Marcelo Rozenfeld Levites

**Caracterização do perfil de residentes no enfrentamento das
incertezas clínicas relacionadas com o atendimento médico**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Programa de Ciências Médicas

Área de Concentração: Educação e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Paulo Andrade Lotufo

**São Paulo
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Levites, Marcelo Rozenfeld

Caracterização do perfil de residentes no enfrentamento das incertezas clínicas relacionadas com o atendimento médico / Marcelo Rozenfeld Levites. -- São Paulo, 2015.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências Médicas. Área de concentração: Educação e Saúde.

Orientador: Paulo Andrade Lotufo.

Descritores: 1.Conhecimentos, atitudes e prática em saúde 2.Atitude do pessoal da saúde 3.Incerteza 4.Médicos residentes 5.Assistência médica

USP/FM/DBD-064/15

Ao meu pai, Jacob Levites, exemplo de amor pela profissão. Enquanto todos estavam se divertindo de outras maneiras ele preferia ficar estudando medicina.

A minha mãe, Beti Rozenfeld, exemplo de garra e determinação na vida.

A minha esposa Andresa e meu filho Felipe pelo incentivo e amor do dia a dia.

AGRADECIMENTO

Ao estimado Professor Doutor Paulo Andrade Lotufo, por oferecer a oportunidade de realizar esse projeto de pesquisa. Um verdadeiro democrata da ciência.

Ao Professor Doutor Pablo González Blasco, o melhor docente livre que eu poderia ter na minha vida.

Aos meus mosqueteiros Graziela Moreto e Marco Aurélio Janaudis e, a terceira mosqueteira, distante da vida rotineira mas não do aquário, Adriana Roncoletta.

À família SOBRAMFA, que torna o ideal da Humanização da Medicina, e dos médicos, em realidade.

Normalização adotada

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*

SUMÁRIO

Lista de siglas

Lista de tabelas

Lista de figuras

Resumo

Summary

1. MOTIVAÇÃO E REFLEXÕES.....	1
1.1 Um estudante de medicina ao encontro da medicina generalista humanizada.....	1
1.2 A humanização como demanda da sociedade e a resposta da Universidade	4
1.3 A Educação Médica e as razões para a dificuldade do médico em lidar com o complexo, o incerto.....	6
1.4 A desumanização da medicina no caminho do “burnout” e da má aceitação da incerteza clínica.....	13
1.5 A má compreensão da incerteza clínica como uma causa do “burnout”.....	15
2. INTRODUÇÃO.....	18
2.1 A má percepção dos médicos ao lidar com a incerteza gerada na atuação clínica.	18
2.2 Modelo conceitual sobre o enfrentamento da incerteza do médico frente uma situação clínica na tomada de decisões.....	21
2.3 Como foi desenvolvida a escala que mede o enfrentamento das incertezas relacionadas com o atendimento médico em diferentes especialidades feito por de Gerrity.....	24
2.4 Por que estudar a percepção da incerteza clínica no médico residente?.....	26
3. O PROJETO.....	28
4. OBJETIVOS.....	30
4.1 Objetivo Geral.....	30
4.2 Objetivos Específicos.....	30
5. MÉTODOS.....	32
5.1 Cenário.....	32
5.2 Processo de tradução transcultural do P.R.U.....	32
5.2.1 Processo de tradução transcultural.....	32
5.2.2 Processo de tradução transcultural feito para o P.R.U.....	33
5.3 Desenho do estudo.....	34

5.4 Variáveis analisadas.....	35
5.5 População estudada.....	36
5.6 Como a escala P.R.U foi utilizada.....	36
5.7 Regras para aplicação e análise do P.R.U.....	38
5.8 Análise estatística.....	39
6. RESULTADOS.....	40
7. DISCUSSÃO.....	47
7.1 Tempo de prática e a idade no enfrentamento da incerteza.....	47
7.2 A diferença de gênero e o enfrentamento da incerteza.....	49
7.3 A não diferença da percepção do enfrentamento da incerteza comparando as especialidades.....	51
7.4 Possíveis métodos de intervenção.....	52
7.4.1 Ver um médico na prática enfrentando a incerteza clínica em um cenário real de prática.....	52
7.4.2 Conhecer a incerteza como fator intrínseco da prática clínica.....	53
7.5 Limitações do estudo.....	56
7.5.1 Instrumento utilizado.....	56
7.5.2 Análise estatística.....	57
8 CONCLUSÕES.....	58
8.1 Um modo de conclusão: Como lidar com o que não sabemos, ou não esperamos?	58
8.2 Evitando o “burnout”.....	59
8.3 Necessidades humanísticas para evitar o mau enfrentamento da incerteza e o exemplo do professor.....	63
8.4 O ensino não reducionista e liberal.....	64
9 ANEXOS.....	66
10 REFERÊNCIAS.....	75

LISTA DE SIGLAS

SOBRAMFA	Educação Médica e Humanismo
P.R.U.	Physician's Reactions to Uncertainty scale

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características gerais dos 90 participantes da pesquisa.....	40
Tabela 2- Desenho do P.R.U. total e componentes.....	41
Tabela 3. Análise por gênero do P.R.U. total e componentes.....	41
Tabela 4- Análise por idade do P.R.U. total e seus componentes.....	42
Tabela 5- Análise por ano de residência do P.R.U. total e seus componentes.....	43
Tabela 6- Análise por especialidade do P.R.U. total e seus componentes.....	43
Tabela 7- Análise não paramétrica do P.R.U. por gênero, idade especialidade e ano de residência.....	45
Tabela 8- Correlação entre gênero, idade, especialidade e ano de residência.....	46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Representação gráfica dos quatro quadrantes do conhecimento médico	12
Figura 2- Respostas do estresse do médico ao lidar com a incerteza clínica....	20
Figura 3- Fatores que influenciam o comportamento médico perante uma decisão clínica.....	22

RESUMO

Levites MR. *Caracterização do perfil de residentes no enfrentamento das incertezas clínicas relacionadas com o atendimento médico* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2015.

Objetivo: Caracterizar o perfil de percepções e atitudes de médicos residentes frente às diferentes situações geradoras de incertezas na prática assistencial aos pacientes.

Método: Estudo descritivo, comparativo e transversal. Amostra não aleatória de 90 residentes da instituição. O estudo foi conduzido entre abril e julho de 2013. Para a avaliação da percepção do enfrentamento da incerteza no cenário clínico foi realizada usando a escala “Physician Reaction’s to Uncertainty”, após realizados uma tradução transcultural para português do Brasil. A “Physician Reaction’s to Uncertainty”, contém 15 itens que são respondidos de acordo com a variante de escala de Likert de seis pontos (discorda completamente = 1; concorda plenamente = 6). Avaliamos os residentes de acordo com o gênero; idade, menores de 26 anos e 26 anos ou maiores; residentes de primeiro ano comparados com os segundo e terceiro anos e residentes clínicos comparados com os cirurgiões, ortopedistas e ginecologistas/obstetras. **Resultados:** As residentes mulheres mais jovens e os com menos tempo de treinamento (residentes do primeiro ano), tiveram uma pior percepção do enfrentamento da incerteza na atuação clínica quando comparados aos homens ($p=0,002$) aos ≥ 26 anos ($p=0,001$) e com mais tempo de treinamento ($p<0,001$). Não houve diferença entre os residentes clínicos comparados com os de ortopedia, cirurgia e ginecologia obstetrícia ($p=0,792$).

Conclusões: Os médicos residentes mais jovens e com menor tempo de prática merecem uma atenção especial para um melhor enfrentamento da incerteza na atuação clínica. São eles que apresentam as maiores dificuldades com o tema. Atuar junto a professores mais experientes e a inserção da formação humanística e filosófica podem ajudar aos colegas residentes com menos prática na medicina.

DESCRIPTORIOS: Conhecimentos, atitudes e prática em saúde; Atitude do pessoal de saúde; Incerteza; Médicos residentes; Assistência médica.

ABSTRACT

Levites MR. *How do residents in a general hospital in Brazil react to clinical uncertainty?* [thesis]. São Paulo: “Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina”; 2015.

Purpose: The aim of this study was to develop a characterization profile of the perceptions and attitudes of resident physicians in a general hospital in São Paulo, Brazil addressing the uncertainties related to the care of patients. **Methods:** Descriptive, comparative and cross-sectional study conducted from April to July 2013 with a convenience sample of 90 medical residents who completed the Physicians’ Reactions to Uncertainty (PRU) scale and provided demographic variables of gender, age and specialty. **Results:** Comparing the Physician’s Reaction to Uncertainty score, authors identified a significant difference between age, year of residence and gender. Physicians who were female, less than 26 years old and who were in their first year of residency and had greater clinical uncertainty than men ($p=0.002$), older residents ($p=0.001$), those in their second and third year of residency ($p<0.001$). There were no significant differences by medical speciality ($p=0.792$). **Conclusion:** Practical experience and age are important factors in clinical uncertainty in residence groups. The longer physicians are in practice, the less uncertainty they will experience. Ways to decrease the anxiety of and reluctance to disclose uncertainty to patient can include: 1) Practice together with experience doctors; 2) Clinical epidemiology; 3) knowledge of philosophy and 4) Humanistic teaching.

DESCRIPTORS: Health knowledge, attitudes, practice; Attitude of health personnel; Attitude; Medical staff, hospital; Medical assistance.

1. MOTIVAÇÕES E REFLEXÕES

“O inimigo real do gênero humano não é o pensador audaz e irresponsável, tenha ou não razão. O inimigo real é quem trata de moldar o espírito humano de modo que não se atreva a empreender grandes voos” *Abraham Flexner*.

1.1 Um estudante de medicina ao encontro da medicina generalista humanizada

Quando entrei na faculdade de medicina pensei que iria encontrar pessoas com alta capacidade intelectual. Pensei que teríamos entre professores e alunos discussões sobre o mundo e a vida. Entusiasmados com o aprender da medicina poderíamos todos contribuir para melhor conhecimento do mundo e da vida. Fiz medicina para ajudar as pessoas através do conhecimento médico, do conhecimento do ser humano.

Como diz Fernando Pessoa em um dos seus poemas: “*A vida é terra, e vivê-la é lodo. Tudo é maneira, diferença ou modo. Em tudo quanto faças sê só tu, Em tudo quanto faças sê tu todo*” (Pessoa, 1978). Uma coisa é a teoria, a terra e a outra é a vida real, a lama. Na prática, de maneira geral, vi os meus colegas procurarem de maneira prática e pouco gentil, passar de ano nas disciplinas, divertirem-se em festas e só. Vi professores preocupados com a transmissão do conhecimento específico da aula e infelizmente como pouco tempo em formar o universitário, a pessoa.

No meio deste contexto, lembro como se fosse hoje, em uma aula do segundo ano, quando o professor Pablo Gonzales Blasco perguntou quem era René Descartes (Damásio, 1996). Houve um silêncio inicial. Respondi que era um filósofo, matemático. Falei da famosa frase: “*Penso, logo existo*”. O professor aproveitando a resposta encomendou-me uma revisão sobre este filósofo como lição de casa para a próxima aula.

Como eu estava em crise no curso de medicina e pensando em sair, aproveitei a semana e a crise para estudar o Discurso do Método (Descartes, 2006) e a biografia de Descartes. Quando chegou o dia da aula seguinte eu estava preparado para falar algumas coisas sobre o meu estudo. Minha surpresa é que o professor pediu para eu falar a lição de casa. Assim eu fiz.

No momento que comecei a falar sobre as ideias de Descartes, minha surpresa foi ver a sala reagindo, perguntando sobre o assunto e debatendo filosofia por 2 horas. A partir deste dia fui convidado pelo professor, assim com outros alunos, a integrar um grupo de estudos sobre a importância da literatura e cinema na formação dos estudantes de medicina. Líamos e livros e víamos filmes indicados pelos outros colegas e pelo professor, e uma vez por semana debatíamos o conteúdo. Foi assim que tive meu primeiro trabalho publicado (Blasco, 1999), e ajudei na primeira publicação internacional (Blasco, 2001).

Este grupo de estudos estava integrado à liga de medicina de família da faculdade. Nesta liga discutíamos a formação do médico generalista competente e humanista (Valente, 2004). A liga estava vinculada intelectualmente as ideias da SOBRAMFA (Educação Médica e Humanismo). Sociedade criada em 1992 para estudar o papel e a formação deste médico (Blasco, 2005, 2007, 2008; Janaudis, 2007).

À convite do professor Pablo, ainda como aluno de medicina, acompanhei sua clínica privada e suas palestras por inúmeras faculdades de medicina no estado de São Paulo, falando sempre deste médico humanista, culto, que atendia as pessoas, independente do que elas tinham de doença (Blasco, 2006).

Vi muitos alunos de diversos anos da faculdade de medicina empolgados com esta medicina. Neste momento tínhamos já organizado a SOBRAMFA acadêmica (Blasco, 2008; Roncoletta, 2008; Janaudis, 2009). Uma organização só de alunos de

medicina de algumas faculdades do estado de São Paulo empolgado com este modelo de medicina.

Os anos da faculdade foram se passando, as ideias foram se consolidando. Acreditávamos que este modelo de médico era possível. Estávamos terminados a faculdade e muitos questionamentos eram feitos por nós e por aqueles que nos rodavam sobre a possibilidade real deste modelo existir na vida profissional, real.

Já não éramos tantos. Muitos idealistas da SOBRAMFA acadêmica já tinham escolhido outros caminhos. Nós, e aqui aproveito para nomear e agradecer o suporte que nós demos uns aos outros (Graziela Moreto, Adriana Tamassia Roncoletta e Marco Aurélio Janaudis), decidimos que nos formaríamos como médicos generalistas, humanistas e competentes (Levites, 2011). Assim caminhamos.

O que vimos neste caminho de mais de 15 anos é que a empolgação do discurso destes médicos esbarrava em muitas barreiras. Podemos enumerar várias delas. Modelos de remuneração, carga de trabalho e reconhecimento social. Apesar do gosto quando universitários, quando formados este desejo sucumbia. Dos muitos alunos que acompanhavam a SOBRAMFA, poucos persistiram na vivência e fomentação destas ideias. Por que isto aconteceu?

Dentro de todas estas barreiras inumeradas, escolhi investigar com este doutorado é a dificuldade intrínseca em ser este tipo de médico de referência, motivo embaralhando com os demais que explica a desistência. O medo de propor ao paciente falar sobre qualquer problema, sobre qualquer doença em qualquer momento da consulta (Blasco, 2009). Porque a incerteza do cenário clínico, principalmente exposta na prática da medicina geral assunta tantos colegas?

1.2 A humanização como demanda da sociedade e a resposta da Universidade

A humanização assume notável protagonismo na agenda da sociedade atual (Brasil, 2004). O motivo é claro: nos dias de hoje, em muitos ramos da vida profissional estamos sendo forçados a desenvolver “práticas humanizantes” (Brasil, 2004) se quisermos nos pautar pela qualidade e pela excelência. Humanizar é, assim, além de uma obrigação educacional uma condição de sucesso profissional. O modo mais prático de perceber esta necessidade é observar as consequências que a sua ausência provoca.

Quando existe um clamor pela humanização de uma situação, de uma atitude ou profissão é porque de algum modo se reclama uma ausência que se entende como essencial. As reclamações dificilmente recaem no aspecto técnico, até porque o paciente não possui habitualmente recursos para avaliar corretamente deficiências dessa ordem. As carências que constata são, em última análise, carências na pessoa, detentor do conhecimento e intermediário entre a tecnologia e o paciente/cliente. As insuficiências não são de ordem técnica, mas humana.

Torna-se necessário vestir a ciência e a formação universitária com trajes humanos, dissolver em aconchego a técnica moderna. Quando tal não acontece, as insuficiências são sempre do profissional, e o prejuízo é do paciente/ cliente, que acaba sofrendo de indigestões científicas nada reconfortantes. Caberá ao profissional preocupar-se com esta temática, que não é em absoluto minúcia ou filigrana. Uma preocupação que se deve traduzir em ocupação ativa estudo, reflexão, para aprofundar e, sobretudo, analisar o seu comportamento, detectar as deficiências e encontrar os caminhos do necessário aperfeiçoamento (Blasco, 2011).

A universidade, que deveria contribuir para a humanização do estudante está em crise de identidade (Magalhães, 2006). Tentando responder a uma solicitação

empreendedora / empresarial (Harker, 1995), e tendo como norma o pragmatismo, as universidades embarcaram numa relação de clientelismo com os estudantes e suas famílias, segmentaram ao máximo o conhecimento e perderam o foco na formação do indivíduo (Cowen, 1996).

A tentativa de respostas à necessidade de democratização do ensino superior desembocou em massificação; e o controle das universidades é assumido por gestores ao invés de reitores, e chefes no lugar de diretores (Demm, 2001). A crise descrita na narrativa Newmaniana-Humboldiana (Humboldt, 1964), somada às pressões por resultados, e à prestação de contas, acaba sacrificando a identidade do ensino superior que é formar o indivíduo.

O cenário da pós-modernidade, transforma o ensino superior em obrigatoriedade sem pensar na sua identidade genuína; favorece uma presença ambígua do estado e os resultados acabam por responder equivocadamente ao mercado. Nesse contexto o estudante universitário encontra-se perdido junto com a própria instituição de ensino superior. Vale lembrar o poeta irlandês que afirma: “*Como podemos distinguir o dançarino da dança?*” (Yeats, 1996).

1.3 A educação médica e as razões para a dificuldade do médico em lidar com o complexo, o incerto

O descompasso entre a educação médica e as necessidades das pessoas pode ser observado sobre diferentes perspectivas: a falha de adequação dos cenários de treinamento nas universidades de medicina, a valorização do ensino em raridades, a preocupação excessiva com diagnósticos concretos e objetivos e, principalmente, o esquecimento da “arte médica” em detrimento ao desenvolvimento tecnológico.

Reiser (1990) comenta em seu livro *Medicine and the Reign of Technology* que, desde o século XIX, o diálogo entre médico e paciente era o principal meio de aprender sobre as doenças. O aumento da tecnologia tem permitido à medicina e à educação médica atentar-se exaustivamente para o conhecimento objetivo. Associado a essa expansão da ciência médica, observa-se também um declínio da arte médica.

Os pacientes apontam falhas na medicina atual, como a fragmentação dos serviços, a falta de uma relação pessoal entre médico e paciente, a ausência de coordenação e priorização de cuidados e a necessidade de consultar diversos médicos para tratar problemas do cotidiano (Boelen, 2002).

Muitos desses aspectos apontados foram deixados de lado no ensino médico, fato que pode ser observado na própria evolução histórica da educação médica.

Desde Descartes e o Renascimento, a ciência, incluindo a medicina, tomou um caminho distinto para avaliar a natureza. Esse caminho, que pode ser descrito como “dividir para conquistar”, parte do princípio de que problemas complexos são resolvidos dividindo-os em partes menores e mais simples, reduzindo-os a unidades. Esse processo de interpretação e análise do mundo natural, que ganhou o nome de reducionismo, é

predominante na ciência dos dois últimos séculos. O reducionismo também invade a ciência médica, afetando a maneira como são feitos os diagnósticos, tratamento e prevenção, assim como determina a maneira de se formar médicos. Apesar de o reducionismo proporcionar um enorme sucesso, na ciência moderna, apresenta limitações importantes (Baron, 1981).

Este paradigma atual da medicina, o desequilíbrio entre ciência e arte ou também desequilíbrio entre curar e cuidar, não é nenhuma novidade ou tema atual. Crookshank descreveu, em 1926, que o desenvolvimento dos diagnósticos era dividido em duas escolas de pensamentos: a Natural ou descritiva e a Convencional ou acadêmica. A escola Natural preocupa-se com o organismo e as doenças, atentando para o indivíduo em todas as suas dimensões, inclusive as mais personalizadas. A escola Convencional preocupa-se com órgãos e doenças e com a classificação e a nomeação das doenças, independentemente do paciente. A tensão entre essas duas escolas de pensamento na era da Medicina foi demonstrada pelas escolas gregas Cos (natural) e Cnidos (convencional). Trata-se de duas grandes e excelentes doutrinas que permaneceram rivais durante séculos (Crookshank, 1926).

Cada uma dessas escolas de pensamento possuía uma teoria diferente sobre as doenças. Cos defendia que a essência única de todas as doenças depende do indivíduo e dos fatores ambientais. Cnidos preocupa-se com a diversidade das doenças e a distinção entre elas. A proposta do diagnóstico de Cos é descritiva e depende do estado do paciente. Hipócrates, que é da Escola de Cos, exemplifica este pensamento com este relato:

o que era comum a todos era específico para cada caso, para cada paciente, para cada médico e para cada prescrição; à constituição epidêmica em geral e em seu humor local; aos hábitos de vida e de ocupação de cada paciente; a sua velocidade, condução, silêncios, pensamentos, sono, vigília, sonhos e – o seu conteúdo e incidência, a suas colheitas e arranhões, lágrimas, fezes, urina, saliva e vômito; para precoces e tardias formas de doença na mesma prevalência; determinações crítico ou

fatal, suor, frio, o rigor, soluços, espirros, respiração, arrotos, a passagem do vento, silenciosamente ou com ruído; de hemorragias e... (*First Epidemics*)

Em Cnidos, a proposta do diagnóstico era classificar as doenças dos pacientes; para eles, as doenças tinham uma realidade independente do paciente.

Sabe-se sobre estas duas doutrinas e as fortalezas e fraquezas de cada uma delas. Fundamental seria um equilíbrio entre elas, o que, infelizmente, ainda não foi possível conseguir, mesmo depois de tantos séculos.

Analisando grosseiramente a História da Medicina na América, sabe-se que se inicia permeada pelos princípios generalistas. O processo de educação médica era estabelecido de modo rudimentar, pois, até a Primeira Guerra Mundial, não existiam colégios formais de ensino médico; muitos estudantes eram treinados por outros médicos que os acompanhavam em sua prática clínica.

Com a Revolução Industrial, o aumento demográfico e a centralização em grandes cidades, o paradigma da relação médico-paciente se alterou, pois aquele médico que ia à casa do paciente deixou de existir, passando, então, o paciente a ir até o médico. Foi com este modelo que a Universidade John Hopkins iniciou o sistema de residentes para o treinamento médico. Terminada a graduação, os estudantes de medicina aprendiam no próprio hospital, por “viverem dentro do hospital”; surgiu assim o termo residente.

Um marco importante que demonstrava o reducionismo da área médica foi a publicação, há quase um século, do relatório de Flexner. No início dos anos de 1900, uma época que o ensino médico nos Estados Unidos e no Canadá era marcado pela falta de qualidade e por abordagens não científicas, o documento de Flexner propunha trazer os valores científicos das ciências naturais para a prática de ensino médico (Flexner, 2010).

A história da educação médica do século XX enfatiza a procura da excelência, buscando atingir, por meio da especialização, um nível de qualidade científica. Tornou-se mais seguro permanecer instalado nesse nível do que se aventurar por novos caminhos que, por serem desconhecidos no ambiente acadêmico, poderiam piorar a qualidade do profissional.

Já que se tornou impossível dominar todos os conhecimentos, optou-se por dividi-los em áreas, a fim de garantir a competência do ensino médico. Então, a fragmentação do saber instalou-se como fragmentação também da relação médico-paciente. Naturalmente, o paciente foi atingido nessa tentativa de divisão da ciência médica.

Apesar das melhorias inegáveis no campo científico proporcionadas por esse documento, nas faculdades de medicina, acabaram se perdendo possibilidades de desenvolvimento em outras áreas. Foi o preço da mudança. O próprio Abraham Flexner, 15 anos após a publicação do seu relatório, comentou que o currículo médico estava saturado de cientificismo e tinha abandonado aspectos humanos e sociais. Em 1925, escreveu: “a ciência médica na América – jovem, vigorosa, positivista – é hoje deficiente em *background* cultural e filosófico” (Flexner, 1925).

É impossível não valorizar a evolução da medicina no campo das doenças pontuais, como infecções agudas e cirurgias corretivas, todavia, muitos outros pontos não evoluíram com a mesma intensidade. Em questões complexas, como pacientes com múltiplas comorbidades, doenças crônicas e queixas indiferenciadas, a medicina não encontrou um caminho científico sólido e, conseqüentemente, não encontrou um caminho de ensino para tais questões (Starfield, 2006).

Buscar novos caminhos para o ensino implica perguntar quais são as diferenças de abordagem, manejo, diagnóstico e tratamento que uma perspectiva não reducionista

oferece. A maneira de pensar, diagnosticar (ou não diagnosticar), tratar e ensinar medicina exige uma nova abordagem. Como Gayle Stephen (1988) comenta no livro *Intellectual Bases of Family Medicine*, é necessário um campo de conhecimento que se dedique a identificar como lidar com este manejo e fazer disso uma nova ciência.

McWhinney (1997) comenta sobre a necessidade de uma mudança na formação médica diante ao aumento de doentes crônicos. O médico é obrigado a acompanhar o paciente durante um período biográfico maior, ajudando-o a adaptar-se a sua nova situação. Sem deixarem de existir questões pontuais no atendimento médico, representadas por afecções específicas que requerem um conhecimento especializado, o paciente no seu percurso de vida é exposto a doenças comuns e com caráter crônico, as chamadas doenças mais prevalentes na população. São pacientes que deverão ser cuidados por longo tempo, representam um número elevado dentro da população geral, beneficiar-se-ão das medidas de prevenção e educação em saúde e, provavelmente, outras moléstias lhes afetarão durante esse período, requerendo também cuidados. Nesse contexto, é fácil deduzir a necessidade que o médico tem de conhecer e entender bem o paciente, assim como o meio que o circunda, para poder cuidar dele com competência.

Há excesso de preocupações com a categorização das doenças dos pacientes e esquece-se de como são fundamentais o entendimento e o manejo da doença personalizada em uma pessoa doente (McWhinney, 1996; Roncoletta, 2009). A despersonalização da medicina, de certa forma, deixa de lado o que não se compreende fisiologicamente, como se o entendimento dos sintomas e do que realmente está incomodando o paciente não fosse da área do médico.

Na tentativa de sistematizar as várias dimensões necessárias para uma atuação competente do médico: conhecimento de evidências científicas, conhecimento do paciente e conhecimento próprio facilitado pela reflexão, Stange et al. (2000) comentam

um modelo que denominam os quatro quadrantes do conhecimento (Figura 1). Por um lado, posicionam os quadrantes referentes à realidade que chamam externa. No primeiro dos quadrantes externos (que denominaremos Quadrante 3), situam o conhecimento das doenças, o estudo dos métodos diagnósticos e terapêuticos, as inovações tecnológicas e avanços científicos, a informação acurada que um médico tem de possuir, assim como os critérios para avaliar essa informação e manter-se atualizado nas suas competências de conhecimento. No segundo quadrante externo (que denominaremos Quadrante 4), os autores situam a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos no Quadrante 3 na população que esse médico deve atender e cuidar. É o local onde são situados os sistemas de saúde no seu aspecto organizacional – seja público ou privado – que permitem estabelecer prioridades na abordagem das doenças. O conhecimento correspondente a esse Quadrante 4 diz respeito aos estudos epidemiológicos, sociológicos e de saúde pública, assim como o proveniente das políticas de saúde. De modo simples, o Quadrante 4 traz para o médico a ciência de como deve ser utilizado os conhecimentos técnico-científicos adquiridos no Quadrante 3, para a população concreta com a qual está lidando.

Por outro lado, situam os quadrantes referentes à realidade denominada interna. Um quadrante (que denominaremos Quadrante 2) é o correspondente ao conhecimento do paciente e do seu contexto familiar e comunitário, assim como os valores vigentes e a vivência da doença. Seria, em palavras simples, o mundo do paciente, e como ele vivencia a sua própria doença. O último quadrante (chamaremos Quadrante 1) refere-se ao conhecimento próprio do médico, por meio de uma postura habitual de reflexão, atitude que denominam de “reflective practice”. Inclui-se no Quadrante 1 o conhecimento que o médico adquire por meio da reflexão sobre as experiências e como incorpora, na prática e na construção da sua identidade profissional, todos os

conhecimentos que lhe chegam dos outros quadrantes. A integração desses quatro quadrantes constitui a base do método clínico centrado no paciente (Stewart, 1995; Blasco, 2004; Janaudis, 2010) base fundamental da atuação do generalista.

Figura 1: Representação gráfica dos quatro quadrantes do conhecimento médico segundo Stange et al. (2000)

Por que não abordar, no campo da ciência e da educação médica, o “tratar da vida” de quem está doente? Por que não abordar queixas que parecem não estarem presentes nos achados físicos ou laboratoriais usuais, queixas bizarras, não fisiológicas ou anatômicas, queixas persistentes e que causam debilidade, associadas à ansiedade e à mudança de humor, queixas resultantes de mudança de vida, conflito ou estresse? (Blasco, 2006; Roncoletta, 2012).

1.4 A desumanização da medicina no caminho do “burnout” e da má aceitação da incerteza clínica

A Humanização da medicina é tema cada vez mais presente e verdadeira preocupação dos educadores na academia. No entanto, alguns estudos têm identificado uma drástica transformação no estudante de medicina durante seu processo de formação. Nos primeiros anos a maioria dos estudantes está entusiasmada com o ideal de ser médico e são mais sensíveis ao sofrimento do paciente (Authier, 1986; Kay, 1990; Silver, 1990). Durante o decorrer dos anos esse idealismo vai caindo no esquecimento e o estudante inicia o assim denominado processo de “desumanização”, onde o paciente passa a ter um papel secundário na prática médica.

A personalidade do médico, enraizada no ato humanitário, acaba por se dissolver entre pesquisas complexas de laboratórios, aparelhos em crescente desenvolvimento tecnológico, ações políticas e outras atividades, nas quais o paciente aparece como um personagem distante ou mesmo oculto (Reginato et al., 2013).

A aparente dicotomia entre humanismo e ciência médica é contestada por autores que afirmam ser o humanismo não uma entidade separada e isolada da Medicina

e sim uma necessidade médica imprescindível, inerente à natureza da prática médica, a qual propicia a devida compreensão do paciente. Esse tipo de humanismo inclui o interesse pelo conhecimento da ética, do direito, da história e da literatura e o conhecimento acerca de valores, motivações e tradições relacionadas com a saúde e enfermidade humana. Considerar o humanismo uma entidade integradora permitirá a prática de uma medicina suficiente e adequada por favorecer a variabilidade humana e respeitar a individualidade dentro de um contexto social e de compreensão de aspectos éticos (Reginato et al., 2013).

Nos dizeres de Orellana-Peña (2014), as humanidades estão relacionadas com aspectos éticos da prática clínica, habilidade de comunicação, sensibilidade e compaixão diante do sofrimento do outro.

De acordo com Shapiro (2000) existe uma atenção crescente pelas humanidades nos círculos de educação médica. Observa que a literatura e as artes em geral são um recurso de utilidade para ensinar aspectos particularmente difíceis, pouco concretos, embora fundamentais, no contexto educacional. Assim, abordar a competência e lidar com as limitações, empatia, tolerância e compaixão, ambigüidade e incerteza, são elementos com que o médico se defronta diariamente e que, por meio da ficção, se tornam transparentes. Acrescenta ainda que é preciso promover a boa vontade do estudante-médico (“good willing”) para entrar no mundo do paciente e compreender as experiências que a doença lhe traz. Aproveita-se, desse modo, a empatia e amor, com que o estudante de medicina se inicia na sua prática, e procura-se preservar sua componente humana no processo educativo.

Um novo humanismo médico se faz necessário para conseguir harmonizar os avanços científico-técnico com as necessidades reais dos pacientes. Utilizamos o termo harmonizar e não equilibrar, pois não se trata de combater a técnica, mas harmonizá-la

com o humanismo (Blasco, 2013). Ensinar a entender o enfermo em toda sua dimensão humana e não somente setorialmente é o desafio principal que se coloca hoje na educação médica. É necessário desenvolver um profundo conhecimento da doença e da personalidade do paciente, utilizando o que a técnica é capaz de oferecer e a intimidade que a intuição profissional revela. Nisso consiste o novo humanismo médico capaz de harmonizar os cuidados que o paciente necessita (Blasco, 2006). Desta forma o humanismo em medicina não é uma questão temperamental: é uma atitude científica, ponderada, fruto de um esforço de aprendizado contínuo (Blasco, 2012).

1.5 A má compreensão da incerteza clínica como uma causa do “burnout”

Nos últimos anos, as publicações e apresentações em eventos médicos, têm sido invadidas pelo tema do “burnout” (na tradução literal “queimar por completo”) Este termo, que está na moda e em inglês para maior destaque, não é mais do que o esgotamento físico e mental cuja causa esta intimamente ligada á vida profissional (Fredenberg, 1974). A síndrome do “burnout” está relacionada com muito trabalho (Arnetz, 2001), pouco descanso (Fith’Cozen, 1998), perda da percepção de autonomia e dúvida (Grant, 2004), culpa e exagero na percepção da responsabilidade e exaustão (Armerz, 2001). Tal situação ocasiona uma ação profissional despersonalizada, uma falta de percepção de realização, desordens psiquiátricas e alto nível de depressão (Hawton, 2001; Center, 2003; Hampton, 2005).

Dados recentes apontam que 55% dos médicos queixam-se que eles e suas famílias sofreram devido a sua escolha profissional (Sullivan, 1998). Menos que 44%

dos homens e 26% das mulheres estão muito satisfeitos com suas profissões (Gunderson, 2001).

Por que o tal termo “burnout” tem ganhado tanta repercussão? Seria decorrência da globalização que enaltece a razão e o resultado financeiro? Seriam as regras da economia e da vida contemporânea que estabeleceram outros parâmetros? Mudou a medicina, a perspectiva da sua prática, ou foram os médicos os que mudaram?

Seja qual for a resposta, o que não se pode negar é esta realidade que se projeta ameaçadora sobre a vida de muitos médicos (Goldberg, 1996; Shanafelt, 2003; Benson, 2005). Aquilo que é base de conversas informais, e de publicações ou apresentações em congressos não é mais do que o reflexo do que se vivencia.

Não temos como negar. A rapidez e a tecnologia ganharam força nos tempos de hoje. As pessoas médicos e pacientes- têm cada vez menos paciência, e mais recursos disponíveis, o que alimenta situações rápidas. A sociedade acredita que fazendo uma tomografia de corpo total em 5 minutos é melhor do que uma entrevista e um acompanhamento de longo prazo com o seu médico.

Outra questão presente é a premissa –tão sedutora como incorreta- de que o desenvolvimento tecnológico pode nos levar para uma medicina perfeccionista, exata. A mídia destaca, com razão, que nunca antes na história da medicina tivemos tantos avanços. Mas, mesmo sendo verdade, não é absoluta (Bosk, 1980). O aumento da expectativa dos resultados da ciência e da tecnologia intensifica, proporcionalmente, nossa percepção de risco com a incerteza (Kassier, 1989; Peterson, 1988). Como disse J. F. Kennedy: “Quanto mais adquirimos conhecimento, mais evidente fica nossa ignorância”.

Alguns pesquisadores, médicos e pensadores sabem que a incerteza é parte essencial da ciência. A ciência é o tal porque possui a suficiente humildade para não aventurar-se a rotular toda e qualquer descoberta como uma verdade absoluta (Levites, 2011).

Estas considerações nos ajudam a enfrentar com a serenidade devida, a questão da impaciência tecnológica. Mas, a população, de maneira geral, não conhece estes argumentos. O apelo da tecnologia é sedutor. É com estas pessoas, que esperam todas as respostas das novas máquinas médicas, que temos que lidar.

2 INTRODUÇÃO

“Quanto mais adquirimos conhecimento, mais evidente fica nossa ignorância”.

J. F. Kennedy

2.1 A má percepção dos médicos ao lidar com a incerteza gerada na atuação clínica

O rápido desenvolvimento da tecnologia e do conhecimento científico trouxe, paradoxalmente, um rápido crescimento da incerteza. A incerteza faz fronteira com o limite do conhecimento. E por isso, quanto maior o território conhecido, mais extenso é o campo de experiência da incerteza (Applegate, 1986; Gerrity, 1992). A razão, como um ícone cultural, acentua a incerteza do novo quando atingimos o limite do conhecimento (Atkinson, 1984). Atributos como lógica, neutralidade, universalidade, reducionismo e determinismo tornam mais problemáticos fenômenos como viés, complexidade, contingência e intuição (Bosk, 1980). O aumento da expectativa dos resultados da ciência e da tecnologia intensifica, proporcionalmente, nossa percepção de risco com a incerteza (Pettersson, 1988; Kassier 1989).

A incerteza é prevalente na prática médica (Fox, 1957, 1980; Bursztajn, 1981), e está relacionada como causa de má prática médica (Gutheil, 1984), dificuldade de estabelecer modelos de qualidade assistencial (Eddy, 1988) e com a ansiedade na relação médico-paciente (Katz, 1984; Johnson, 1988).

Além destas relações a incerteza da prática clínica causa grande preocupação para os médicos de todas as especialidades (Eddy, 1984) e para os responsáveis em avaliar os custos da saúde (Wennberg, 1982).

A reação afetiva do médico à incerteza clínica tem recebido pouca atenção (Katz, 1984). Estudos anteriores focam a questão da incerteza médico na resposta cognitiva médica ou a tomada de decisões sob circunstância de incerteza (Linn, 1984; Lusted, 1985; Hogarth, 1987; Hershey, 1987; Nighttingale, 1987, 1988; Curley, 1989). Ao contrário, a reação afetiva do médico à incerteza no cuidado do paciente e suas variáveis práticas, parece pouco explorada. Um questionamento que exemplifica esta reação afetiva do médico perante a incerteza clínica é: “Como eu me sinto quando não sei o que fazer com meu paciente?”.

Pesquisadores reportam as origens da incerteza como resultado de uma inadequada aquisição de três tipos de conhecimento. O **conceitual**, ou a habilidade de aplicar conhecimentos abstratos em situações concretas; o **técnico**, como a falta de informação científica ou habilidade prática e o conhecimento **pessoal**, ou a ausência de relação anterior com o paciente e seu conhecimento sobre os desejos dos pacientes (Evan, 2009).

Gerrity (1990) identifica dois estresses relacionados à resposta dos médicos à incerteza: ansiedade e preocupação com maus resultados. Utilizando o modelo clássico de respostas ao estresse do médico de Lazarus (1999) (Figura 2), observamos que a percepção da incerteza se aplica em um contexto cultural onde a demanda esperada é de certezas. É sob estas circunstâncias que, utilizando os conhecimentos insatisfatórios (pessoal, técnico e conceitual), que o médico responde à incerteza destas duas maneiras.

Figura 2- Respostas do estresse do médico ao lidar com a incerteza clínica (Adaptação de Lazarus RS. Stress and emotion: a new synthesis. New York: Springer; 1999)

Tentativas passadas de medir a reação afetiva a incerteza focaram-se no conceito da intolerância a incerteza e desenvolveram medidas para avaliar a capacidade do médico de lidar com a ambiguidade e incerteza da vida em geral (Burdner, 1975; Epstein, 1984). Estas escalas abordaram questões não relacionadas ao contato com o paciente. Itens como “*eu gostaria de viver em um país estrangeiro por um tempo*” e “*a melhor parte de um quebra cabeça é colocar a última peça*” foram incluídas. Apesar de interessantes, estas medidas não avaliaram a reação afetiva do médico na sua prática clínica.

2.2 Modelo conceitual sobre o enfrentamento da incerteza do médico frente uma situação clínica na tomada de decisões

Um modelo conceitual desenvolvido por Gerrity (1995) aborda a influência do enfrentamento da incerteza do médico frente uma situação clínica na tomada de decisões. Alguns itens compõem o fatorial influenciador de como médico decide uma ação clínica (Figura 3).

1. Características do paciente como idade, sexo, status socioeconômico, necessidade por certezas.
2. O próprio problema de saúde do indivíduo.
3. Características estruturais: local de prática, forma de pagamento, exames disponíveis, agenda.
4. Características do médico com histórico de tomadas de decisões que deram certo ou errado, crenças e epistemologia.
5. Características dos exames a pedir como sensibilidade e especificidade, valores preditivos e efeitos colaterais assim como outras condutas.
6. O médico traz na consulta sua maneira de reagir à incerteza inerente ao cuidado do paciente.

Figura 3. Fatores que influenciam o comportamento médico perante uma decisão clínica (Adaptação de Gerrity, 1995)

Como o objetivo do estudo é analisar a resposta afetiva do médico perante a incerteza, definiu-se a resposta afetiva a incerteza no cuidado clínico como: (a) a resposta emocional e preocupações do médico que vivencia situações clínicas não familiares ou não fáceis de resolver e (b) a resposta comportamental do médico ao lidar com estas preocupações e emoções (Gerrity, 1995).

Houve expectativas que a medicina baseada em evidências e protocolos para manejar doenças iria padronizar o cuidado clínico e limitar a variedade e incerteza relacionada à decisão médica (Langley, 1998; Timmermans, 2001; Gosg, 2004). Entretanto, vários autores argumentam que sempre vai existir um montante de incerteza na medicina (Hall, 2002; Ogden, 2002). Alguns artigos reportam que algumas características dos médicos podem estar associadas com a resposta ao enfrentamento das incertezas. Por exemplo, mulheres, médicos com menos tempo de prática, jovens e

generalistas mostram mais ansiedade em lidar com a incerteza (Gerrity, 1992; Kvale, 1999; Bovier, 2007).

Médicos com mais de 17-31 anos de prática assim com os com mais de 31 anos de prática apresentam respostas significativamente menor ao estresse devido à incerteza comparada com os médicos com menos de nove anos de prática (Gerrity, 1990).

Com as mulheres no estudo desenvolvido por Gerrity (1990) tendem a ser generalistas com pouco tempo de prática comparada com homens médicos, foi examinado a possibilidade do gênero, anos de prática, tipo de especialidades não serem independentemente associados com a resposta a incerteza. Todavia todas estas características mostraram uma variável contínua independente.

Todos os médicos lidam de alguma maneira com a incerteza (Gerrity, 1995). Não é exclusividade dos clínicos o lidar com a incerteza (Kassier, 1989). Entretanto é com os generalistas que pacientes com as queixas inespecíficas e variadas aparecem com maior frequência (Hannay, 1979). A consulta clínica caracterizada por sinais e sintomas sem a caracterização obrigatória em doenças são a rotina dos médicos generalistas (Verbrugeer, 1987; McWhinney, 1997; Kloetzel, 1999). Conceituados por estudiosos como disciplinas médicas com predomínio cognitivo (Souza, 2009), este é um grupo de análise onde a incerteza faz parte da rotina do seu trabalho.

A ferramenta utilizada para avaliar as respostas dos residentes a incerteza foi desenvolvida por Gerrity em 1990 e redefinida pela mesma autora em 1995.

2.3 Como foi desenvolvida a escala que mede o enfrentamento das incertezas relacionadas com o atendimento médico em diferentes especialidades feito por de Gerrity?

O modelo conceitual desta escala iniciou-se com entrevistas parcialmente estruturadas entre médicos, enfermeiras, pessoal do laboratório e de fontes pagadoras da área da saúde. A revisão destas entrevistas foi feita por sociólogos médicos, psicólogos e os artigos da literatura de serviços médicos foram usados como modelo para identificar fatores que afetam a resposta do médico à incerteza e como as reações as incertezas podem influenciar seu comportamento. O modelo focou-se em cinco maiores temas: o paciente, o problema médico ou a doença, o médico, características dos exames e tratamentos e a organização do local de trabalho.

Após desenvolver o modelo conceitual foi definida a construção da ferramenta: “enfrentamento das incertezas relacionadas com o atendimento médico em diferentes especialidades”. Através das entrevistas descobriu-se que os médicos seguiram nove categorias de reações variáveis a incerteza: relação médico paciente, relação entre médicos, normas profissionais, autoestima como médico, maus resultados, diagnósticos não descobertos, preocupações com a má prática, como encaminhar pacientes a outros colegas e como solicitar testes.

O desenvolvimento de uma escala original foi de 61 itens (Gerrity, 1990). Esta escala foi distribuída para uma amostra randomizada de 700 médicos, estratificada por especialidade de médicos licenciados nos estados norte americanos da Carolina do Norte e Oregon. 400 eram generalistas, 200 clínicos especialistas e 100 cirurgiões. Destes 700 médicos, 428 devolveram o questionário (taxa de respostas de 61%).

Definindo como uma resposta consistente como uma concordância ou discordância de 75% ou mais dos médicos por cada item, uma nova escala, agora definida com “Reação do médico ao enfrentamento da incerteza (Physicians’ Reactions to Uncertainty = PRU)” foi construída.

Esta escala inicialmente se subdividiu em duas escalas menores: reação ao estresse e relutância em revelar a incerteza aos outros. O t-test e ANOVA análise foram usados para comparar os significados dos resultados da escala. Quando os resultados ANOVA indicavam um significado diferente, utilizou-se o Turkey’s Test em pares de respostas individualizadas (SAS Institute, 1985). Uma regressão linear múltipla foi utilizada para controlar potenciais confusões entre gênero, tempo de prática e especialidade enquanto a escala PRU era utilizada.

Validação externa feita para o PRU

A validação do PRU original foi feita com um grupo independente de 337 médicos publicado em 1995 (Gerrity, 1995). No artigo original de 1990 (Gerrity, 1990) ela não validou com um grupo independente. Por isto Gerrity et al. escreveram este artigo em 1995.

No artigo de 1990 perguntou-se para as mesmas pessoas que responderam o questionário PRU, o grau de concordância ou discordância de cada um dos 61 itens originais que deram no PRU. Só foram aceitos os itens para o PRU "final" as que tiveram 75% a 100% de concordância (*consistent response* = 75% a 100%). Foi a partir desta análise que surgiram os 22 itens iniciais do PRU de 1990.

O PRU tinha 22 itens. Dos quais 13 itens sobre "stress da incerteza" e 9 itens da “dificuldade de revelar a incerteza para outros”.

Em 1995 ela fez a validação independente e refez a escala PRU. A versão utilizada nesta pesquisa já respeita a validação externa.

2.4 Por que estudar a percepção da incerteza clínica no médico residente?

Estudantes de medicina, que apresentam a maior parte da sua educação baseada em conhecimento textual de doenças, entram na residência médica limitados na sua habilidade de aplicar o conhecimento em situações clínicas reais (Beresford, 1991). Residentes, em sua maioria, apresentam desconforto importante ao serem colocados para fazer procedimentos ou lidar com complicações sem supervisão, o que ocasiona, secundariamente, insatisfação do paciente (Farnan, 2008).

Quando o residente torna-se mais autônomo, expectativas irreais dos preceptores e a ampla literatura médica a ser incorporada podem compor os motivos das incertezas (Light, 1979). A pressão de tempo e o ambiente de trabalho (Lord, 2002) podem contribuir para que as perguntas dos residentes permanecerem sem resposta (Green, 2005).

A não compreensão fenomenológica do impacto da incerteza na prática dos residentes pode ser mais um aspecto que ajuda a explicar a alta incidência de depressão e a dificuldade de cuidar dos pacientes (Thomas, 2004).

Alguns estudos já abordam as respostas a incerteza entre estudantes de medicina (Nevalainen, 2009) e profissionais médicos. (Schneider, 2007; Politi, 2009; Schneider, 2014). Todavia poucos estudos abordam o tema entre residentes (Gerrity, 1995).

O estudo da caracterização do perfil de médicos residentes no enfrentamento das incertezas relacionadas com o atendimento médico é um caminho para uma melhor compreensão e a busca de saídas educacionais estruturadas para este problema entre médicos residentes.

3 O PROJETO

“Para que o mal triunfe basta que os bons fiquem de braços cruzados”. *Edmund Burke*

O prazer de ser médico, cuidar do paciente independente do que ele tenha e o desejo que esta medicina se desenvolva no país fez-me perguntar o porquê da dificuldade dos colegas futuro colegas em lidar com estas situações de incerteza clínica. O questionamento abriu meus horizontes para todas as possíveis causas e soluções para esta questão.

O questionamento da dificuldade intrínseca da atuação ressaltado pelo medo de propor ao paciente falar sobre qualquer problema, sobre qualquer doença em qualquer momento da consulta levou-me intuir que o núcleo da pesquisa – a pergunta que dispara a busca da investigação- está representado por uma realidade concreta; como o médico trabalha a incerteza com a qual se depara perante uma situação clínica. Porque a incerteza do cenário clínico assunta tantos colegas, principalmente os mais novos?

Nesse contexto surge a motivação para a realização da pesquisa em questão: A caracterização do perfil de percepções e atitudes de médicos residentes diferenciando-os por gênero, idade e especialidade pode nos ajudar a entender melhor a resposta do médico recém-formado às diferentes situações geradoras de incertezas na prática assistencial a pacientes pode nos ajudar futuramente a encontrar possíveis respostas de como formar médicos com maior capacidade de lidar com estas questões.

Inicialmente a intenção do projeto era fazer uma pesquisa junto a uma amostragem dos residentes do Estado de São Paulo. Uma plataforma eletrônica foi criada e testada para a pesquisa amostral de todo este grupo. Entretanto devido a

impossibilidades da realização da pesquisa frente a não aceitação em liberar o banco de base pelos órgãos competentes, decidimos usar os residentes do Hospital Ipiranga como fonte da nossa pesquisa. Aqui vai um agradecimento formal aos diretores do Hospital Ipiranga. Apesar de diminuir o alcance do projeto, não diminui o ânimo para a busca das respostas da pesquisa inicial.

4. OBJETIVOS

“This is not the end. It is even the beginning of the end.
But it is, perhaps the end of the beginning.”

Winston Churchill

4.1 Objetivo geral

Caracterizar o perfil de percepções e atitudes de médicos residentes frente às diferentes situações geradoras de incertezas na prática assistencial.

4.2 Objetivos específicos

Estudos anteriores apontam algumas características associadas com uma maior resposta a incerteza. Nenhum estudo prévio estudou especificamente o período de residência médica. Este grupo de profissionais em formação apresenta respostas variadas a incerteza da prática que implicam, quando negativas, a um pior desenvolvimento profissional. Este estudo tem o intuito de procurar possíveis características dos residentes associados com a resposta às incertezas clínicas.

Hipóteses:

1. Verificar se há diferenças na percepção da incerteza entre os residentes da residência de clínica médica, e as outras especialidades (cirurgia geral, ginecologia/obstetrícia e ortopedia).
2. Verificar se residentes mais velhos apresentam diferenças na percepção da incerteza comparando-os com os mais jovens.

3. Verificar se há diferença de gênero na percepção da incerteza entre residentes.
4. Verificar se há diferença entre residentes de primeiro e dos outros anos (segundo e terceiro) anos.

5. MÉTODOS

“The real purpose of the scientific method is to make sure that Nature hasn’t misled you into thinking you know something you actually don’t know” Robert Pirsing, Zen and Art of Motorcycle Maintenance.

5.1 Cenário

Este estudo realizou-se com residentes do Hospital Ipiranga, hospital geral público de gestão estadual, administração direta de saúde, de média e alta complexidade, sediado no bairro do Ipiranga na cidade de São Paulo de 300 leitos de atuação clínica, obstétrica, ginecológica e cirúrgica.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP assim como do Comitê de Pesquisa do Hospital Ipiranga. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). Os residentes poderiam a qualquer momento se recusar a responder a pesquisa.

5.2 Processo de tradução transcultural do Physicians’ Reactions to Uncertainty

(P.R.U.). Em português: Escala do enfrentamento das incertezas clínicas relacionadas com o atendimento médico.

5.2.1 A tradução transcultural

Como o PRU tem de origem os Estados Unidos e não tinha sido utilizado em língua portuguesa anteriormente, houve necessidade de uma tradução transcultural para aplicação desta escala no Brasil (Beaton, 2000).

A adaptação transcultural de um questionário auto-administrado, na área da saúde usado em outro país, cultura ou língua necessita de um método único, para atingir equivalências entre a versão original e a versão final do questionário. Reconhece-se, hoje que as medidas de aferição como o questionário aplicadas em outros ambientes, com culturas diferentes, não podem ser unicamente traduzidas, mas também adaptadas culturalmente para manter a validade de conteúdo como instrumento conceitual em diferentes culturas. O processo de adaptação transcultural tenta produzir equivalência entre as versões de base e a versão final a ser utilizada. Assumisse que no final o processo garante a retenção de propriedades psicométricas com a validade e o realismo de um item ou nível de escala (Guilhermin, 1993; Guyatt, 1993; Ferraz, 1997; Herdman, 1997; Hendricson, 1989; Wagner, 1998).

5.2.2 O processo de tradução transcultural feito para o P.R.U

A metodologia seguiu seis estágios para se chegar a uma tradução transcultural:

Etapa I, tradução: Inicialmente solicitou-se a dois profissionais brasileiros, com fluência na língua inglesa para traduzir o P.R.U. Um deles, médico com pós-doutorado na “Harvard University” e atual diretor de uma faculdade de medicina privada de São Paulo. O segundo, professor de língua inglesa, diretor de uma escola de línguas infantil importante de São Paulo. A escolha deste perfil de profissionais seguiu o protocolo recomendado pela literatura (Ferraz, 2000);

Etapa II, síntese: Após cada um escrever separadamente a sua tradução, realizou-se conferência virtual sobre os itens de discordância. Ao final, elaborou-se documento único do P.R.U de consenso;

Etapa III, tradução reversa: foi dado este P.R.U. traduzido consensual para dois profissionais alfabetizados na língua inglesa: Um foi indicado pelos professores do Hospital Universitário como especialista nestes tipos de tradução e outro, um médico com dupla cidadania, atualmente trabalha na “British Medical Journal” no Brasil;

Etapa IV, comitê de expertos compostos por sete médicos educadores: foram revistas todas as traduções, relatórios, metodologias e discrepâncias;

Etapa V, validação pela criadora do P.R.U original, Martha Gerrity;

Etapa VI, aplicação do PRU final para residentes 10 residentes de medicina de família e comunidade da faculdade de medicina da USP e para três professores desta residência presentes neste dia. Os PRU foram preenchidos completamente entendidos.

5.3 Desenho do estudo

O pesquisador, após contato prévio com cada coordenador de residência do Hospital Ipiranga entregou o protocolo de pesquisa assim com o TCLE para cada residente durante o descanso de duas atividades de trabalho após explicação da pesquisa. Desta forma, a adesão ao estudo foi voluntária e está relacionada principalmente a presença do residente no local de prática de aprendizado no momento da pesquisa.

Realizou-se estudo descritivo, comparativo, com desenho transversal entre os meses de abril e julho de 2013 com os residentes e estagiários que estavam atuando no hospital. Os que estavam de férias ou em atividades em outros serviços fora do Hospital Ipiranga não foram incluídos no projeto original da pesquisa.

O protocolo que é composto por um questionário e uma escala chamada de P.R.U. (Physician Reaction's to Uncertainty), em português: Escala do enfrentamento das incertezas clínicas relacionadas com o atendimento médico em diferentes especialidades (Anexos 1 e 2).

5.4 Variáveis analisadas

De acordo com objetivo da pesquisa de caracterizar perfil de percepções e atitudes de médicos residentes inscritos no Hospital Ipiranga frente às diferentes situações geradoras de incertezas na prática assistencial, analisaremos algumas variáveis específicas para responder as hipóteses levantadas nos objetivos específicos.

Assim teremos as seguintes categorias:

1. Gênero: Feminino e Masculino;
2. Idade: divididos em dois grupos. Menores que 26 anos ou 26 anos ou mais (Souza, 2009);
3. Especialidade em que estão se formando: clínica médica ou as outras (cirurgia, ginecologia/obstetrícia e ortopedia);
4. Ano de residência: primeiro ou segundo e terceiro ano.

5.5 População estudada

Os residentes inscritos no programa de residência do Hospital Ipiranga. Em um total de 115 residentes, 90 responderam o questionário. No momento da pesquisa havia 17 residentes de ortopedia, 39 de clínica médica, 20 de cirurgia geral, 19 de ginecologia/obstetrícia, 2 de infectologia, 3 de endocrinologia, 2 de cirurgia plástica, 4 de cirurgia vascular, 4 de endoscopia, 2 de infectologia, 5 de urologia.

5.6 Como a escala P.R.U. foi usado na metodologia desta pesquisa

A escala do enfrentamento das incertezas relacionadas com o atendimento médico em diferentes especialidades é composta por quatro partes: estresse relacionado à incerteza (5 itens); preocupação com maus resultados (3 itens); relutância em revelar a incerteza para seu paciente (5 itens); relutância em falar para os outros médicos sobre seus erros (2 itens).

O residente terá a opção de responder cada questão de acordo com os seis itens da escala Likert (Likert, 1932): discorda completamente = 1, discorda moderadamente = 2, discorda parcialmente = 3, concorda parcialmente = 4, concorda moderadamente = 5, concorda completamente = 6. O residente deverá responder cada pergunta enumerando a resposta que acredite que mais se aproxima com sua percepção do enfrentamento das incertezas. A instrução de como responder este protocolo encontra-se detalhado no Anexo 2.

1- Escala do estresse relacionado à incerteza-5 itens (alfa Chrombach 0,86)

1. Usualmente fico ansioso quando não tenho certeza de um diagnóstico.
2. Acredito que a incerteza envolvendo o cuidado do paciente é desconcertante.
3. Não é fácil lidar com a incerteza no cuidado do paciente.
4. Estou bastante confortável com a incerteza no cuidado do paciente¹.
5. A incerteza no cuidado do paciente me traz problemas.

2- Preocupação com maus resultados-3 itens (alfa Chrombach 0,73)

1. Quando eu estou incerto sobre o diagnóstico eu imagino as piores coisas como paciente morrendo, processos, etc.
2. Tenho medo de ser responsabilizado devido a minha falta de conhecimento médico.
3. Eu me preocupo com má prática quando eu não sei o diagnóstico do paciente.

3- Relutância de revelar a incerteza para seu paciente-5 itens (alfa Chrombach 0,79)

1. Quando um médico não sabe o diagnóstico, ele deveria dividir isto com o paciente¹.
2. Eu sempre divido minhas incertezas com meus pacientes¹.
3. Se eu falar para meu paciente minhas incertezas ele vai perder a confiança em mim.
4. Dividir minhas dúvidas com meus pacientes melhora meu vínculo com ele¹.

¹ Este item é considerado pontuação inversa.

5. Eu prefiro que meu paciente não saiba quando eu não tenho certeza como tratá-lo.

**4- Relutância em falar para os outros médicos sobre meus erros- 2 itens
(alfa Chrombach 0,72)**

1. Eu quase nunca falo com outros médicos os diagnósticos que eu não fiz.
2. Eu nunca vou falar com outros médicos os erros que cometi com meus pacientes.

5.7 Regras para a aplicação e análise metodológica da escala PRU

- 1- Se uma das respostas não for dada a escala não é computada.
- 2- Quanto maior os pontos, maior a resposta á ansiedade, mais preocupação com maus resultados, maior relutância de revelar a incerteza para seu paciente e relutância em falar para os outros médicos sobre meus erros.
- 3- A maior diferença de pontos mensurável é de 5 a 30 para as escalas de ansiedade e relutância de revelar a incerteza para seu paciente, 3-18 para maus resultados e 2-12 em relutância em falar para os outros médicos sobre meus erros.

5.8 Análise estatística

Estudo do tipo descritivo, comparativo e transversal. Os residentes foram divididos em quatro grupos: gênero, idade, ano de residência e especialidade clínica ou outras. Os dados sócio demográficos e os escores de reação a incerteza e as sub escalas foram comparados entre esses quatro grupos usando os seguintes testes: ANOVA, Welch e Teste de Kruskall Wallis.

6. RESULTADOS

“Medicine is a Science of uncertainty and an Art of probability” *Willian Osler*

Em um total de 115 residentes, 90 (78,2%) participaram do estudo. Tivemos mais homens 52 (57,8%) do que mulheres 38 (42,2%), os menores de 26 anos 54 (60%) eram em maior número do que os ≥ 26 anos 36(40%), e os residentes de clínica eram em menor número 33 (36,7%) do que os residentes de ortopedia, cirurgia e ginecologia/obstetrícia 57 (63,3%). Os residentes do primeiro ano foram em 42 (46,7%) e os do segundo e terceiro ano foram 48 (53,3%) (Tabela 1).

Tabela 1- Características gerais dos 90 participantes da pesquisa

Grupos	Frequência (n/%)
Gênero	
Mulheres	38 (42,2%)
Homens	52 (57,8%)
Idade	
< 26 anos	54 (60%)
≥ 26 anos	36 (40%)
Especialidade	
Clínica médica	33 (36,7%)
Outras	57 (63,3%)
Ano de residência	
1 ano	42 (46,7%)
>1 ano	48 (53,3%)

Tabela 2- Desenho do P.R.U. total e componentes

Parâmetros	PRU Total	Ansiedade	Maus resultados	Falar pacientes	Falar Colegas
Média	52	19,8	11,8	16,1	4,38
Mediana	52	21	12	15	3
P25	42	16,7	9	10	2
P75	64,2	24,2	16	21,5	6
D.P	18	6	4,3	7,2	3,1
Assimetria	0	-0,6	-0,4	0,3	1,3
Curtose	-0,2	-0,1	-0,6	-0,9	0,6

A análise comparativa entre residentes mulheres e homens (Tabela 3), mostra que as mulheres apresentam uma resposta pior no enfrentamento da incerteza tanto na avaliação da escala global, quanto nas escalas que compõem o PRU: ansiedade, maus resultados, falar com os pacientes e colegas. Isto quer dizer que as mulheres residentes ficam mais ansiosas diante a incerteza clínica, ficam mais preocupadas com os maus resultados, tem dificuldade de falar sobre o que não sabem com os pacientes e colegas.

Tabela 3. Análise por gênero do P.R.U. total e componentes

	Média/Erro Padrão			
	ANOVA F(P)	WELCH (P)	Masculino	Feminino
PRU Total	16,2 (0,00)	15,749 (0,00)	46,2 ± 2,2	60,58 ± 2,8
Ansiedade	23,8 (0,00)	25,7 (0,00)	17,33 ± 0,87	23,37 ± 0,80
Maus resultados	6,9 (0,1)	7,431 (0,008)	10,88 ± 0,62	13,24 ± 0,59
Falar com os pacientes	8,6 (0,004)	7,9 (0,006)	14,31 ± 0,82	18,66 ± 1,30
Falar com os colegas	6,2 (0,014)	5,3 (0,025)	3,69 ± 0,30	5,32 ± 0,63

Os médicos residentes mais velhos (Tabela 4) apresentam maior capacidade de lidar com a incerteza gerada pela atuação clínica tanto na escala total do PRU, quanto na escala que o compõe. Assim os mais velhos reagem com menor grau de ansiedade quanto confrontam a incerteza clínica, tem menor preocupação com maus resultados gerados por estas incertezas e são mais capazes de falar com os pacientes e colegas quando não sabem o que fazer.

Tabela 4- Análise por idade do P.R.U. total e seus componentes

	ANOVA F(P)	WELCH (P)	MÉDIA/ERRO PADRÃO	
			<26 anos	>26 anos
PRU TOTAL	16,81 (0,00)	17,39 (0,00)	58,15 ± 2,3	43,4 ± 2,6
Ansiedade	14,65 (0,00)	12,94 (0,01)	21,87 ± 0,70	16,98 ± 1,19
Maus resultados	18,37 (0,00)	17,42 (0,00)	13,33 ± 0,50	9,69 ± 0,70
Falar com os pacientes	10,03 (0,00)	10,61 (0,02)	18,02 ± 0,98	13,33 ± 1,049
Falar com os colegas	4,30 (0,04)	5,48 (0,022)	4,93 ± 0,49	3,56 ± 0,30

Os médicos residentes mais experientes (Tabela 5) apresentam maior capacidade de lidar com a incerteza gerada pela atuação clínica tanto na escala total do PRU, quanto na escala que o compõe. Assim os mais experientes reagem com menor grau de ansiedade quanto confrontam a incerteza clínica, tem menor preocupação com maus resultados gerados por estas incertezas e são mais capazes de falar com os pacientes e colegas quando não sabem o que fazer.

Tabela 5- Análise por ano de residência do P.R.U. total e seus componentes

	MÉDIA/ERRO PADRÃO			
	ANOVA F(P)	WELCH(P)	1 ano	>1 ano
PRU TOTAL	18,15 (0,00)	18,153 (0,00)	60,21 ± 2,64	45,33 ± 2,30
Ansiedade	15,47 (0,00)	15,96 (0,00)	22,55 ± 0,80	17,54 ± 0,95
Maus resultados	11,76 (0,01)	11,77 (0,01)	13,45 ± 0,62	10,5 ± 0,59
Falar com os pacientes	12,3 (0,01)	12 (0,01)	18,83 ± 1,15	13,79 ± 0,88
Falar com os colegas	8,82 (0,00)	8,26 (0,00)	5,38 ± 0,57	3,50 ± 0,31

Na composição total da escala de enfrentamento da incerteza os residentes de clínica e os demais não mostraram reagir diferente (Tabela 6). Todos os residentes apresentam respostas sem diferença significativa junto ao P.R.U. total e junto aos componentes de preocupação dos maus resultados e a dificuldade de falar sobre o que não sabem com os pacientes e colegas. Os clínicos reagem com maior ansiedade quando enfrentam a incerteza clínica quando comparados com as outras especialidades.

Tabela 6- Análise por especialidade do P.R.U. total e seus componentes

	MÉDIA/ERRO PADRÃO			
	ANOVA F(P)	WELCH(P)	Clínica médica	Outras
PRU TOTAL	0,85 (0,35)	0,85 (0,35)	54,6 ± 3,1	50,9 ± ,3
Ansiedade	4,69 (0,03)	5,36 (0,02)	21,79 ± 0,93	18,77 ± 0,91
Maus resultados	0,25 (0,61)	0,25 (0,61)	12,18 ± 0,74	11,70 ± 0,57
Falar com os pacientes	0,19 (0,65)	0,18 (0,66)	15,70 ± 1,33	16,40 ± 0,92
Falar com os colegas	1,69 (0,19)	1,45 (0,23)	4,94 ± 0,64	4,05 ± 0,36

Comparando a escala da ansiedade criada pelo enfrentamento clínico todos os grupos mostram diferenças significativas (Tabela 7). Os mais novos perceberam-se mais ansiosos do que os mais velhos. Os residentes do segundo e terceiro ano menos ansiosos do que os do primeiro ano, as mulheres mais ansiosas do que os homens e os residentes clínicos com mais ansiedade do que os de outras especialidades (Tabela 7).

Analisando as escalas do enfrentamento da incerteza gerada pela preocupação com maus resultados e a relutância de falar sobre os erros para os pacientes, ambas mostraram uma diferença com relação a idade, ano de residência e gênero. Sendo os mais novos, as mulheres e os residentes do primeiro ano os com maior dificuldade de falar com os pacientes sobre seus erros e maior preocupação com maus resultados. Nenhuma diferença significativa existiu entre a comparação entre as especialidades (Tabela 7).

Comparando as escalas sobre a incerteza clínica gerada pela relutância em revelar erros para os colegas, nenhuma diferença pode ser vista em nenhum dos grupos: idade, ano de residência, gênero e especialidades (Tabela 7).

Tabela 7- Análise não paramétrica do P.R.U por gênero, idade especialidade e ano de residência

		Ano de residência		Idade		Gênero		Especialidade	
		Primeiro	> Primeiro	< 26 anos	≥ 26 anos	Homen	Mulher	Clínica médica	Outras
Total PRU									
	Média/ erro padrão	60,2 ± 2,6	45,3 ± 2,3	58,1 ± 2,3	43,4 ± 2,6	46,2 ± 2,2	60,5 ± 2,8	54,6 ± 3,1	50,9+/- 2,3
	Kruskal Wallis	<0,001		0,001		0,002		0,792	
Ansiedade									
	Média/ Erro padrão	22,±0,8	17,5 ± 0,9	21,8 ± 0,7	16,9 ± 1,1	17,3 ± 0,8	23,3 ± 0,8	21,7 ± 0,9	18,7+/- 0,9
	Kruskal Wallis	<0,001		0,001		<0,001		0,044	
Maus resultados									
	Média/ Erro padrão	13,4 ± 0,60	10,5 ± 0,5	13,3 ± 0,5	9,6 ± 0,7	10,8 ± 0,6	13,2 ± 0,5	12,1 ± 0,7	11,7 ± 0,5
	Kruskal Wallis	0,019		<0,001		0,001		0,753	
Falar com os pacientes									
	Média/ Erro padrão	18,8 ± 0,6	13,7± 0,8	18 ± 0,9	13,3 ± 1	14,3 ± 0,8	18,6 ± 1,3	15,7 ± 1,3	16,4 ± 0,9
	Kruskal Wallis	0,002		0,004		0,015		0,497	
Falar com os colegas									
	Média/ Erro padrão	5,3 ± 0,57	3,5 ± 0,31	4,9 ± 0,4	3,5 ± 0,3	3,6 ± 0,3	5,3 ± 0,6	4,9 ± 0,6	4 ± 0,3
	Kruskal Wallis	0,069		0,27		0,167		0,439	

Na Tabela 8 investigamos a correlação entre gênero, ano de residência e idade na resposta há incerteza gerada pelo enfrentamento clínico. Averiguamos a independência na análise das respostas dos grupos entre eles (gênero, idade, especialidade, e ano de residência).

As mulheres mais velhas têm maior capacidade de responder a incerteza quando comparadas as mais novas. Isto quer dizer que para as mulheres a idade é um fator determinante para a resposta das mulheres ao P.R.U. Não é o gênero que determina a qualidade da resposta e sim a idade e a menor experiência (Tabela 8).

Já com os homens não apresentam diferença no enfrentamento do da incerteza comparado pela idade e tempo de prática (Tabela 8).

As mulheres e os homens não apresentam diferenças significativas quando relacionadas à especialidade (Tabela 8).

Tabela 8. Correlação entre gênero, idade, especialidade e ano de residência

		Gênero		Ano de residência		Idade	
		Homens	Mulheres	1 ano	>1 ano	< 26 anos	≥26 anos
		Média (erro padrão)		Média (erro padrão)		Média (erro padrão)	
Idade							
	< 26 anos	51,38± 2,4	64,42± 3,51	62,68± 2,94	50,45± 3,25	-	-
	≥26 anos	41,03± 3,38	49,8± 2,80	49,75± 4,67	41,68± 3,06	-	-
	Kuskall Wallis	0,68	0,018	0,068	0,267	-	-
Gênero							
	Homens	-	-	51,47± 3,60	43,66± 2,69	51,38± 2,48	41,04±3,38
	Mulheres	-	-	66,16± 3,25	49,85± 4,38	64,43± 3,51	49,80± 2,80
	Kuskall Wallis	-	-	0,01	0,09	0,007	0,44
Ano de residência							
	1 ano	51,47± 3,60	66,16± 3,25	-	-	62,67± 2,94	49,75± 4,67
	>1 ano	43,65 (2,69)	49,85 (4,38)	-	-	50,45± 3,25	41,67± 3,06
	Kuskall Wallis	0,097	0,003	-	-	0,006	0,202
Especialidade							
	Clínica média	46,28± 3,69	60,74± 4,38	59,77± 4,10	44,27± 3,28	57,52± 4,18)	47,90±3,74
	Outras	46,18± 2,71	60,42± 3,83	60,70± 3,34	45,65± 2,84	58,61± 2,70	41,77±- 3,33
	Kuskall Wallis	0,65	0,86	0,69	0,52	0,66	0,51

7. DISCUSSÃO

A human being should be able to change a diaper, plan an invasion, butcher a hog, conn a ship, design a building, write a sonnet, balance accounts, build a wall, set a bone, comfort the dying, take orders, give orders, cooperate, act alone, solve equations, analyze a new problem, pitch manure, program a computer, cook a tasty meal, fight efficiently, die gallantly..... *Robert Heinlein*

7.1 Tempos de prática e a idade no enfrentamento da incerteza.

A literatura do assunto é inequívoca a afirmar que o menor tempo de prática está envolvido com um pior enfrentamento da incerteza clínica. Os médicos com mais de 17-31 anos de prática assim com os com mais de 31 anos de prática apresentam respostas significativamente menor ao estresse devido à incerteza comparada com os médicos com menos de nove anos de prática (Gerrity, 1990).

Os dados levantados por nós confirmam esta tendência. Na contagem total do P.R.U., os residentes do primeiro ano ponderam pior a incerteza do que os de segundo e terceiro ano. Confirmam esta afirmação análise de cada um dos subitens do P.R.U. Os menos experientes tiveram maior resposta na ansiedade ao lidar com a incerteza, uma maior preocupação com maus resultados, maior desconforto em revelar para seus pacientes as suas incertezas clínicas, e um maior desconforto em revelar suas incertezas clínicas para seus pares.

No caso do estudo em questão houve diferença da percepção da incerteza com a diferença de um ano de residência. Talvez esta diferença significativa de um ano esteja presente entre o primeiro e os demais anos e não entre os de segundo com os de terceiro, O primeiro ano pode ser percebido como um momento mais crítico do que os demais. Na literatura estas observações não estão possíveis devido ao hiato de tempo de prática

pesquisado seja maior (Fox, 1957; Light, 1979; Atkinson, 1984) e escassez (Gerrity, 1995) de estudos específicos com residentes. Outros estudos com residentes comparando os de segundo e terceiro anos sejam necessários para confirmar tal possibilidade.

De qualquer maneira, é no começo do exercer da medicina que a percepção quanto à incerteza clínica mereça uma atenção mais especial e aonde podemos diminuir esta percepção na medida do possível, visto que a experiência e anos de prática sejam essenciais. Muitos estudos mostram a implicação da não intervenção junto os médicos residentes (Ishak, 2009; Ludmerer, 2009; Nogueira, 2010; Tempski, 2010; Riesenber, 2014).

Outra pergunta que devemos no fazer é o como os médicos se adaptam ao enfrentamento da incerteza. Uma melhor resposta a incerteza que não seja pensada e refletida pode repercutir em outras variáveis de piora do exercício profissional (Swick, 2000; Borrel-Carrio, 2006). Um médico com mais tempo de prática pode ficar menos ansioso perante uma situação de incerteza clínica, mas isto não quer dizer necessariamente uma melhor atuação clínica. Ele pode não saber o que fazer com o paciente e não se importar com isto, diferente de um médico mais novo que ao não saber o que fazer, fica ansioso, preocupado. O novato é consciente da sua incapacidade e o mais velho, talvez inconsciente da sua incapacidade (Miller, 1956).

Na contagem total do P.R.U., os maiores do que 26 anos responderam melhor a incerteza comparada os menores. Nos estudos que seguiram a mesma metodologia do que a nosso estudo, não houve uma preocupação com a idade e sim com anos de prática já descrita anteriormente. Entretanto com o estudo em questão apresenta seu grupo de estudos na residência, a idade parece ser uma variável relevante (Souza, 2009) e por isto analisada neste estudo. Em outros países como os Estados Unidos os estudantes de

medicina são mais velhos assim com os residentes. Assim, o que não é preocupação em outros países, aqui pela rápida inserção do estudante no curso de medicina e a rápida progressão para a vida profissional a questão seja relevante. Temos médicos jovens com pouco tempo de prática propícios a um mau enfrentamento da incerteza e suas consequências.

7.2 A diferença de gênero e o enfrentamento da incerteza

As diferenças entre as qualidades pessoais entre homens e mulheres são amplamente discutidas assim como suas implicações. No entanto, Hyde (2005) e Spelke (2005) realizaram uma meta análise sobre o assunto e detectaram que existem muito mais semelhanças do que diferenças entre homens e mulheres.

A maioria das diferenças encontradas entre o sexo tem sido atribuída à aprendizagem social e a adaptação de modelos sociais. Por outro lado, estudos recentes de imagens cerebrais sugerem que algumas diferenças podem ser pré-programadas, ou seja, independe da influência do meio (Cahil, 2005; Singer et al., 2006).

Desde idade precoce já é possível identificar mudanças de comportamento social entre homens e mulheres. Por exemplo, meninas recém-nascidas mostram maior resposta aos estímulos auditivo e social assim como são capazes de manter um contato visual por períodos mais prolongados que os meninos (Hittelman; Dickens, 1979² apud Hojat, 2007). Outro dado interessante é que as meninas recém-nascidas também mostraram menos irritabilidade que os meninos (Moss, 1967³ apud Hojat, 2007).

² Hittelman JH, Dickes R. Sex differences in neonatal eye contact time. *Merril-Pamler Q.* 979;25:171-84.

³ Moss HA. Sex, age and state as determinants of mother-infant interaction. *Merril-Palmer Q.* 1967;13:19-36.

A pergunta que se faz é o porquê tanto em nossa análise quanto na literatura do assunto (Gerrity, 1990, 1992; Ogden, 2002; Hall, 2002) a pior resposta da mulher ao enfrentamento da incerteza se mantém?

Em estudo anterior (Gerrity, 1990) devido à amostra, mulheres no estudo desenvolvido tendiam a ser generalistas com pouco tempo de prática comparada com homens médicos, foi examinado a possibilidade do gênero, não ser independentemente associada com a resposta à incerteza. O Gênero feminino mostrava uma variável contínua independente de pior resposta ao enfrentamento da incerteza clínica. No nosso estudo, de maneira diferente as mulheres sofreram influência da sua pouca idade e menor experiência.

Uma das explicações para as mulheres responderem pior ao enfrentamento da incerteza clínica seja o imposto a pagar pela maior percepção emocional e afetiva a sua volta. Confirmando os achados de Hoffman (1977), um estudo realizado com alunos universitários mostrou que a dimensão afetiva da empatia das mulheres era superior que a dos homens, no entanto a mesma resposta não foi encontrada na dimensão cognitiva (Riggio et al., 1989). Apesar da vantagem das mulheres referente à sua capacidade empática principalmente da dimensão afetiva, existe uma maior vulnerabilidade emocional diante de situações estressantes. Ou seja, o impacto emocional nas mulheres costuma ser maior que nos homens quando diante de uma situação estressante (Barnett et al., 1987)

Charon et al. (1994) observou que as mulheres médicas atuavam como se estivessem alertas a preocupações emocionais e a vida diária do paciente, preocupações estas que muitas vezes tendem a ser silenciadas numa interação médica habitual, mas que possuem influência positiva sobre a empatia. Em estudos anteriores mostram maior estresse e elas diferem o estilo de prática clínica do que os homens (Bowman, 1980; Lloyd, 1981; Woodward, 1985; Spiegel, 1986; Young, 1987; Bickel, 1988).

7.3 A não diferença da percepção do enfrentamento da incerteza comparando a e de clínicas médica com as demais especialidades

Na contagem total do P.R.U. não houve diferença no enfrentamento da incerteza comparando a clínica médica com as outras especialidades. Na literatura não houve diferenças entre clínicos especialistas e cirurgiões e sim uma diferença dos dois grupos com os generalistas (Gerrity, 1990).

O que podemos avaliar é que todos os residentes avaliados na nossa pesquisa responderam pior do que os médicos nas pesquisas anteriores de mesma metodologia de Gerrity (1990, 1992, 1995) e Schneider (2007, 2014). Revelando assim uma preocupação global com todos os residentes independente da especialidade.

Mesmo que os residentes dos dois grupos comparados (clínicos e os outros) terem o mesmo tempo de formados e não terem de fato uma especialidade, podemos afirmar que escolha por uma determinada profissão e uma especialidade em particular pode sofrer influência de inúmeras variáveis que impliquem uma resposta ao enfrentamento da incerteza. Os fatores constitucionais, personalidade, experiências durante o curso médico, tendências sociais, modelos a seguir, fatores culturais e forças

do mercado (Reed et al., 2001; Sierles et al., 2004) podem influenciá-lo. Mesmo com as possíveis diferenças de fatores constitucionais a dificuldade no enfrentamento da incerteza parecer ser uma dinâmica a ser observados por residentes de todas as especialidades, independente de qual seja.

7.4 Possíveis métodos de intervenções

7.4.1 Ver um modelo de médico na prática enfrentando a incerteza em um cenário clínico real

Muitos são os desafios no campo da melhor percepção no enfrentamento da incerteza clínica. A preocupação sobre o tema é um passo importante, mesmo que não haja respostas claras a todas as perguntas e dúvidas até o momento.

Não é objetivo principal de este estudo avaliar os métodos de intervenção para melhorar ou preservar a resposta à incerteza clínica. No entanto, diante dos resultados obtidos, pontuaremos algumas possibilidades de intervenção encontradas na literatura e na filosofia que tem mostrado um impacto na melhora da atuação profissional e consequente resposta do enfrentamento da incerteza.

Não há dúvida que existe uma íntima relação entre as experiências de vida e o desenvolvimento em uma melhor resposta a incerteza clínica. Daí surge à importância do exemplo/modelo num cenário de aprendizado, onde estudantes e jovens médicos são inspirados pelas atitudes dos seus professores durante a prática com o paciente. Ver um professor reagindo há uma situação clínica de incerteza ajuda o colega mais novo a incorporar um modelo de atuação.

O modelo educacional onde os estudantes aprendem do professor enquanto este atua junto do paciente é um modelo clássico que se remonta às corporações de ofício da Idade Médica. O aprendiz junto do mestre, vendo fazer, fazendo junto com ele, em continua supervisão. Esse modelo, que os educadores de língua inglesa denominam “Tag-along” (como grudar-se e andar juntos!), permite que os estudantes incorporem atitudes e comportamentos na abordagem do paciente real e identificam questões úteis para o seu futuro profissional (Blasco et al., 2006c).

7.4.2 Conhecer a incerteza como fator intrínseco a prática clínica

Saber que a incerteza clínica faz parte da ação clínica é uma maneira de diminuir o impacto do problema do enfrentamento da incerteza. Alguns pesquisadores, médicos e pensadores sabem que a incerteza é parte essencial da ciência. A ciência é o tal porque possui a suficiente humildade para não aventurar-se a rotular toda e qualquer descoberta como uma verdade absoluta.

Bem advertia sobre este particular, Marañón (1954), quando afirmava que para o verdadeiro homem de ciência, a atualidade não é somente a meta do saber, mas uma mercadoria suspeita à qual não se pode dar confiança a não ser após atravessar uma rigorosa quarentena. Essa quarentena é necessária para que a verdade científica, que cresce como o trigo no meio do joio, seja consolidada com o tempo que, como o agricultor experiente, realiza a seleção adequada. Estas considerações nos ajudam a enfrentar com a serenidade devida, a questão da impaciência tecnológica. Mas, a população, de maneira geral, não conhece estes argumentos. O apelo da tecnologia é

sedutor. É com estas pessoas, que esperam todas as respostas das novas máquinas médicas, que temos que lidar.

Inneraty (2001) aborda a questão de como podemos estar preparados para receber o que vem do mundo externo independentemente do que seja.

Nossa atuação no mundo não é uma decisão soberana; parece-se a um compromisso entre o que nos vem dado e o que somos capazes de fazer com isso. O esquema típico de uma ética da hospitalidade se exprime na capacidade de dar conta das situações como damos conta na vida de tudo o que se apresenta inopinadamente, sejam pessoas ou acontecimentos (...). A prudência deve estar preparada para a surpresa, improvisar, quer dizer, não ser pura ação (Inneraty, 2001 p.24).

Navegar pela incerteza implica saber interagir com um mar agitado e com a embarcação de que dispomos. Pensar sobre qual é o papel do médico e agir adaptado ao contexto sem perder nosso rumo é a saída para podermos exercer uma medicina moderna e competente.

Ortega y Gasset (1988) aborda a mesma questão com outro enfoque:

Um naturalista francês, cujo nome não recordei, iniciou uma teoria para explicar o triunfo de alguns seres sobre outros e de algumas coisas sobre outras. Segundo ele, não alcança a vitória da luta pela existência o tipo mais adaptado sobre o meio, e sim, pelo contrário, o que possui energia suficiente para manter-se como é pelos meios que se modificam. De tal sorte, o desafio maravilhoso da luta pela existência viria a se transformar no desafio maravilhoso da luta pela consistência (p.21).

Newman (1976), apresentou as suas reflexões sobre um modelo de formação “Discourses on the Scope and Nature of the University Education” que forneça educação liberal. Entendendo por liberal o fato de que o conhecimento deve ser procurado como um fim em si mesmo. O ensino não deve ser em si mesma útil, mas sobre tudo assumir a forma da aquisição filosófica do conhecimento. Terceira, a educação não deve basear-se numa concepção de conhecimento ou de trabalho fragmentados, isto é, a universidade deve ensinar todo o conhecimento.

Newman (1996) defende o alargamento intelectual, na expansão da mente, com vista à formação do caráter e não se esgota numa articulação imediata e utilitarista ao

serviço do desenvolvimento nacional, ou empresarial. Num dos seus discursos sobre a formação universitária adverte: “*A universidade não tem como objetivo a formação moral ou técnica, não busca treinar a mente para a arte e o dever, sua função é compartilhar cultura intelectual*” (Newman, 1996, p.10). Enfatiza a importância do saber intelectual, evitando a especialização excessiva, que pode ser muito útil, mais não cumpre com os objetivos da educação universitária. “*Se um estudo se limita a um assunto, apesar da divisão de trabalho poder favorecer o progresso em um ponto particular, permanecera uma tendência de contrariar a mente*” (Newman, 1996, p.124).

Em outra parte dessa mesma obra encontramos uma afirmação que serve muito bem como resumo do seu pensamento:

O estudante se beneficia da tradição intelectual, que é indiferente de professores individuais em disciplinas escolhidas (...). Aprende as linhas do saber, os princípios estruturantes, as proporções em suas diversas partes, suas luzes e sombras, seus grandes e pequenos pontos (...). Por isto esta educação chama-se liberal. Se cria um hábito de formação da mente para toda a vida, cujas características são liberdade, sentido de justiça, serenidade, moderação e sabedoria. É o que me atrevo a chamar hábito filosófico. É o que considero o fruto da educação universitária, em contraste com todas as outras formas de educação. Este é o fim de toda relação da universidade com o aluno (Newman, 1996, p.125).

Platão (1970) comenta em Protágoras que a educação não se busca para exercer uma profissão, como faria um artesão; busca-se para formar um homem autônomo e livre. E aponta que quando a educação tem como objetivo o dinheiro, a forma física ou o resultado, o nome de Paidéia (pessoa completa) perde-se (Platão, 1999). Também Aristóteles, em Nicomáquea (Aristóteles, 2009), adverte que um fidalgo orienta sua cultura pelas coisas belas e infrutíferas. Cada vez que o saber se transforma em instrumentalização da profissão, religião ou ação moral degrada-se o instrumento de interesse e se perde a ideia que o conhecimento é um meio para alcançar algo mais elementar.

Em perspectiva histórica, o Ortega y Gasset (1999) assinala um contraste que é, na verdade, um paradoxo. Compara o peso que a cultura tem no processo educacional dos nossos dias – quase um elemento ornamental – com o que tinha no início da instituição universitária, há mais de oito séculos. Naquela época pouco havia de profissionalismo e a investigação se encontrava em estágios primitivos. Quase tudo o que se pretendia ensinar era justamente o que hoje denominamos “cultura geral”: filosofia, artes, religião, teologia. Mas para a universidade este corpo de conhecimentos nada tinha de “geral” no sentido estreito, e até reducionista, do termo. Era simplesmente cultura, entendendo-se por tal, o sistema de ideias sobre o mundo, sobre a vida, sobre o ser humano e a humanidade, que auxilia na postura que se deve adotar a cada momento para simplesmente viver e assumir as atitudes oportunas. A cultura era e continua sendo, na opinião deste autor, o conjunto de ideias a partir das quais se vive e que vêm a ser como o chão que suporta nossa existência.

7.5 Limitações do estudo

7.5.1 Instrumento utilizado

Independente do resultado obtido com os instrumentos utilizados, é importante ressaltar a possibilidade da ocorrência de um viés dos questionários de auto avaliação que é das respostas “socialmente corretas”. Os entrevistados podem manipular suas respostas em testes de personalidade e auto avaliação para produzir um resultado socialmente desejável. Edward (1957) foi o primeiro a estudar o “Fenômeno da desejabilidade social” onde o entrevistado de uma maneira inconsciente tende a

responder as questões não necessariamente como ele pensa, sente ou age, mas como é reconhecida como socialmente aceitável

Hojat et al. (2009) levanta essa preocupação ao mesmo tempo em que tentam minimizar esse viés explicando para os participantes do estudo que as respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa e aprovadas pelo Comitê de ética em Pesquisa da instituição. Essa garantia por si só pode reduzir a tendência para as respostas socialmente desejáveis, mas pode não ser suficiente.

Não foi analisado o comportamento real do residente, ou seja, a autenticidade da habilidade no lidar com a incerteza clínica. Estudos de observação poderiam avaliar melhor a correlação entre os escores obtidos e as reações reais ao enfrentamento na prática clínica, afinal, não estamos falando de “checklist” de ações.

7.5.2 Análise estatística

O estudo foi realizado numa única instituição (unicêntrico), o que prejudica a generalização dos resultados. Outra limitação referente ao desenho do estudo é a da avaliação transversal, o que impede a inferência de causalidade, mas permite o estudo de associações.

8. CONCLUSÃO

Nihil humanum alienum est a me – Terêncio

8.1 Um modo de conclusão: Como lidar com o que não sabemos, ou não esperamos?

Evidentemente, não é uma tarefa fácil. Quando pensávamos que com os avanços da ciência e tecnologia a necessidade de entender o ser humano e seu meio seria menor, visualizamos o engano paradoxal. Temos hoje uma necessidade de pensarmos no núcleo da ação médica e refletirmos em saídas adaptadas ao contexto atual. As incertezas inerentes da atualidade nos obrigam a nos centrarmos com mais habilidade em nós mesmos e nas questões essenciais que são sempre de caráter antropológico, humanístico.

O mundo passa por transformações e compreendê-lo é fundamental. O que não podemos fazer é ficar apenas contemplando-o sem buscar saídas para uma melhor prática harmônica com nossa vida como um todo. Os residentes com menos prática necessitam de ajuda para lidar com a incerteza. Fingir que o problema não existe nos levará a ter médicos novos com muitos problemas pessoais e profissionais e médicos mais experientes que ao passar por cima do problema do enfrentamento da incerteza levaram consigo problemas mais graves na sua prática clínica.

8.2 Evitando o “burnout”

No meio de tantas preocupações com a nova geração de novos colgas envolvidos com o “burnout” temos que encontrar saídas estruturadas apontadas por um grupo de canadenses (Jensen, 2008). Ao invés de se esgotar em discutir a tragédia dos males da medicina moderna temos que colocar ênfase nas respostas de apoio às novas gerações como:

1) Senso de contribuição: Devido às concepções “modernas” que todos na equipe de saúde são importantes e que os médicos de antigamente eram muito arrogantes e achavam que o mundo girava ao redor deles esquecemos, por tentar nos adaptar a este conceito correto, com somos importantes para as pessoas. Ortega comenta na sua conhecida obra “A Rebelião das Massas” (Ortega y Gasset, 1946) que a pessoa *snober* é a aquela que não tem nobreza, ou não entende ou percebe a sua tarefa na sociedade. O termo *snober* originou-se nas listas de vizinhos onde, após o nome, costumava colocar-se o título nobiliário. Para os cidadãos que careciam desse título, colocava-se *s.nob* (*sine nobilitate*) após o nome. Se não entendermos nosso papel médico, que é de alguma maneira nobre, nos perderemos na multidão. A expressão francesa “noblesse oblige” significa que com saúde, poder e prestígio vem a responsabilidade. A nobreza, neste sentido, não é ocupar um cargo sem merecimento. É sim uma maneira de fazer o trabalho, e gastar a vida, com o maior afinho possível. Numa das suas obras, Balzac (1835) escreve ao fazer uma recomendação para um jovem: “Tudo o que te falei pode ser resumido em uma palavra: noblesse oblige”.

2) Manter interesse na prática médica: Os mais jovens talvez tenham dificuldade em entender o que para os médicos Perde-se o interesse na prática médica: o emprego assume o protagonismo do trabalho, a vocação é deslocada. Adotar uma postura reflexiva no seu atuar, adotar um verdadeiro exercício filosófico da profissão independente de qual seja o seu foco de atuação como médico (Decourt, 2000) permite manter o interesse pela vida profissional.

3) A habilidade de aceitar a demanda profissional melhora com o tempo de prática:

As situações, antes inesperadas, agora são de fácil manejo depois de vê-las outras vezes. Porém é importante lembrar que a medicina é mais que uma profissão, é uma maneira de viver. Passar tempo conversando com família e pacientes, lidar com as circunstâncias fazem parte do jogo. Uma coisa é gostar da teoria da medicina e do cuidado, outra é lidar com as pessoas e suas demandas. Como bem adverte nosso literato mineiro – também médico, por sinal- pela boca do jagunço: “*Uma coisa é por ideias arranjadas, e outras e lidar com um país de pessoas de carne e sangue e mil e tantas misérias*” (Rosa, 2001, p.15). Quando a demanda profissional não era o que se esperava é preciso encontrar uma saída. Quem sabe até perguntar-se se não se escolheu a profissão equivocada.

4) Aceitar a limitação pessoal: A formação médica enaltece o estudante que estuda muito, sabe tudo e suporta qualquer dificuldade tanto emocional quanto física. Se o estudante não dorme três noites para preparar as provas, ou o residente trabalha ininterruptamente durante 48 horas de plantão, os colegas os enxergam como herói. Ter

a humildade de saber o que você consegue fazer ou não é um passo fundamental para não entrar em “burnout”.

5) Balanço e prioridade: Não é boa política querer fazer de tudo a toda hora. Os expertos recomendam estabelecer prioridades e segui-las. Temos que ter a habilidade de dizer não para o que não é importante e reconhecer o que realmente é urgente ou não (Covey, 2008). Ronald Epstein, médico pesquisador da Universidade de Rochester, desenvolveu uma teoria de como podemos aprimorar nossa concentração na consulta e não pensar em outras coisas enquanto estamos cuidando de nossos pacientes. Chamada em inglês de “mindfulness practice” (Epstein, 1999), esta metodologia permite atender e escutar o paciente com mais atenção, sem julgamento, observando o próprio processo, “esquecendo” o que acontece lá fora e mantendo o foco nos desejos dos pacientes. Aqui não se trata de uma subtração ou divisão de tarefas e sim de uma harmonia nas ações da vida. Thibon (2005), pensador francês, comenta sobre a diferença entre o que ele considera equilíbrio e harmonia (na verdade, este é o título de seu livro). O equilíbrio é a composição de forças contrárias, resultante de vetores que se anulam entre si. A harmonia é o perfeito encaixe das partes como um todo, de modo que colaborem para uma mesma finalidade. Citando Victor Hugo, comenta ainda: “*Por cima do equilíbrio está a harmonia, por cima da balança está a harpa*” (Blasco, 2006).

6) Cuidar de você mesmo: Para manter o corpo funcionando qual é o primeiro órgão que recebe sangue arterial quando sai do coração? É o próprio coração. O organismo nos ensina o que devemos fazer. Os expertos são claros: Gaste tempo com você, com sua família e amigos, pense sobre quem você é o que você quer (Bogdewic, 2002). Uma metáfora culinária sobre a falta de harmonia nas preocupações da vida é

descrita, com muito acerto, por Tamaro (1996). São conselhos de uma avó para a neta rebelde: *“Lembre-se que quando ensinava a preparar os crepes? Quando os vira no ar dizia-lhe, deve pensar em tudo menos no fato de eles terem que cair direto na frigideira. Se pensar demais no voo, pode ter certeza que cairão enroladas, ou irão estatelar direto no fogão. É engraçado, mas é justamente a distração que nos faz chegar ao centro, ao coração das coisas* (Tamaro, 1996, p.54).”.

7) Modelos de trabalho: Importantes sugestões surgem neste grupo de resultados. Primeiro, trabalhar em equipe faz bem (Bogdewic, 2000), permite compartilhar ideias e problemas. Segundo, ter um “staff”, grupo de pessoas que trabalham para ajudar a sua prática. Aqui estamos falando de profissionais da área de saúde e de outras áreas, como contador, administrador, secretária. Em terceiro lugar, utilizando esta estrutura, saber delegar. Em quarto lugar, os expertos apontam o uso da informática a seu serviço. Tudo que uma máquina possa fazer para resolver questões burocráticas e de controle, você não deve fazer.

8) Suporte familiar: Os expertos são unânimes em apontar a necessidade do suporte familiar para uma vida profissional plena: *“Talvez seja o mais importante aspecto da minha força profissional. Eu vivo bem na semana, pois tenho o suporte de minha esposa e meus filhos”* (Levites 2011, p.17).

Uma pequena fábula do grego Esopo (Sousa, 2002) exemplifica a fortaleza da família:

Um agricultor que tinha uma família briguenta chamou seus filhos e mostrou um feixe de gravetos. Depois desafiou seus filhos, um a um, para pegar o feixe de gravetos e quebrá-lo. Todos tentaram, mas em vão. Então, desamarrou os gravetos, deu-lhes um por um para quebrá-los. Eles quebraram com a maior facilidade. Então

disse o pai: “Assim meus filhos, sempre que vocês permaneçam unidos, vocês serão fortes, mas separados, vocês serão frágeis” (p.188).

8.3 Necessidade humanística para evitar o mau enfrentamento da incerteza e o exemplo do professor

A necessidade da leitura e discussão de aspectos sociológicos e filosóficos aplicados à ação do homem e especificamente dos médicos – o humanismo médico na versão moderna - são absolutamente necessários para a formação. As pesquisas de como nossos pares reagem à incerteza serão exemplo a seguir para melhorar nossa prática e navegar confiadamente pelos mares da incerteza, com o conforto de quem tem o rumo claro e definido.

O que podemos e devemos fazer é não deixar os colegas novatos sozinhos no lidar com o enfrentamento da incerteza clínica. O tema do exemplo no cenário educacional é uma possibilidade real, moduladora, contribuindo para a prevenção do seu enfrentamento da incerteza. O exemplo educa, da mesma forma que é capaz de deformar. Os estudantes e médicos jovens são inspirados – para o bem e para o mal – pelas atitudes que observam em seus professores e formadores. Atuar junto com o paciente, vendo como se faz, seguindo os passos do professor, permite incorporar atitudes e comportamentos que estruturam o estilo profissional futuro (Blasco et al., 2006).

8.4 O ensino médico não reducionista e liberal

Este estudo teve como motivação inicial a desistência, ou questionamento do estudante de medicina inicialmente entusiasmado com a prática do generalista humanista deste modelo. Entretanto, o que poderia explicar este fato, deve ser utilizado de maneira mais ampla por toda a formação médica.

Buscar novos caminhos, não como só com o fortalecimento do médico generalista humanista, mas também prepara um médico, independente da especialidade, capaz propor ao paciente falar sobre qualquer problema, sobre qualquer doença em qualquer momento da consulta e estar preparado para todo tipo de resposta (Blasco, 2009).

Um ensino médico que ofereça uma perspectiva não reducionista na abordagem do manejo, diagnóstico e tratamento. Uma maneira de pensar e diagnosticar ou não diagnosticar (Stephens, 1988).

A literatura e as artes em geral devem ser usadas como recurso de utilidade para ensinar aspectos particularmente difíceis, pouco concretos, embora fundamentais, no contexto educacional. Assim, abordar a competência e lidar com as limitações, empatia, tolerância e compaixão, ambigüidade e incerteza, são elementos com que o médico se defronta diariamente e que, por meio das artes, se tornam transparentes (Shapiro, 1998).

Em 1939 o próprio Flexner faz a seguinte reflexão:

Eu passei muitos anos defendendo que nossas escolas deveriam prestar mais atenção ao mundo no qual seus alunos estão destinados a viver. Agora me pergunto se esta corrente não assumiu força excessiva e se estamos deixando o espaço para uma vida se despojamos o mundo dessas coisas inúteis que lhe outorgam um significado espiritual. Quer dizer, se nosso conceito do útil não se tornou estreito demais (...). A maioria dos descobrimentos importantes da humanidade deve-se a pessoas que não se guiaram pelo afã da utilidade, mas pela curiosidade. Defendo a conveniência de abolir a palavra utilidade e liberar o espírito humano (Ordine, 2013, p.163).

Promover uma educação liberal onde os estudantes se beneficiam da tradição intelectual e aprendem as linhas do saber, os princípios estruturantes, as proporções em suas diversas partes, suas luzes e sombras, seus grandes e pequenos pontos, o certo e ou incerto (Newman, 1996).

9. ANEXOS

ANEXO 1. Table 1. The Revised Physicians' Reactions to Uncertainty Scales

STRESS FROM UNCERTAINTY

Anxiety Due to Uncertainty (5 Items, alpha 0.86)

- S1 I usually feel anxious when I am not sure of a diagnosis.
- S2 I find the uncertainty involved in patient care disconcerting.
- S3 Uncertainty in patient care makes me uneasy.
- S4 I am quite comfortable with the uncertainty in patient care.^a
- S5 The uncertainty of patient care often troubles me.

Concern about Bad Outcomes (3 Items, alpha 0.73)

- S6 When I am uncertain of a diagnosis, I imagine all sorts of bad scenarios - patient dies, patient sues, etc...
- S7 I fear being held accountable for the limits of my knowledge.
- S8 I worry about malpractice when I do not know a patient's diagnosis.

RELUCTANCE TO DISCLOSE UNCERTAINTY AND MISTAKES

Reluctance to Disclose Uncertainty to Patients (5 Items, alpha 0.79)

- D1 When physicians are uncertain of a diagnosis, they should share this information with their patients.^a
- D2 I always share my uncertainty with my patients.^a
- D3 If I shared all of my uncertainties with my patients, they would lose confidence in me.
- N4 Sharing my uncertainty improves my relationship with my patients.^a
- N5 I prefer patients not know when I am uncertain of what treatments to use.

Reluctance to Disclose Mistakes to Physicians (2 Items, alpha 0.72)

D6 I almost never tell other physicians about diagnoses I have missed.

D7 I never tell other physicians about patient care mistakes I have made.

Items are rated on a 6-point Likert scale: 1 = strongly disagree, 2 = moderately disagree, 3 = slightly disagree, 4 = slightly agree, 5 = moderately agree, 6 = strongly agree.

S = original Stress scale; D = original Disclosure scale; and N = new item written for the Disclosure scale. This notation corresponds to the notation used in Figures 1 and 2.

^a Items that are reverse scored.

Gerrity MS, White KP, DeVellis RF, Dittus. Physicians' reactions to uncertainty: refining the constructs and scales. *Motivation and Emotion*. 1995;19:175-91.

ANEXO 2. Protocolo de pesquisa sobre a caracterização do perfil de médicos residentes no enfrentamento das incertezas clínicas relacionadas com o atendimento médico.

Instruções para preencher o questionário:

Este questionário é para avaliar o enfrentamento das incertezas relacionadas com o atendimento médico. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza que respostas dar em uma questão, por favor, escolha entre as respostas a que ache mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira resposta.

Não se preocupe com a “resposta certa” porque ela não existe neste tipo de pesquisa. A escolha de qualquer uma das alternativas é apropriada. A única regra é que só uma resposta poderá ser assinalada para cada uma das 15 perguntas.

Exemplo: Quando um médico não sabe o diagnóstico, ele deveria dividir isto com o paciente.

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- (X) Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

Esta resposta indica que você concorda parcialmente do médico falar para seu paciente que ele não sabe o diagnóstico do mesmo.

Por favor, leia cada questão, e responda o que você acha e circule no número que indique a melhor resposta.

QUESTIONÁRIO

Gênero:

Feminino ()

Masculino ()

Idade:

Menor que 26 anos ()

26 anos ou mais ().

Ano de residência:

Primeiro ()

Segundo ()

Terceiro ()

Especialidade:

Clínica médica ()

Ginecologia/ Obstetrícia ()

Cirurgia ()

Ortopedia ()

1- Usualmente fico ansioso quando não tenho certeza de um diagnóstico.

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente
- 5- Concorda moderadamente
- 6- Concorda completamente

2- Acredito que a incerteza envolvendo o cuidado do paciente é desconcertante.

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

3- Não é fácil lidar com a incerteza no cuidado do paciente.

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.

- 4- Concorda parcialmente
- 5- Concorda moderadamente
- 6- Concorda completamente

4- Estou bastante satisfeito com a incerteza no cuidado do paciente.

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

5- A incerteza no cuidado do paciente me traz problemas

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

6. Quando eu estou incerto sobre o diagnóstico eu imagino as piores coisas como paciente morrendo, processos jurídicos e perda do registro médico.

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

7. Tenho medo de ser responsabilizado devido a minha falta de conhecimento médico

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

8. Eu me preocupo com má pratica quando eu não sei o diagnóstico do paciente

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

9. Quando um médico não sabe o diagnóstico, ele deveria dividir isto com o paciente

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

10. Eu sempre divido minhas incertezas com meus pacientes

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

11. Se eu falar para meu paciente minhas incertezas ele vai perder a confiança em mim.

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

12. Dividir minhas dúvidas com meus pacientes melhora meu vínculo com ele.

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

13. Eu prefiro que meu paciente não saiba quando eu não tenho certeza como tratá-lo.

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

14. Eu quase nunca falo com outros médicos os diagnósticos que eu não fiz.

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

15. Eu nunca vou falar com outros médicos os erros que cometi com meus pacientes

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

ANEXO 3: Termo de Consentimento Informado para a Pesquisa

Caracterização do perfil de médicos residentes do Hospital Ipiranga no enfrentamento das incertezas relacionadas com o atendimento médico

Meu nome é Marcelo Levites, médico, doutorando da Universidade de São Paulo, sob orientação do Prof. Dr. Paulo Lotufo. Estou realizando um estudo intitulado: **Caracterização do perfil de médicos residentes do Hospital Ipiranga no enfrentamento das incertezas relacionadas com o atendimento médico**. Para tanto estou solicitando para os residentes responderem este questionário. Ao participante do estudo será garantido o sigilo das informações, o anonimato, bem como a liberdade para retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, mesmo após ter assinado o termo, sem que isto traga prejuízos ao aluno. Após responder este questionário, caso desejar que os dados não sejam mais utilizados, poderá contatar o pesquisador, com a certeza da devolução do questionário e sua destruição.

O participante do estudo terá direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal.

Os resultados obtidos com o estudo serão divulgados em eventos e publicações científicas.

Os responsáveis pela residência, professores e diretores não terão acesso individual deste questionário.

Diante do exposto, eu _____, declaro que fui convenientemente esclarecido sobre o estudo a ser realizado por Marcelo Levites e consinto em participar.

A pesquisa terá a duração de 4 anos. Durante este período, caso necessite de informações adicionais ou decidir pela retirada do consentimento e que os dados não sejam mais utilizados, entrar em contato com o pesquisador responsável, Marcelo Levites pelo telefone 8929 8006/32853126.

(Este documento possui duas vias, uma ficará em posse do entrevistado e a outra será arquivada com o pesquisador).

São Paulo, ____ de ____ de ____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Professor Lineu Prestes 2565, Cidade Universitária, CEP 05508-000, São Paulo- SP. Telefone: 30919457.
E-mail: cep@hu.usp.br

10.REFERÊNCIAS

- Applegate, WB. Physician management of patients with adverse outcomes. *Arch Intern Med*. 1986;146:2249-52.
- Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. São Paulo: Edipro; 2009.
- Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physician of today. *Social Sci Med*. 2001;52(2):203-13.
- Atkinson P. Training for certainty. *Social Sci Med*. 1984;19:949-56.
- Authier J. Showing warmth and empathy. In: Hargie O, editor. *A handbook of communication skills*. London: Croom Helm; 1986. p.441-65.
- Balzac, H. *O lírio do Vale*. Paris: W. M Jackson Inc Edit; 1835.
- Barnett RC, Biener L, Baruch GK. *Gender and stress*. New York: Free Press; 1987.
- Beaton DE, Bombardier C, Guilhaemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-191.
- Benson J, Magrait K, Compassion fatigue and burnout: the role of Ballint groups. *Aust Fam Phys*. 2005;349(6):497-8.
- Beresford Eb. Uncertainty and the shaping of medical decisions. *Hasting Cent Rep*. 1991;21:6-11.
- Bickel J. Women in medicine: a status report. *N Engl J Med*. 1988;319:1579.
- Blasco, PG, Levites MR, Albini RR. O Valor dos recursos humanísticos na educação médica- literatura e cinema na formação dos estudantes de medicina. *Rev Videtur*. 1999. Disponível em: <http://sobramfa.com.br/pagina.php?p=artigos&a=31>.
- Blasco PG. Literature and movies for medical students. *Fam Med*. 2001;33(6):426-42.
- Blasco PG, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Azevedo NRS. *Accompanying family doctors: innovative learning model for brazilian medical students*. In: 34th Annual Spring Meeting of the STFM, 2001, Denver, Co.

Blasco, PG. Medicina de família: ciência e arte com metodologia acadêmica. *Rev Videtur*, São Paulo. 2003;22:31-40. Disponível em: www.hottopos.com/videtur22/pablo.

Blasco PG. Los cuatro pilares de la medicina de familia. *Arch Med Fam*. 2004;6(2):31-3.

Blasco PG, Rodnick JE. Family medicine in Brazil: establishing the specialty. *Fam Med*. 2005;37(9):668.

Blasco PG, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. Accompanying physicians in their family practice: a primary care model for medical students' learning in Brazil. *Fam Med*. 2006;38:619-621.

Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Aten Primaria*. 2006;38(4):225-9.

Blasco PG, Roncoletta ATF, Moreto G; Benedetto MAC; Levites MR, Janaudis MA. SOBRAMFA has promote family medicine in Brasil since 1992. *Med Educ*. 2008;42:113-5.

Blasco PG, Levites MR, Janaudis MA, Moreto G, Roncoletta ATF; Benedetto MAC; Pinheiro TR. Family medicine education in Brazil. *Acad Med*. 2008;83(7):684-90.

Blasco PG, Levites MR. Competencia y humanismo: la medicina familiar en busca de la excelência. *Arch Med Fam Gen*. 2009;6(2):1-9.

Blasco PG, Levites MR, Roncoletta AFT, Mônaco CF, Janaudis MAJ. *How STFM changed our lives: ten-year brazilian experience as possible inspiration for spreading family medicine abroad*. In: 42st STFM Annual Spring Conference, 2009, Denver.

Blasco PG, Levites MR, Pinheiro TRP, Benedetto MAC, Moreto G, Rego H. *A Brazilian model for family medicine residency*. In: 43rd STFM Annual Spring Conference, Vancouver, Canada; 2010.

Blasco, PG. Humanismo Médico: em busca de uma humanização sustentável da medicina. *Rev Bras Med*. 2011;68(ed. Esp. Oncologia):4-12.

Boelen C, Haq C, Hunt V. *Improving health systems: the contribution of family medicine - a guidebook*. Geneve: WHO/WONCA; 2002.

Bogdewic SP. The questioning machine. *Fam Med*. 2002;32(10):670-2.

- Bogdewic S. Practical idealism: a blueprint for caring. *Fam Med*. 2000;32:372-5.
- Borrel-Carrio F, Epstein RM, Alenta HP. Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. *Med Clin*. 2006;127(9):337-42.
- Bosk CL. Occupational rituals in patient management. *New Engl J Med*. 1980;303:71-6.
- Bovier PA, Perneger TV. Stress from uncertainty from graduation to retirement- a population-based study of Swiss physicians. *J Gen Intern Med*. 2007;22:632-8.
- Bowman NW, Gehlbach SH. Sex of physician as a determinat of psychosocial problem recognition. *J Fam Pract*. 1980;10:655.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: gestão participativa: co-gestão*. Brasília; 2004.
- Burdner S. Tolerance of ambiguity as a personality variable. *J Perspect Assess*. 1975;39:607.
- Bursztajn H, Feinbloom Ri, Hamm RM, Brodsky A. *Medical choices, medical chances: how patients, families, and physician can cope with uncertainty*. New York: Delacort; 1981.
- Cahil L. His brain, her brain. *Scientific Amer*. 2005;292:40-7.
- Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, et al. Confornting depression and suicide in physician: a consensus statement. *JAMA*. 2003;289(23): 3161-6.
- Charon R, Greene MG, Adelman R. Woman readers, woman doctors: a feminist reader-response theory of medicine. In: More ES, Milligan MA, editors. *The empathic practitioner: empathy, gender, and medicine*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1994. p.205-21.
- Costa WS. Humanização, relacionamento pessoal e ética. *Cad Pesq Admin*. 2004;11(1):17-21. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/v11n1art2.pdf>.
- Covey S. *Os sete hábitos das pessoas altamente eficazes*. São Paulo: Editora Best Seller; 2005.
- Cowen R. Performativity. Pots modernity and the university. *Comparative Educ*. 1996;32(2):245-58.

- Crookshank FG. The theory of diagnosis. *Lancet*. 1926;2:939.
- Curley SP, Young MJ, Yates JF. Characterizing physician perceptions of ambiguity. *Med Decis Making*. 1989;9:116.
- Damassio AR. *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
- Decourt LV. Willian Osler na intimidade do seu pensamento. *Rev Incor*. 2000.
- Deem R. Globalization, new managerialism, academic capitalism and entrepreneurialism in universities: is the local dimension important? *Comparative Educ*. 2001;1:7-20.
- Descartes R. *O discurso do método*. São Paulo: Escala; 2006.
- Eddy DM. Variations in physician practice: the role of uncertainty. *Health Aff*. 1984;3(2):74-89.
- Eddy DM, Billings J. The quality of medical evidence: implications for quality of care. *Health Aff*. 1988;7:19.
- Edwards AL. *The social desirability variable in personality assessment and research*. New York: Dryden; 1957.
- Epstein AM, Beigg CB, McNeil BJ. The effects of physicians' training and personality of test ordering for ambulatory patients. *Am J Public Health*. 1984;74:1271.
- Epstein R. Mindful practice. *JAMA*. 1999;282(9):833-9.
- Evans L, Trotter MA. Epistemology and uncertainty in primary care: an exploratory study. *Fam Med*. 2009;41(5):319-26.
- Farnan JM, Johnson JK, Meltzer DO, Humphrey HJ, Arora VM. Resident uncertainty in clinical question making and impact on patient care: a qualitative study. *Qual Saf Health Care*. 2008;17:122-216.
- Ferraz MB. Cross cultural adaptation of questionnaires: what is it and when should it be performed [editorial, comment]. *J Rheumatol*. 1997;24:2066-8.
- Fith'Cozen J, Moss F. Hours, sleep, teamwork and stress. Sleep and teamwork matters as much as hours in reducing doctor's stress. *BMJ*. 1998;317(7169):1335-6.

Flexner A. *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. New York: s.n.; 1910.

Flexner A. *Medical education: a comparative study*. New York: MacMillan; 1925.

Fox RC. Training for uncertainty. In: Merton R, Reader RC, Kendall P, editors. *The students-physician: introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge, Ma: Harvard University Press; 1957. p.207.

Fox RC. The evolution of medical uncertainty. *Milbank MQ*. 1980;58:1.

Fredenberg HJ. Staff burnout. *J Social Issues*. 1974;30(1):159-65.

Gerrity MS, Earp JAL, DeVellis RF. Physician's reactions to uncertainty in patient care. A new measures and new insights. *Med Care*. 1990;28(8):724-36.

Gerrity MS, Earp JAL, DeVellis RF, Light DW. Uncertainty and professional Work: Perceptions of physicians in clinical practice. *Am J Sociol*. 1992;97(4):1022-51.

Gerrity MS, White KP, DeVellis RF, Dittus RS. Physicians' reactions to uncertainty: refining the constructs and scales. *Motivation Emotion*. 1995;19(3):175-91.

Ghosh AK. On the challenges of using evidence-based information: the role of clinical uncertainty. *J Lab Clin Med*. 2004;144:60-4.

Goldberg R, Boss RW, Chan L, Goldgerg J, Mallon WK, Moradzadeh D, et al. Burnout and its correlates in emergency physician: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med*. 1996;(3912):1156-64.

Grant P. Physician job satisfaction in New Zealand versus the United Kingdom. *N Z Med J*. 2004;117(1204):U1123.

Green MI, Ruff TR. Why do residents fail to answer their clinical questions? A qualitative study of barriers to practicing evidence based medicine. *Acad Med*. 2005;80:176-82.

Guilhermin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993; 46: 1417-32.

Guimarães Rosa J. *Grande sertão: veredas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2001.

Gunderson L. Physician burnout. *Ann Intern Med*. 2001;135(2):145-8.

- Gutheil TG, Bursztajn H, Brodsky A. Malpractice prevention through the sharing of uncertainty. Informed consent and therapeutic alliance. *New Engl J Med*. 1984;311:49.
- Guyatt GH. The philosophy of health- related quality of life translation. *Qual Life Res* 1993;2:461-5.
- Hall KH. Reviewing intuitive decision-making and uncertainty: the implications for medical education. *Med Educ*. 2002;36:216-24.
- Hampton T. Experts address risk of physician suicide. *JAMA*. 2005;294(10):1189-91.
- Hannay DR. *The symptom iceberg: a study in community health*. London: Routledge and Kegan Paul; 1979.
- Harker B. Postmodernism and quality. *Higher Educ*. 1995;1:31-9.
- Hawton K, Clements A, Skaravicht C, Simkins S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and speciality in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Commun Health*. 2001;55(5):296-300.
- Hendricson WD, Russel IJ, Prihoda TJ, et al. Development and initial validation of dual-language English-Spanish format for the arthritis impact measurement scales. *Arthritis Rheum*. 1989;32:1153.
- Herdman M, Fox- Rushby J, Badia X. "Equivalence" and the translation and adaptation of health- related quality of life questionnaires. *Qual Life Res*. 1997;6:237-47.
- Hershey JC, Baron J. Clinical reasoning and cognitive processes. *Med Decis Making*. 1987;7:203.
- Hoffman ML. Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychol Bull*. 1977;84:712-22.
- Hogarth RM. *Judgement and choice: the psychology of decision*. New York: John Wiley; 1987. p.86.
- Hojat M. Empathy in patient care. Antecedents, development, measurement, and outcomes. New York: Springer; 2007.
- Hojat M, Gonnella J, Maxwell K. *Jefferson Scales of Empathy (JSE)*. Professional manual & user's guide. December 2009b.

Humboldt WV. Über die Innere und Aussere Organisation der Hoberren Wissenschaftlichen Ansalten. In: Anrich E, org. *Die idée der deutschen universitat*. Darmstadt; 1964.

Hyde JS. The gender similarities hypothesis. *Am Psychol*. 2005;60:581-92.

Inneraty D. Ética de la hospitalidad. Bracelona: Peninsula; 2001. p.24-7.

Ishak WW, Lederer S, Mandili C, et al. Burnout during residency training: a literature Review. *J Graduate Med Educ*. 2009;1(2):236-42.

Janaudis MA. Princípios da medicina de família: quatro pilares que definem sua identidade. *Mundo Saúde*, São Paulo. 2010;34(3):300-10.

Janaudis MA, Moreto G, Levites MR, Benedetto MAC, Roncoletta AFT, Pinheiro TRP, Blasco PG. SOBRAMFA - fostering family medicine education in Brazil. *Wonca News*. 2007:15-6.

Janaudis MA, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Leoto RF. *Princípios da medicina de família*. São Paulo: SOBRAMFA – Sociedade Brasileira de Medicina de Família; 2003.

Janaudis MA, Levites MR, Roncoletta AFT, Garcia DSO, Moreto G, Benedetto MAC, Pinheiro TR, Blasco PG. Academic family medicine in Brazil GP-Miles: the Brazilian approach to make medical students enthusiastic for Family Medicine and continuity of a learning process – one answer for the medical educational complexity model. *Primary Care*. 2009;9(15):280-1.

Jensen PM, Trollope-Kumar K, Waters H, Everson J. Bulding physician resilience. *Can Fam Phys*. 2008;54(5):722-9.

Johnson CG, Levenkron JC, suchman AL, Manchester R. Does physician uncertainty affects patient's satisfaction? *J Gen Intern Med*. 1988;3:144.

Kassier JP. Our stubborn quest for diagnostic certainty: a cause of excessive testing. *New Engl J Med*. 1989;320:1489-91.

Katz J. Why doctors don't disclosure uncertainty. *Hasting Cent Rep*. 1984;14:35.

Kay J. Traumatic deidealization and future of medicine. *JAMA*. 1990;263:572-3.

Kloetzel K. *Medicina ambulatorial: princípios básicos*. São Paulo: EPU; 1999.

- Kvale J, Berg L, Groff JY, Lange G. Factors associated with residents' attitudes toward dying patients. *Fam Med*. 1999;31:691-6.
- Langley C, Faulkner A, Watkins C, Gray S, Harvey I. Use of guidelines in primary care – practitioners' perspectives. *Fam Pract*. 1998;15:10.
- Lazarus RS. Stress and emotion: a new synthesis. New York: Springer; 1999.
- Levites MR, Janaudis MA, Moreto G, RoncolettaAFT, Albuquerque I, Blasco PG. Procurando a excelência na formação dos médicos de família: o programa fitness, uma experiência inovadora. *Arch Med Fam*. 2006;8:83-96.
- Levites MR, Pinheiro TRP, Benedetto MAC, Prats J, Rego H. *A Brazilian model for family medicine residence based in the Science of complexity*. In: 15th WONCA Europe Conference, Basel; 2009.
- Levites MR, Azevedo RS, Blasco PG. Construindo a motivação profissional na medicina de hoje: reflexões humanísticas para lidar a incerteza. *Rev Bras Med*. 2011;68:13-8.
- Levites MR, Blasco PG. A universidade brasileira e a formação humanística do estudante de Medicina. Uma leitura desde o pensamento de John Henry Newman. *RBM*. 2013;13(7 esp. Oncologia 2):9-13.
- Light D Jr. Uncertainty and control in professional training. *J Health Soc Behav*. 1979;20:310-22
- Linn LS, Yager J, Leake BD, et al. Difference in the numbers and costs of tests ordered by internist, family physicians and psychiatrists. *Inquiry*. 1984;22:226.
- Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol*. 1932;140:1-55.
- Lord RG, Kimoski RJ, Kanfer R, editors. *Emotions in the workplace: understanding the structure and role of emotions in organizational behavior*. San Francisco: Pfeiffer; 2002.
- Lloyd C, Gartell NK. Sex difference in medical students' mental health. *Am J Psychiatry*. 1981;138:1346.
- Ludmerer KM. Resident Burnout: working hours or working conditions? *J Graduate Med Educ*. 2009;1(2):169-71.
- Lusted LB. Uncertainty and indecision. *Med Decis Making*. 1985;4:397.

Magalhães AM. A identidade do ensino superior: a educação superior e a universidade. *Rev Lusofona Educ.* 2006;7:13-40.

McWhinney IR. The importance of being different. *Brit J Gen Pract.* 1996;46:433-6.

McWhinney IR. *A textbook of family medicine*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1997.

Magalhães AM. A identidade do ensino superior: a educação superior e a universidade. *Rev Lusofona Educ.* 2006;7:13-40.

Marañón G. *La medicina y nuestro tiempo*. Madrid: Espasa Calpe; 1954.

Miller GA. The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psychol Rev.* 1956;63(2):81-97.

Nassar Júnior AP, Monaco CF, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG. Como aprimorar a busca da informação - a evidência que realmente importa orientada para o paciente. *Diagn Trat.* 2004;9(2):64-7.

Nevalainen MK, et al. Facing uncertainty as a medical student - a qualitative study of their reflective learning diaries and writings on specific themes during the first clinical year. *Patient Educ Couns.* 2009.

Newman JH. *The idea of a university*. Oxford: Oxford University Press; 1976.

Newman JH. *Discursos sobre le fin y la naturaleza de la educación universitária*. Navarra: Eunsa; 1996.

Nightingale SD. Risk preference and laboratory test selection. *J Gen Intern Med.* 1997;2:25.

Nightingale SD. Risk preference and admitting rates of emergency room physician. *Med Care.* 1988;26:84.

Nogueira-Martins LA. Qualidade de vida dos médicos residentes: revisão de estudos brasileiros. *Cad ABEM.* 2010;6:12-8.

Ogden J, Fuks K, Gardner M, Johnson S, McLean M, Martin P, et al. Doctors expressions of uncertainty and patient confidence. *Patient Educ Couns.* 2002;48:171-6.

Ordine N. *La utilidade de lo inútil. Manifesto*. Barcelona: Acantilado; 2013.

Orellana-Peña CM. Médicos humanistas. *Persona Bioética.* 2014;18(1):57-69.

- Ortega y Gasset J. *La rebelion de las masas*. Espanha: Editora Spasa; 1946.
- Ortega y Gasset J. *Notas de andar y ver*. Revista de Occidente. Madrid: Alianza Editorial; 1988. p.21.
- Pessoa F. *Obra poética*. Rio de Janeiro. Organização, introdução e notas de Maria Alhiete Galhoz. Rio de janeiro: Nova Aguilar; 1978.
- Peterson DK, Pitz GF. Confidence, uncertainty, and the use of information. *J Exp Psychol*. 1988;14:85-92.
- Platão. *Protágoras in diálogos*. Trad. Carlos Alberto Nunes. São Paulo: Melhoramentos; 1970. p.227, 309c.
- Platão. *As leis*. São Paulo: Edipro; 1999. p.67.
- Politi MC, Légaré F. Physicians' reactions to uncertainty in the context of shared decision making. *Patient Educ Couns*. 2010;80(2):155-7.
- Reed VA, Jernstedt C, Reber ES. Understanding and improving medical student specialty choice: synthesis of the literature using decision theory as a referent. *Teach Learn Med*. 2001;13:117-29.
- Reginato V, Benedetto MAC, Blasco PG, Gallian DMC. Humanismo: pré-requisito ou aprendizado para ser médico. *RBM Rev Bras Med*. 2013;70:10-5.
- Reiser SJ. *Medicine and the reign of technology*. New York: Cambridge University Press; 1978.
- Riesenberg LA, Berg K, Berg D, et al. Resident and attending physician perceptions of maladaptive response to stress in residents. *Med Educ Online*. 2014;19:25041.
- Riggio RE, Tucher J, Coffaro D. Social skills and empathy. *Personal Individual Differences*. 1989;10:93-9.
- Roncoletta A, Levites M, Monaco C. Impacto das novas competências do médico de família: coordenação de cuidados no hospital e gerenciamento de pacientes crônicos no domicílio. *Mundo Saúde*. 2009;33(1):108-13.
- Roncoletta AFT, Blasco PG, Janaudis MAJ, Mônaco CF. *The MF2 Program: Exposing Students to the real life of family doctors through a family medicine mini-fellowship*. In: The Network TUHF – Towards Unity for Health, 2008. Adapting Health Services

and Health Professions Education to Local. Needs: Partnerships, Priorities and Passions; 2008.

SAS Institute. *Statistical analysis system user's guide: statistic*, version 5.0. Cary, N.C: SAS Institute; 1985.

Schneider A, Szecsenyi J, Barie S, Joest K, Rosemann validation and cultural adaptation of a German version of the physicians' reactions to Uncertainty scales. *BMC Health. 2007;Serv Res 7*:81.

Schneider A, Wubken M, Linde K, Buhner M. Communicating and dealing with uncertainty in general practice: the association with neuroticism. *Plos One. 2014;9(7)*:1-7.

Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physician. *Am J Med. 2003;114(6)*:513-9.

Shapiro J. Literature and the arts in medical education. *Fam Med. 2000;32(3)*:157-8.

Shaughnessy AF, Slawson DC, Becker L. Clinical jazz: harmonizing clinical experience and evidence based medicine. *J Fam Pract. 1998;47(6)*:425.

Sierles FS, Vergare M, Hojat M, Gonnella JS. Academic performance of psychiatrists compared other specialists before, during and after medical school. *Am J Psychiatry. 2004;161*:1477-82.

Silver HK, Glick AD. Medical student abuse: incidence, severity, and significance. *JAMA. 1990;263*:527-32.

Singer T, Seymour B, O'Doherty J, Stephan KE, Dolan RJ, Frith C. Empathic neural responses are modulated by the perceived fairness of other. *Nature. 2006;439(7075)*:466-9.

Sousa MA. *As fábulas de Esopo*. Rio de Janeiro: Thex Ed; 2002.

Souza EN, Gianini RJ, Azevedo Neto RS, Eluf Neto J. Perfil do médico residente atendido pelo grupo de assistência psicológica ao aluno (GRAPAL) da Faculdade de Medicina de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras. 2009;55(6)*:684-91.

Spelke ES. Sex differences in intrinsic aptitude for mathematics and Science? A critical review. *Am Psychol. 2005;60*:950-8.

- Spiegel DA, Smolen RC, Jonas CK. Na examination the relationship of relationship among interpersonal stress, morale and academic performance in male and female medical students. *Soc Sci Med*. 1986;23:1157.
- Stange K, Miller WL, McWhinney I. Developing the knowledge base of family practice. *Fam Med*. 2000;33(4):286-97.
- Starfield B. Threads and yarns: weaving the tapestry of comorbidity. *Ann Fam Med*. 2006;524:101-3.
- Stephens G. *The intellectual basis of family practice*. Kansas: Winter Publishing Company; 1988.
- Stewart M, et al. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. California: Sage Publications; 1995.
- Sullivan P, Buske L. Results from CMA'S huge 1998 physician survey point to a dispirited profession. *CMAJ*. 1998;15995:525-8.
- Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med*. 2000;75(6):612-6.
- Thibon G. *Una mirada ciega hacia la luz*. Barcelona: Belacqua; 2005.
- Timmermans S, Angell A. Evidence-based medicine, clinical uncertainty, and learning to doctor. *J Health Soc Behav*. 2001;42:342-59.
- Valente RR, Júnior APN, Levites MR, Blasco PG. Medicina de família: um corpo próprio de conhecimento. *Diagn Trat*. 2004;9(2):61-3.
- Verbrugge LM, Ascione FJ. Exploring the iceberg – common symptoms and how people care for them. *Med Care*. 1987;25(6):539-64.
- Wagner AK, Gandek B, Aarosan NK, et al. Cross- cultural comparisons of the content of SF-36 translation across 10 countries: results from the IQOLA Project. International Quality of life Assessment. *J Clin Epidemiol*. 1998;51:925-32.
- Wennberg JE, Barnes BA, Zubkoff M. Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. *Soc Sci Med*. 1982;16:811.
- Woodward CA, Adams O. Physician resource data bank: numbers, distribution and activities of Canada's physicians. *Can Med Assoc J*. 1985;132:1175.

Yeats WB. *The collected poems of W.B Yeats*. Scriber paperback poetry Simon and Shuster. New York; 1996.

Young EH. Relationship of resident's emotional problems, coping behavior and gender. *J Med Educ*. 1987;62:642.