibilização do curso de medicina. Belo Horizonte; 18/11/1999
80. Figueiredo LMH. Depois que forma muda: estudo da relação médico-paciente no âmbito da prática docente-assistencial [dissertação]. Belo Horizonte. Faculdade de Educação da UFMG; 1992.
81. Ferreira RA, Peret LA, Goulart EMA, Valadão MMA. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. Rev Ass Med Brasil 2000; 46(3): 224-31.
82. Estellita-Lins. A diáspora dos métodos de pesquisa em saúde mental da criança e da mulher. In: Mynaio MCS, Deslandes SF (org). Caminhos do pensamento-epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz ; 2002. Cap.6, p.177.
83. Altman DG, Bland JM. Statistics notes: comparing several groups using analysis of variance. BMJ 1996; 312 (7044):1472-1473.
84. Conselho Federal de Medicina. O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados no Brasil. Brasília, 2004. (Carneiro MB, Gouveia VV – organizadores)
85. Traverso-Yépez M, Morais NM. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização no atendimento. Cad Saúde Pública 2004; 20 (1): 80-88.
86. Faculdade de Medicina da UFMG [página na internet] Belo Horizonte: Colegiado de graduação em Medicina. Grade Curricular do Curso de Medicina. Disponível em <http://www.medicina.ufmg.br/coleleg/grade.htm>. Acesso em 01/11/2005

ANEXOS

16. It is not that important to know a patient's culture and background in order to treat the person's illness.
17. Humor is a major ingredient in the doctor's treatment of the patient.
18. When patients look up medical information on their own, this usually confuses more than it helps.

©

Anexo III

Questionário sócio-demográfico

Este questionário contém algumas perguntas sobre você, suas atividades e escolhas em relação à medicina. Assinale a alternativa correta em cada item:

- 1- Período que você está cursando: () 1° () 5° () 7° () 9° () 12°
- 2- Idade anos
- 3- Sexo: () M () F
- 4- Renda familiar () < 10 SM () 10-20 SM () 20-40 SM () > 40 SM
- 5- Escolaridade do pai () Fundamental () Médio () Superior
- 6- Escolaridade da mãe () Fundamental () Médio () Superior
- 7- Pai ou mãe médicos () Sim () Não
- 8- Estágios extracurriculares: () Sim () Não
- 9- Atividade de iniciação científica: () Sim () Não
- 10- Especialidade pretendida após a formatura:
 - () Acunpuntura
 - () Cirurgia
 - () Clínica Médica
 - () Especialidades cirúrgicas (exemplos: urologia, ortopedia, etc.).
 - () Especialidades Clínicas (exemplos- cardiologia, neurologia, pneumologia, endocrinologia, gastroenterologia, dermatologia, etc.)
 - () Generalista ou Saúde da Família
 - () Ginecologia e obstetrícia
 - () Homeopatia
 - () Medicina Social - incluindo gerenciamento e administração
 - () Métodos Diagnósticos (Imagenologia, Patologia Clínica, outros)
 - () Pediatria
 - () Psiquiatria
 - () Oftalmologia
 - () Otorrinolaringologia
 - () Outros. Especificar _____
 - () Não sei

Anexo 4 Parecer do Comitê de Ética

Anexo V -a

PATIENT-PRACTITIONER ORIENTATION SCALE (PPOS)

The PPOS can be filled out by patients and practitioners without any modification of the items or instructions. Information and instructions follow:

Scoring instructions. PPOS scores are reported as mean scores to allow patients' and providers' responses to be used even if one or two scale items are deleted. One Total mean score can be calculated for the 18 items, and two sub-scale scores can also be calculated. The Total Score ranges from "patient-centered" to "doctor-" or "disease-centered." The higher the score the more patient-centered the orientation. Sub-scale scores for Sharing and Caring can also be calculated. Sharing scores reflect the extent to which the respondent believes that a) practitioners and patients should share power and control on a relatively equal basis, and b) that practitioners should share as much information with their patients as possible. Caring refers to the extent that respondents believe that a) caring about emotions and good interpersonal relations is a key aspect of the medical encounter, and b) that practitioners should care about the patient as a whole person rather than as a medical condition. Items measuring Sharing are 1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 15, & 18. Caring items are 2, 3, 6, 7, 11, 13, 14, 16, & 17.

The 6 point scale is laid out from left to right as strongly disagree to strongly agree. Strongly disagree (far left) is scored 6 and strongly agree (far right) is scored 1. Three items are reverse worded, and scoring needs to be reversed. These are 9, 13, & 17. Therefore a high score indicates an orientation toward patient-centeredness.

#####

I thank you for your interest in the scale. However, the scale is copyrighted and I request that you ask permission before using it.

All questions regarding the scale should be addressed to:

Ed Krupat
 Director of Evaluation
 Harvard Medical School

ANEXO V -b

Autorização para utilização da Escala PPOS

Many thanks for sending me the Portuguese translation of the PPOS. Of course you have my permission to use the scale. I wish you well in your research, and I would ask that you inform me about your results when the research is completed. If there is any way that I can be of assistance in your work, please let me know.
Sincerely,
Ed

[Ocultar Texto Citado]

Doctor Krupat,

We made a contact last november about the PPOS. Now, I have the final translation of the PPOS in Portuguese. I am attaching a copy of the scale and a copy of a questionnaire that I constructed to apply simultaneously. I would like to have your permission to use the translated PPOS. The study is part of my pos graduate course in Internal Medicine at the Medical School of UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais (PhD level). The PPOS will be applied to 800 medical students from UFMG in five different moments of the course. The data analysis will be similar to that used by Haidet et al. in their work at Med.Ed.,36(6), 2002.
Thank you for your attention,
Maria Monica Freitas Ribeiro

This mail sent through IMP:

<http://webmail.medicina.ufmg.br/horde/services/go.php?url=http%3A%2F%2Fhorde.org%2Fimp%2F>

Attachment converted: Macintosh HD:Question=rio.doc (WDBN/MSWD)
(0004C94A)

--

Edward Krupat, PhD
Director of Evaluation
Harvard Medical School
383 MEC
260 Longwood Ave.
Boston, MA 02115
617-432-1689 (phone)

Anexo VI

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO: “Avaliação da atitude dos estudantes da Faculdade de Medicina da UFMG em relação à assistência aos pacientes no decorrer do curso médico”.

Termo de Esclarecimento e Solicitação de Consentimento aos Estudantes***Pesquisadora responsável: Maria Mônica Freitas Ribeiro***

Professora Assistente do Departamento de Clínica Médica,
Faculdade de Medicina da UFMG
Departamento de Clínica Médica- Fone: 3248-9746

Orientador: Professor Carlos Faria Santos Amaral

Professor Adjunto, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de
Medicina da UFMG
Departamento de Clínica Médica- Fone: 3248-9746

Prezado (a) estudante:

A atenção ao paciente é parte fundamental do exercício da medicina e tem sido tema de estudo em todo o mundo. Como professores de medicina desta escola já há alguns anos, preocupados com ensino médico e, particularmente, com o ensino docente-assistencial, pareceu-nos importante avaliar como o estudante percebe o papel do paciente e do médico, como esta percepção evolui no decorrer do curso de medicina e quais fatores poderiam estar envolvidos nessa percepção. Para isso, estamos aplicando questionários iguais a este para estudantes de vários períodos do curso médico da Faculdade de Medicina da UFMG. Não há resposta certa ou errada, é necessário apenas que você responda com sinceridade às questões.

Os questionários não são identificados e este termo de consentimento deve ser destacado e colocado em envelope próprio separado do questionário, no momento da devolução, de modo a não permitir identificação das respostas individuais.

Embora seja muito importante para a nossa pesquisa que a maioria dos estudantes respondam, você tem liberdade de escolher participar ou não, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Estes dados serão utilizados apenas para a pesquisa proposta, não podendo servir para avaliação em qualquer disciplina do curso ou para qualquer outro fim. Se você tiver qualquer dúvida em qualquer momento da pesquisa, poderá solicitar esclarecimentos à professora Maria Mônica, no Departamento de Clínica Médica ou no telefone acima.

Somos gratos pela sua atenção.

Maria Mônica Freitas Ribeiro

Carlos Faria Santos Amaral