

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina

Alexandre Sizilio

Características associadas à postura centrada no paciente em
egressos do curso de medicina

São Paulo
2021

Alexandre Sizilio

Características associadas à postura centrada no paciente em egressos do curso de medicina

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. Milton de Arruda Martins

São Paulo

2021

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 13 de outubro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Sizilio, Alexandre

Características associadas à postura centrada no
paciente em egressos do curso de medicina /
Alexandre Sizilio. -- São Paulo, 2021.

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

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

Orientador: Milton de Arruda Martins.

Descritores: 1.Assistência centrada no paciente
2.Educação médica 3.Grupo social 4.Especialidades
médicas 5.Gênero 6.Felicidade

USP/FM/DBD-326/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Sumário

- Agradecimentos	pág. 3
- Lista de figuras e tabelas.....	pág. 4
- Resumo.....	pág. 5
- Introdução.....	pág. 7
- O ensino e a aprendizagem da comunicação médico-paciente.....	pág. 11
- Empatia e profissionalismo.....	pág.13
- Formação médica e medicina centrada no paciente.....	pág. 16
- Instrumentos para a avaliação do cuidado centrado no paciente.....	pág. 20
- Objetivos.....	pág. 29
- Metodologia.....	pág. 30
- Resultados.....	pág. 36
- Discussão.....	pág. 61
- Conclusões.....	pág. 83
- Bibliografia.....	pág. 85
- Anexos.....	pág. 92

Sem os bárbaros o que será de nós?

Ah! Eram eles a solução.

(Konstantinos Kaváfis - Poemas)

Agradecimentos

Aos meus orientadores Prof. Dr. Milton de Arruda Martins e Profa. Dra. Patrícia Zen Tempiski pela orientação precisa e amorosa e pela acolhida da amizade;

Aos queridos companheiros da pós-graduação do Cedem, Adriana Rabelo, Angélica Manfroi, Carlos Campos, Carla Motta, Gabriela Leite, Letícia Cabrini, Leandro Raider, Marcela Oliveira, Melissa Muramoto, Pamela Costela e Renata Paluello pela companhia na caminhada;

À Renata Kobayasi Zelada por me guiar no mundo da estatística;

À Rosana Reis pelo carinho e presteza em ajudar com a burocracia;

À Alessandra Silva Sizilio pela ajuda inestimável na diagramação;

À Fernanda Arantes pelo acolhimento no CEDEM desde o primeiro momento;

Às minhas queridas amigas Patricia Sampaio Chueiri e Mariana Maleronka Ferron pela amizade e paciência;

Aos queridos alunos da 7ª etapa A da Faculdade de Medicina da UNICID (Alexandre Bastazini, Camila Anete, Daniela, Gabriela, Gabriel Lucano, Giovana, Henrique, Leandro Antunes, Nadyme Boueri, Ricardo Romão, Victória Albero, Victor Fornel) pela ajuda na coleta;

Ao Fábio Cesar Alves por todo o amor e suporte dos últimos 20 anos.

Lista de tabelas e figuras:

Figura 1: Perdas amostrais

Tabela 1 - Dados sociodemográficos

Tabela 2 – Análise da escala de orientação médico paciente em relação às variáveis sociodemográficas

Tabela 3: Análise da escala de orientação médico paciente por especialidade

Tabela 4: Análise da escala de orientação médico paciente por grandes áreas

Tabela 5: Análise da escala de orientação médico paciente no sexo masculino por especialidade

Tabela 6: Análise da escala de orientação médico paciente no sexo feminino por especialidades

Tabela 7: Análise da escala de orientação médico paciente entre os sexos nas áreas clínicas

Tabela 8: Análise da escala de orientação médico paciente entre os sexos nas áreas cirúrgicas

Tabela 9: Análise por itens da escala de orientação médico paciente por sexo (concordância da afirmativa)

Tabela 10: Análise por itens da escala de orientação médico paciente por especialidades (concordância da afirmativa)

Tabela 11: Análise das subescalas da escala de orientação médico paciente por sexo

Tabela 12: Análise das subescalas da escala de orientação médico paciente por grandes áreas

Tabela 13: Análise das frequências de respostas sobre a percepção de felicidade e satisfação com a vida

Tabela 14: Análise da escala de orientação médico paciente e respostas sobre a percepção de felicidade

Resumo

O cuidado centrado no paciente se mostra hoje como uma dimensão fundamental no cuidado em saúde e um dos requisitos para a formação de um médico de excelência. O presente trabalho se propõe a analisar os fatores associados ao cuidado centrado no paciente em uma amostra de egressos de medicina no ano de 2020. A coleta de dados foi realizada na matrícula dos programas de residência de acesso direto de um grande hospital da cidade de São Paulo, Brasil (o hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo). Do universo de 199 matriculados, 145 indivíduos responderam a pesquisa que constava de um questionário sociodemográfico e um questionário para a mensuração da orientação médico paciente, a Escala de Orientação Médico Paciente (EOMP). Os resultados apontam para uma tendência de cuidado centrado no paciente em indivíduos do gênero feminino, apesar de médias absolutas da EOMP centradas no médico e uma tendência de cuidado centrado no médico em indivíduos que optaram por carreiras cirúrgicas. As variáveis religiosidade e percepção de felicidade não mostraram associação com o cuidado centrado no paciente. Em vista dos resultados discute-se a hipótese de que a carreira médica ainda não apresente espaços seguros e role models para a representação feminina e que o cuidado centrado no médico dos indivíduos que optaram pelas carreiras cirúrgicas faça parte de um *habitus* do grupo social dos cirurgiões que tem raízes na construção histórica da Faculdade de Medicina atual.

Palavras-chave: Cuidado centrado no paciente, educação médica, grupo social, especialidades médicas, gênero.

Abstract

Patient-centered care is shown today as a fundamental dimension in health care and one of the requirements for training a doctor. This study aims to analyze the factors associated with patient-centered care in a sample of medical graduates in 2020. Data collection was performed on enrollment in direct access residency programs at a large hospital in the city of São Paulo, Brazil (the Hospital of the Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo). From the universe of 199 enrolled, 145 individuals responded to a survey that consisted of a sociodemographic questionnaire and a questionnaire for measuring patient-physician guidance, the Patient-practitioner orientation scale (PPOS). The results point to a trend toward patient-centered care in females, despite absolute physician-centered PPOS means and a trend toward physician-centered care in individuals who have opted for surgical careers. The variables religiosity and perception of happiness showed no association with patient-centered care. In view of the results, the hypothesis is discussed that the medical career does not yet present safe spaces and role models for female representation and that the physician-centered care of individuals who opted for surgical careers is part of a *habitus* of the surgeons' social group which has roots in the historical construction of the current Faculty of Medicine.

Keywords: Patient-centered care, medical education, social group, medical specialties, gender.

1. Introdução

O cuidado centrado no paciente é um dos conceitos mais discutidos dos últimos 30 anos no que se refere ao cuidado em saúde e qualidade da relação médico-paciente¹. Vários termos têm sido usados para descrever essa forma de cuidado, que é tida hoje como um aspecto central na qualidade do cuidado em saúde, como medicina centrada no paciente e comunicação centrada no paciente².

Apesar do interesse atual por uma medicina que tem como preocupação central o paciente, essa não é uma preocupação inédita na história da educação médica. Durante a revolução francesa, quando da fundação das escolas de medicina como as conhecemos hoje Jean-Joseph Menuret de Chambaud, médico e enciclopedista francês do século XVIII, fala da importância para o estudante de medicina em aprender a prática nos hospitais auxiliando os pacientes, e não apenas na aula teórica, como se advogava no momento. Menuret afirmava que somente por meio do contato com os pacientes nos hospitais de Paris o estudante desenvolveria “o desejo de levar alívio e consolo” para eles³. No final do século XIX, nos Estados Unidos da América, o médico Willian Osler ensinava seus alunos que a medicina se aprendia nas enfermarias, à beira do leito do paciente, mesmo com as modernas tecnologias para o diagnóstico que já começavam a surgir na época⁴.

Ao mesmo tempo no fim do século XIX foi se consolidando um método clínico dito ontológico, no qual a “doença é uma ocorrência localizada no corpo, que pode ser separada conceitualmente da pessoa doente.” Com o desenvolvimento das novas tecnologias na medicina, esse foi o método que mais obteve sucesso na primeira metade do século XX e que só veio a ser questionado no final dos anos 1960⁵.

A medicina dita biomédica foi o modelo predominante até a década de 60 quando alguns autores apontaram um início de esgotamento dessa forma de medicina, com grande desgaste nas relações entre os médicos e seus pacientes e piores resultados práticos nos desfechos de algumas doenças. Inicia-se uma preocupação para que o médico veja o seu paciente não apenas como um doente, mas como uma pessoa. O termo “medicina centrada no paciente” foi primeiramente usado pelo psicanalista húngaro Michel Balint, em 1969, como uma forma de entender o paciente como um ser humano único, opondo-se ao modelo de medicina “centrado na doença”. Segundo o autor a medicina centrada no paciente seria uma

forma de “entender as pistas dadas pelo paciente e os sintomas e sinais encontrados pelo médico não apenas nos termos do seu adoecimento, mas também como expressão de um indivíduo único, seus problemas e seus conflitos”.⁶

Nos anos de 1970 Ian McWhiney, médico e professor inglês, também se debruçou sobre a temática da relação médico-paciente. Esse autor nos apresenta uma análise crítica do desenvolvimento da medicina no último século. O final do século XIX e as três primeiras décadas do século XX são momentos de grande avanço para a ciência e principalmente para a indústria. A descoberta das vacinas, os antibióticos, os diagnósticos por imagens, a cirurgia cardíaca, entre outros levaram a técnica médica a um patamar nunca imaginado no século precedente. Fica em segundo plano nesse contexto a dimensão filosófica e humana do cuidado médico. Todo o desenvolvimento da medicina, os novos medicamentos e tratamentos e o uso da tecnologia para a cura das doenças poderiam levar a uma sensação de que o médico moderno não se preocuparia com o fator mais importante, a pessoa doente⁵.

Balint ainda alerta para a fadiga do método clínico ocidental e propõe uma reforma, a medicina centrada no paciente⁷.

Também na década de 1970, George Engel propõe um modelo de método clínico que utiliza de forma integrada dados biológicos, psicológicos e sociais do paciente, chamado de modelo biopsicossocial. Para Engel um dos problemas para a perda de eficácia do método clínico tradicional é a dificuldade de comunicação entre o médico e o paciente. Ele propõe então um modelo científico que procura valorizar as dimensões que faltavam no modelo biomédico⁸.

Outros autores como Illich⁹, e, no Brasil, Caprara e Franco¹⁰, Camargo-Júnior¹¹, Caprara e Rodrigues¹², também estudaram e propuseram críticas ao modelo biomédico, muitas vezes o comparando-o a uma má medicina ou a uma medicina deficitária, mas principalmente alertando que o método seria uma forma de produção de um trabalho médico arrogante e controlador não dando espaço para a autonomia do paciente.

Ainda na década de 1970, Marc Lalonde, então Ministro Nacional da Saúde do Canadá, publica um relatório para a melhoria do serviço de saúde canadense, no qual conclui que a doença tem múltiplos fatores causais entre eles fatores sociais e riscos “auto-impostos” pelos próprios pacientes, que devem ser conhecidos e

enfrentados pelos médicos para realizar um cuidado em saúde de excelência. Esse modelo da multicausalidade das doenças também contribuiu para uma visão integral da saúde e o retorno do paciente ao centro da atenção do cuidado médico¹³.

Na década de 1980, um grupo de pesquisadores de Universidades dos EUA, Canadá e África do Sul (entre eles McWhiney) se reuniu na cidade de Toronto no Canadá para discutir o que se sabia naquele momento sobre a comunicação entre médicos e pacientes e o que poderia ser feito para melhorar essa situação. Os autores relacionam a insatisfação do público com os profissionais médicos, em grande medida, às deficiências na comunicação entre essas duas partes. A conclusão desse painel de especialistas foi que, até aquele momento, havia se comprovado que o problema com a comunicação médico-paciente era extremamente comum e que o ensino de ferramentas clínicas que melhorassem esse panorama deveria ser urgentemente incorporado aos currículos escolares das faculdades de medicina em todo o mundo.¹⁴

Moira Stewart e Ian McWhiney, que participaram desse encontro em Toronto, dão forma no final dos anos 1980 a um método clínico estruturado para sistematizar a aplicação e o ensino de uma forma de relação médico-paciente menos biomédica e mais centrada nas necessidades do paciente. A esse método deram o nome de método clínico centrado no paciente. Tal método, segundo a revisão feita pelos autores em 2016, baseia-se na integração de quatro componentes principais: explorar saúde, doença e experiência do adoecimento, entender a pessoa por inteiro, buscar objetivos comuns e, por último, reforçar a relação médico-paciente. Explorar a experiência do adoecimento significaria explorar não só a doença em si que o paciente apresenta no momento, mas tudo o que se refere a ela na vida desse paciente, medos, crenças, pensamentos. O foco, nesse caso, sairia do corpo como objeto do cuidado e seria transferido para a pessoa que passa pela experiência da doença. O segundo componente, entender a pessoa por inteiro, pode ser dividido em duas partes: entender o indivíduo singularmente e sua relação com a família e entender o contexto no qual vive esse paciente (trabalho, relações sociais, fatores culturais etc). O planejamento de objetivos comuns só poderá ser realizado com sucesso se o médico houver explorado os dois primeiros componentes; o médico nesse momento assume a posição de orientador do cuidado do paciente, e isso só poderá ser executado com êxito se houver acordo entre as partes. O respeito ao medo e às crenças do paciente se torna, nesse momento, fundamental. O quarto componente, talvez o mais subjetivo de todos, requer que o médico use de empatia

para se aproximar e cultivar uma relação com seu paciente que vá além da prescrição de medicamentos. Esse componente depende do envolvimento do profissional com a experiência do adoecimento e com o ciclo de vida do paciente¹⁵.

Apesar da divisão dos componentes melhorar o entendimento do método (muito bem-vindo quando falarmos em como ensinar um método clínico contra hegemônico), a própria autora nos alerta de que essa separação do método em componentes não é exequível na prática, já que a experiência do paciente com a sua doença e com a consulta médica não é divisível¹⁶.

No Brasil Lilia Blima Schraiber no seu livro “O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança” alerta para a crise dos vínculos de confiança na interação entre médicos e pacientes ocorrida ao longo do século XX, crise que expressa a exacerbação do técnico e a redução do humano, apesar dessas duas dimensões serem consubstanciais uma à outra. Também observa que o ato médico detém em si uma natureza moral e ética. A ética envolve o julgamento e escolha, assim como a moral define valores (no caso da Medicina, valores relativos ao bem viver dentro do que social e culturalmente se considera como saúde e vida) que entrarão em jogo no raciocínio técnico sobre a situação clínica¹⁷.

A crescente dificuldade da comunicação entre o médico e o seu paciente talvez possa ser traduzida nessa crise dos vínculos de confiança que chama atenção de Schraiber. A descrença no médico provém de uma descrença nas instituições de uma maneira geral, que retira do médico o crédito que antes lhe dava a profissão; e, em parte, pela forma com que o médico age e se comunica com seu paciente, seja por meio de atos ou palavras. Segundo a autora há um aprendizado ao longo do curso de Medicina de um linguajar comum e formal da prática médica que poderia distinguir o médico bem formado do médico malformado. Esse linguajar técnico, quando usado com o paciente sem a devida explicação, dificultaria a comunicação entre eles. Diante desse cenário, a renovação dos métodos e dos valores envolvidos no encontro do médico com o seu paciente se torna cada vez mais importante e vital para o bom desempenho do ato médico. O médico formado no método clínico tradicional é treinado a não se envolver com a história emocional do seu paciente, desenvolvendo técnicas para mascarar suas próprias emoções¹⁸.

Podemos dizer que algumas áreas do conhecimento médico ou especialidades médicas desenvolvem melhor esses conceitos que outras? Um

estudo de 2006 aborda a adoção de práticas centradas no paciente em médicos de todos os Estados dos EUA. O Institute of Medicine dos Estados Unidos da América (EUA) coloca a Medicina Centrada no Paciente com uma das seis dimensões para a qualidade no cuidado em saúde. Esse estudo foi realizado em 2003 através de questionário auto aplicado distribuído pelo correio a 3.598 médicos selecionados aleatoriamente dos registros da American Medical Association (AMA). Foram excluídas especialidades como radiologistas, patologistas, anesthesiologistas e dermatologistas. A informação de serem especialistas ou generalistas foi obtida da base de dados da AMA. Os autores desenvolveram uma escala de 0 a 11 pontos levando em consideração as práticas para o cuidado centrado no paciente, entre 0-2 temos baixa prática centrada no paciente, entre 3-5 prática medianamente centrada no paciente e entre 6-11 prática altamente centrada no paciente. Do total de médicos que responderam à pesquisa 29% deles trabalhavam na atenção primária e 71% eram especialistas. Dessa população somente 22% dos médicos haviam implementado práticas centradas no paciente apesar de conhecê-las ($p < 0,01$). O estudo nos mostra que a maioria dos médicos que conhecem as práticas centradas no paciente não as usam e que talvez a resposta para isso seja como essas técnicas vêm sendo inseridas no currículo das escolas de Medicina ou em como os estudantes e professores veem a importância dessa ferramenta. Para se utilizar adequadamente dessas ferramentas o médico e o estudante de Medicina devem dominar conceitos de comunicação na relação médico-paciente que, se não são novos, começaram a ser mais bem estudados e inseridos na rotina das escolas médicas na última década do século XX.¹⁹

O consenso de Toronto estudou a problemática da comunicação médico-paciente e fez propostas objetivas para se enfrentar o problema. O Consenso se concentrou em três pontos-chave na comunicação médico-paciente: quais os principais fatos que se sabiam até aquele momento sobre a comunicação médico-paciente, o que poderia ser feito no momento para a melhora da situação e quais as questões que ainda não haviam sido respondidas. Trouxe como recomendação mais importante a necessidade clara e urgente de se incorporar ao ensino da Medicina e ao currículo das escolas de Medicina ferramentas para a melhora da comunicação médico-paciente²⁰.

1.1 O ensino e a aprendizagem da comunicação médico-paciente.

Recorrendo ao dicionário encontraremos 30 definições catalogadas para o

verbete comunicação, entre elas o “processo que envolve a transmissão e a recepção de mensagens entre uma fonte emissora e um destinatário receptor, no qual as informações transmitidas por intermédio de recursos físicos (fala, audição, visão, etc) ou de aparelhos e dispositivos técnicos são codificadas na fonte e decodificadas no destino com o uso de sistemas convencionados de signos e símbolos sonoros, escritos, iconográficos, gestuais etc, mas também a habilidade de dialogar e se fazer entender”²¹. Refletindo sobre essa definição podemos dizer que a comunicação à qual estamos nos referindo, e aquela que Engel vê como um problema para o método clínico tradicional, é um conceito mais amplo do que o contido no dicionário.

Gadamer conceitua a comunicação médico-paciente como o exercício da arte dialética que se concretiza na arte de conduzir perguntas e respostas. Perguntar quer dizer colocar “no aberto”. A abertura daquilo sobre o que se pergunta consiste no fato de não se possuir uma resposta fixa. Como vemos no modelo biomédico, a anamnese é tradicionalmente pautada no binômio questionador-informante. Esse tipo de anamnese é apontado com um fator limitante ao bom desenvolvimento de uma comunicação mais efetiva do médico com o seu paciente, apesar de a busca por sintomas e/ou patologias específicas ser essencial e imprescindível à prática médica²².

Marcela Dohmus et al em estudo publicado em 2013 explorou as diferenças entre o ensino de ferramentas de comunicação médico-paciente em três escolas médicas diferentes de três países diferentes (Brasil, Espanha e Holanda). Através de estudo exploratório qualitativo foram analisadas experiências no ensino-aprendizagem em uma escola médica de Londrina, que não tem um ensino de comunicação médico paciente estruturado, uma escola médica espanhola, escolhida pela oportunidade de se estudar um país com sistema de saúde semelhante ao nosso, e uma escola holandesa que é referência nos estudos de ensino da comunicação médico-paciente. O estudo concluiu que a Atenção Primária é campo de prática privilegiado para o ensino e a discussão das ferramentas de comunicação médico-paciente já que nesses três países na perspectiva da Atenção Primária os alunos tinham mais tempo e liberdade para se relacionar com os pacientes. Segundo um dos entrevistados: “Uma das principais queixas dos pacientes no Hospital é que ninguém lhes diz nada. Na Atenção Primária isso não ocorre.” Outra conclusão é que o ensino dessas ferramentas tem um grande componente do ensino por modelos.

De acordo com outro entrevistado da pesquisa: “principalmente no dia a dia a gente vê uma situação e pensa: “não quero ser desse jeito” ou “quero agir dessa forma”. Esse estudo apresenta um panorama da importância e das dificuldades do ensino de ferramentas de comunicação que interage diretamente com as dificuldades de se ensinar um método como a medicina centrada no paciente²³.

A introdução do ensino das ferramentas de comunicação se torna fundamental quando pensamos no médico que queremos formar para o século XXI. Pensando nisso o Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), uma organização norte americana que monitora a educação dos egressos dos curso de medicina para garantir a formação de profissionais médicos de alta qualidade, inclui as ferramentas de comunicação e o cuidado médico centrado no paciente como algumas das competências fundamentais para esse profissional (as outras seriam o conhecimento teórico sólido, a medicina baseada em evidências, o profissionalismo e uma prática médica sistematizada). Dessa forma não poderemos falar de medicina centrada no paciente nem do ensino dessa prática sem passar por conceitos como empatia e profissionalismo²⁴.

1.2 Empatia e profissionalismo

Empatia é uma palavra derivada do grego *empathia* que em tradução livre pode ser entendida como “tocado pela paixão”. No início do século XIX psicólogos a traduziram como a capacidade por meio da qual as pessoas compreendiam umas às outras²⁵.

No início do século XX, Husserl, o criador da fenomenologia, e mais tarde sua discípula Edith Stein dedicam grande parte de suas obras a estudar a empatia e a compreensão empática na psicanálise. Em 1950, o psicólogo Carl Rogers começa a usar o termo “empatia” para se referir à experiência do terapeuta no sentido de compreender o paciente por meio de uma relação verdadeira, adentrando nessa relação como uma pessoa. O paciente, portanto, deve ser visto como uma pessoa dentro da relação terapeuta-paciente, pois só dessa forma ele poderá enxergar a si mesmo como pessoa, lembrando, porém, que o experimentar dos sentimentos do paciente deve ocorrer sem qualquer pensamento ou diagnóstico. Compreender empaticamente não significa se identificar com o paciente²⁶.

Hojat em 2006 apresenta a empatia no contexto da educação médica e do cuidado com o paciente como “um atributo predominantemente cognitivo que implica

em compreender as experiências e a perspectiva dos pacientes combinado com a capacidade de comunicar essa compreensão.” A importância desse conceito para a autora é que sendo um atributo cognitivo e de compreensão ele pode ser ensinado ao longo do curso de medicina. Nesse estudo é utilizada para a mensuração da empatia a Escala de Empatia de Jefferson, na sua versão para estudantes de medicina (JSPE) que é composta de 20 itens distribuídos em uma escala Likert de sete pontos (concordo totalmente=1, discordo totalmente=2). O escore final é a soma de cada item. As questões 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18 e 19 têm escore de pontuação invertidos. Essa escala apresenta 3 construtos: tomada de perspectiva, compaixão e capacidade de se colocar no lugar do paciente²⁷.

Do mesmo autor temos um estudo de 2002 que relaciona empatia e profissionalismo. O estudo parte da premissa de que a empatia é um dos componentes da competência clínica do médico e mostra que alunos que obtiveram as melhores avaliações nesse quesito nos seus estágios de internato são os que obtiveram os escores mais altos de empatia com o seu paciente quando mensurados com a JSPE²⁸.

De acordo com o AMEE Guide número 61, após uma ampla revisão da literatura sobre o tema, não há definição consensual sobre o profissionalismo. Segundo o manual, o conceito de profissionalismo sofre modificações de acordo com as instituições pesquisadas, de acordo com a cultura do país e de acordo com as mudanças históricas de cada sociedade. Mas aponta alguns elementos comuns a todas as definições como o altruísmo, o respeito ao próximo, honra, integridade, ética e princípios morais. Em um esforço para integrar o ensino do profissionalismo nos currículos das escolas médicas, esse manual propõe uma padronização do conceito baseado em três princípios fundamentais que poderão ser aplicados em diferentes culturas e sistemas políticos: a primazia do bem-estar dos pacientes, a autonomia dos pacientes e a justiça social²⁹.

Pode ser tomado como um exemplo desses pontos fundamentais a iniciativa da Association of American Medical Colleges (AAMC), que em 1999 publica um *guideline* para as escolas médicas dos EUA no qual explicita quatro atributos a serem desenvolvidos por elas para a melhor formação do médico e para desenvolver o profissionalismo em seus alunos e médicos recém-formados. Os quatro atributos são: o médico deve ser altruísta, deve ter conhecimento, deve ter habilidade e deve ser colaborativo. Tanto o primeiro quanto o último atributo desse *guideline* estão

intrinsecamente ligados à empatia e ao desenvolvimento de ferramentas de empatia³⁰.

Outros autores que relacionam comunicação, empatia e profissionalismo são o casal Cruess e Yvone Steiner que em 1999 propõe uma mudança na clássica pirâmide de Miller. A pirâmide clássica tem como base a aquisição de conhecimento, caminhando para a aquisição de competências (o “como fazer”), o desenvolvimento do desempenho (o “mostrar como”), chegando ao topo da pirâmide quando o aluno passa para a ação, ou seja, consegue fazer sem supervisão o que lhe foi ensinado. Os autores debatem no artigo que a medicina moderna talvez exija um nível mais elevado na pirâmide de Miller e que esse nível seria o do desenvolvimento de uma verdadeira identidade de médico traduzida em atitudes, valores e ações. Nas palavras dos autores “pensar, agir e sentir-se como um médico”. Eles afirmam que as quatro primeiras etapas da pirâmide são passíveis de serem ensinadas e que a última etapa (o ser) é transversal a todos os outros níveis e não deve ser negligenciada pelos educadores em saúde. Ressaltam ainda que, para que isso ocorra, deve haver um bom desenvolvimento das ferramentas de comunicação e empatia³¹.

No Brasil, temos o Projeto VERAS - Vida do Estudante e Residente da Área da Saúde, que estudou a qualidade de vida, ambiente educacional e competências emocionais de 1350 estudantes de 22 escolas médicas no Brasil e entre outros fatores correlacionou escores de burnout com a empatia dos estudantes. O estudo incluiu escolas de medicina brasileiras representativas de acordo com o tamanho das turmas, localização geográfica, se eram escolas públicas ou privadas e qual a metodologia de ensino das escolas (se Aprendizado Baseado em Problemas (ABP) ou Currículo Tradicional (CT)). A amostra foi aleatorizada através de números gerados eletronicamente. A coleta dos dados ocorreu entre agosto de 2011 e agosto de 2012 via plataforma eletrônica. Todos os participantes responderam a um questionário sociodemográfico, a um questionário sobre empatia, ao The Interpersonal Reactivity Index (IRI), ao World Health Organization Quality Life Assesment Brazilian version (WHOQOL- BREF) e ao Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS). Dessa amostra, 81,8% dos estudantes selecionados responderam a todos os questionários. Desses participantes 52,9%, eram mulheres quem obtiveram uma pontuação na escala de empatia moderadamente maior que os homens ($p < 0,001$, $d = 0,63$). Além disso, a pontuação

para o construto exaustão emocional da escala de Burnout foi significativamente maior nas mulheres que nos homens ($p < 0,001$, $d = 0,21$). O construto despersonalização da escala de Burnout foi significativamente maior em homens que em mulheres ($p < 0,001$, $d = 0,20$). Analisando-se os escores de empatia e Burnout ao longo dos anos de graduação, o estudo mostra que há uma pequena, porém significativa queda na escala de empatia, comparando-se os dois primeiros (média=17,99, DP=4,67) aos dois últimos anos do curso de graduação (média=17,08, DP=4,51) ($p = 0,13$, IC95% 17,19-17,89). O construto despersonalização obteve médias significativamente mais altas nos dois últimos anos (média=11,05, DP 6,26) se comparado aos dois primeiros anos (média 7,79, DP=5,39) ($p < 0,01$ IC95% 8,70-9,62). Os autores creditam essa pequena queda nas médias de empatia nos últimos anos da graduação às poucas oportunidades de aprender e desenvolver ferramentas de empatia durante esse período, além de maiores níveis de despersonalização e exaustão emocional nesses estudantes³².

1.3 Formação médica e medicina centrada no paciente

Consultando o site da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) temos 350 escolas médicas cadastradas no Brasil hoje. Se levarmos em conta que em 1990 havia 92 escolas médicas teremos um aumento de 258 escolas médicas no período de 30 anos no território nacional. Segundo o mesmo site essas escolas são predominantemente particulares (59,02% do total) e concentradas no eixo Sul e Sudeste (72%), regiões mais industrializadas do país³³.

Com o intuito de uniformizar a formação do médico brasileiro e dar uma orientação para as escolas médicas do profissional que deveria ser formado, foram aprovadas em 2014 novas diretrizes curriculares nacionais (DCN) para os cursos de medicina substituindo as antigas DCN de 2001. Essa nova DCN propõe três eixos de formação para o médico: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde, sempre com orientações voltadas para o sistema único de saúde (SUS) para a integralidade e humanização do cuidado³⁴.

Pierantoni em artigo de 2001 sobre a formação do trabalho em saúde, afirma que cada vez mais a valorização do docente nas escolas médicas se dá pela dimensão da pesquisa, com os profissionais dos ciclos básicos e das áreas mais tecnológicas conseguindo posições mais influentes na gestão acadêmica. Sugere a autora que a pesquisa poderia afastar o ensino da medicina da dimensão social. Segundo a estudiosa, o desafio do ensino da medicina passa pela conexão entre a

docência/prática clínica e o trabalho: inclui a intermediação com um outro sujeito na relação professor aluno, o paciente, que é sujeito/objeto do ensino e do cuidado. Dessa forma não poderíamos pensar a prática médica e do ensino médico, sem que ela fosse cenário e objeto de conhecimento que comporta também múltiplas dimensões – técnicas, políticas e ideológicas – definidas socialmente³⁵.

A formação do médico durante a graduação é um longo processo de aquisição de competências referentes ao domínio técnico, ético e relacional da profissão. Há muitas formas e técnicas diferentes para se atingir esse objetivo. O modelo biomédico que dominou grande parte do século XX prezava a aquisição de conhecimento técnico-científico para assim resolver todos os problemas, o que nem sempre era possível³⁶.

Para Paulo Freire, o aprendizado deveria ser uma “aventura criadora”, e nesse termo há implícita a ideia de que aprender não é uma atitude passiva. Há o intuito de construir, de criar, de intervir e de mudar, tornando-se o aluno nesse processo um sujeito crítico com capacidade de aprender com a realidade para intervir nela e recriá-la. Para Freire, ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar as oportunidades para a sua produção ou a sua construção. O autor chama o ensino que apenas transfere conhecimento de ensino *bancário* e que esse tipo de ensino poderia deformar a necessária criatividade tanto do educador quanto do educando. Diz ainda que o educador deve respeitar os saberes dos educandos, que o professor ensina pelo exemplo e que a o educador reflete sobre sua prática e sobre a realidade a qual está inserida sua prática³⁷.

Esses conceitos de Paulo Freire estão em consonância com as DCN para os cursos de medicina de 2014 como também estão em consonância com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), política pública brasileira instituída em 2003 com o intuito, entre outros, de valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo e produção de saúde e fomentar autonomia e protagonismo desses sujeitos³⁸.

Em uma medicina essencialmente biomédica talvez seja difícil que os conceitos discutidos acima consigam ser adequadamente trabalhados com os alunos, porém a construção da relação com o paciente e a atitude terapêutica dessa relação convergiria para essa visão freireana de educação. O aluno de Medicina entra na faculdade na maioria das vezes recém-saído da adolescência, vindo de uma situação estressante e competitiva como é o vestibular e entra em um ambiente

também estressante e competitivo. Terá que deparar com a morte e o sofrimento e com a sua própria expectativa em relação à faculdade e à profissão, e muitas vezes terá ainda que lidar com a decepção em relação à carreira por tanto tempo almejada³⁹.

Em 2009, Edward Krupat publica um estudo no qual analisa a deterioração da atitude no aluno de medicina no seu primeiro ano de internato, comparando turmas com currículo tradicional e currículo modificado na Faculdade de Medicina de Harvard em Boston. No currículo tradicional, os estudantes passam por vários estágios em diversas clínicas, englobando clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, neurologia, psiquiatria e radiologia. A partir de 2008, a mudança do currículo da Faculdade de Medicina preconiza que os alunos tenham sua experiência clínica principal em apenas uma clínica. A mudança do currículo ensinaria aos estudantes o cuidado longitudinal dos pacientes, a importância do trabalho em equipe, além do contato longitudinal com os residentes e professores do local de estágio⁴⁰.

Foi realizado então estudo piloto com 32 alunos que experimentavam as mudanças curriculares e 17 alunos do currículo tradicional como grupo controle. Todos esses estudantes responderam ao Patient-Practitioner Orientation Scale ou Escala de Orientação Médico Paciente (EOMP), na tradução para o português brasileiro, no início e no final do ano letivo. Essa escala Likert de 18 questões que mede atitudes dos alunos será analisada em detalhes no próximo capítulo (ANEXO 1). Além do EOMP, os alunos foram submetidos após o ano letivo a um questionário sobre suas experiências com o currículo oculto. O termo currículo oculto se refere às lições, valores e aprendizados não oficiais, não escritos e frequentemente não intencionais aos quais os alunos são expostos e incorporam no seu aprendizado. Esse questionário chamado Community, Curriculum and Culture (C3) coleta informações dos alunos a respeito de três áreas principais: modelos seguidos na faculdade e na equipe, experiências com o cuidado dos próprios pacientes e suporte recebido para os hábitos centrados no paciente. A análise dos dados mostrou uma pontuação maior, ou seja, mais centrada no paciente nos alunos submetidos ao currículo novo do que nos alunos do currículo tradicional (5,00 contra 4,57; $p < 0,007$). A associação do questionário C3 com o EOMP mostrou que duas áreas do C3 tiveram associação com mudanças de níveis do EOMP, a Experiência no Cuidado com o Paciente ($r = 0,41$, $p < 0,01$) e o Suporte para comportamentos Centrados no

Paciente ($r=0,44$, $p<0,01$). Dessa forma o estudo mostra que o currículo com maior contato do aluno com cuidado longitudinal e maior suporte da equipe parece ter efeito benéfico contra a deterioração das atitudes centradas no paciente desses alunos⁴⁰.

Outro estudo de 2007, realizado na Escola de Medicina da Universidade Johns Hopkins, faz a seguinte pergunta: a atitude centrada no paciente pode reduzir as desigualdades étnicas e raciais do cuidado em saúde? Esse estudo parte da conclusão do Institute of Medicine dos EUA segundo a qual as minorias étnicas e raciais receberiam um cuidado em saúde de pior qualidade e teriam piores desfechos que os pacientes brancos. Internos da Escola de Medicina da Johns Hopkins são apresentados a dois pacientes-padrão, atores, um branco e um negro. treinados para interagir com os alunos em quatro situações de consulta diferentes: dor abdominal por prenhez ectópica, lombalgia por estiramento muscular em um homem, homem com angina, e mulher com fadiga e depressão decorrentes de violência doméstica). Foram considerados como desfechos a relação interpessoal, a tomada da história clínica, o exame físico e o aconselhamento. Esses alunos foram divididos em duas categorias: aqueles com atitudes centradas no paciente e aqueles sem atitudes centradas no paciente. Ao todo, 177 alunos foram elegíveis para a pesquisa. Foi utilizado um questionário desenvolvido para essa pesquisa com 9 perguntas e Likert de 5 pontos. Os estudantes com atitudes medianamente centradas no paciente foram incluídos no grupo dos sem atitudes centradas. Do total de estudantes avaliados as características sexo e idade não tiveram associação significativa com atitudes centradas no paciente ($p=0,77$ e $p=0,95$ respectivamente). Em relação aos desfechos estudados não houve diferença entre os dois grupos de estudantes quanto ao paciente-padrão. Porém no caso do paciente- padrão de etnia negra os resultados são significativamente diferentes quando comparamos os dois grupos de alunos (71,4 nos alunos centrados no paciente contra 69,4 nos alunos não centrados no paciente, $p<0,01$ para o desfecho “relação interpessoal”, 63,8 contra 61,1, $p=0,03$ para o desfecho “tomada da história” e 92,1 contra 88,7; $p=0,002$ para o desfecho “aconselhamento”). Apesar de alertar para a limitação de os casos atendidos não contarem pacientes reais e sim atores treinados, o estudo corrobora um problema, a desigualdade no cuidado entre negros e brancos, e aponta para uma solução, o desenvolvimento da atitude centrada no paciente nos alunos de medicina⁴¹.

O ensino da medicina centrada no paciente serve como um modelo conceitual paralelo para um método de aprendizado centrado no aluno. Uma interação

professor-aluno na qual o professor veja o aluno como um adulto autônomo com papel fundamental nas decisões sobre a sua educação é exemplo do tipo de relações que esperamos que os alunos tenham com os seus pacientes. Podemos nos utilizar do método proposto por Moira Stewart, que é composto de quatro componentes interligados, à semelhança dos próprios componentes da Medicina Centrada no Paciente: 1. Avaliar necessidades do aluno; 2. Entender o aluno como um todo; 3. Descobrir um terreno comum; 4. Fortalecer a relação professor aluno. A autora propõe ao professor que o ensino seja baseado em cinco pontos-chave a serem desenvolvidos pelo professor com o aluno: 1. Professores mudarem sua forma de ação para que o aluno não fizesse ações para o professor e sim ser um exemplo para o aluno de como fazer a ação; 2. Decisões sobre o curso, o conteúdo, métodos de aprendizagem e avaliação devem ser compartilhados com o aluno. O aluno seria gradualmente empoderado de seu próprio aprendizado; 3. Ajudar o aluno a construir sua própria base de conhecimentos e não apenas dar todo o material que os alunos precisam para estudar; 4. Criar um ambiente de ensino onde o aluno tenha mais autonomia com seu próprio aprendizado; 5. A avaliação do aluno deve ser justa, igualitária e baseada em feedback¹⁵.

1.4 Instrumentos para avaliação da medicina centrada no paciente

Os autores Bower e Mead realizam em 2000 tanto uma revisão sobre o conceito da medicina centrada no paciente quanto sobre os instrumentos existentes até o momento para a mensuração da postura e atitude centrada no paciente de médicos e estudantes de medicina. Os pesquisadores definem cinco dimensões-chave para representar cada aspecto da medicina centrada no paciente (perspectiva biopsicossocial, o paciente como pessoa, compartilhando poder e responsabilidade, a aliança terapêutica e o médico como uma pessoa). O estudo contribui para as dimensões apontadas por Moira Stewart principalmente acrescentando a dimensão do médico como um ator dotado de subjetividade na relação médico-paciente e, portanto, passível de usá-la de forma não benigna no cuidado do paciente⁴².

A relação médico-paciente é fundamental no cuidado de alta qualidade e afeta a satisfação do paciente quanto aos desfechos biológicos, psicológicos e sociais, como já mencionado. A mensuração de uma aquisição satisfatória de ferramentas para que o aluno construa uma boa relação médico-paciente e se essa relação está centrada no paciente como se exige no século XXI são ferramentas de avaliação do ensino médico como um todo.

Mensurar como se processa a relação médico-paciente e a postura do médico ou do aluno de medicina em relação às dimensões do que se entende por uma relação centrada no paciente é uma tarefa difícil. Tentado resolver esse problema, algumas escalas foram construídas e validadas desde os anos 1980.

Em 1987 Cockburn et al validaram a escala *Attitudes toward medical care*, uma escala Likert de sete pontos composta de 21 itens que avaliam sete dimensões do cuidado centrado no paciente, conforme definidas por meio de entrevistas com os médicos de família de duas grandes cidades australianas (orientação psicológica, medicina preventiva, comunicação, responsabilidade das decisões, papel do governo, reciprocidade, adequação das consultas). A cada subescala é atribuída uma nota (pontuação bruta dos itens)⁴³.

Em 1988 deMonchy et al validaram a escala *Doctor-patient rating*, uma escala Likert de cinco pontos com 48 itens aplicada em estudantes de medicina do segundo e do último anos, residentes de medicina de família e médicos já formados em geral. Essa escala não descreve subescalas ou quais dimensões do cuidado centrado no paciente ela avalia, porém mostra resultados interessantes em seu primeiro estudo, como pontuações mais altas entre os médicos de família e entre médicas mulheres⁴⁴.

Em 1990 Grol et al validaram a escala *Patient-centred attitudes*, de cinco pontos Likert com sete itens aplicada primeiramente a 57 médicos de família holandeses ligados ao departamento de medicina de família de Nijmegen. Essa escala leva em consideração o envolvimento do paciente nas decisões do tratamento, o compartilhamento de informações e a responsabilidade por aspectos não médicos do cuidado⁴⁵.

Porém, a escala até hoje mais utilizada nos estudos mundiais foi validada por Edward Krupat e sua equipe em 1996. Uma escala Likert de seis pontos com 18 perguntas de auto-avaliação com afirmações que se referem a crenças sobre médicos, pacientes e assistência médica. Essa escala divide-se em dois grupos de perguntas; nove perguntas ligadas ao cuidado com o paciente e nove perguntas ligadas ao compartilhamento de informações, ou centralização de poder, pelo médico na consulta. Desde sua criação essa escala é usada mundialmente como instrumento para a mensuração de atitudes tanto em médicos quanto em alunos de medicina e usada para que os pacientes avaliem a atitude do seu médico assistente, tendo sido validada para várias línguas, inclusive o português brasileiro em 2012⁴⁶.

O estudo da relação médico-paciente e da atitude e valores do médico tem sido uma constante tanto para entendermos como se constrói essa relação, como para identificarmos pontos fortes e fracos no que tange à atitude do médico frente ao seu paciente. Em um estudo realizado em 2000, Edward Krupat estudou a satisfação do paciente com a consulta médica. O estudo partiu de duas hipóteses: os pacientes ficam mais satisfeitos com uma consulta mais centrada no paciente? Os pacientes ficam mais satisfeitos com médicos que se orientam de acordo com suas expectativas?

O estudo foi feito em duas partes, sendo a primeira parte com médicos da atenção primária de Harvard. Foram enviados via correio questionários EOMP para 400 médicos que trabalhavam com atenção primária, com taxa de resposta de 44% (177 respostas). Foram divididos em três categorias de acordo com as médias do questionário; maior que 5 altamente centrados no paciente, entre 5 e 4,57 medianamente centrados no paciente e menor que 4,57 altamente centrados no médico. Foram escolhidos aleatoriamente 276, 20 indivíduos de cada faixa. Na segunda parte do estudo pacientes de 20 a 80 anos, aleatorizados por médicos da primeira amostra foram submetidos a dois questionários; o EOMP e um questionário de satisfação com escala de cinco pontos de ruim (1) a excelente (5) de acordo com suas características humanistas. Esses pacientes foram divididos em três faixas etárias (20-40 anos, 41-64 anos e 65 a 80 anos). A amostra de trabalho foi de 453 pessoas. Foi demonstrado que médicas mulheres são mais centradas no paciente do que homens ($t=2,30$, $p<0,05$), principalmente naquelas que haviam recebido treinamento em comunicação médico-paciente na graduação ($t=2,88$, $p<0,01$). Médicos com experiência entre 11 e 20 anos de prática clínica eram mais centrados no paciente que seus colegas mais velhos e mais novos ($t=4,16$, $p<0,05$). Analisando-se os pacientes demonstrou-se que as mulheres também obtiveram médias mais “centradas no paciente”, ou seja, que havia maior desejo de práticas do médico mais centradas no paciente do que os homens ($t=3,21$, $p<0,01$), e que pacientes jovens e com maior nível de instrução são significativamente mais “centrados no paciente” ($t=23,97$, $p<0,001$). A análise multivariada demonstrou que os médicos mais centrados no paciente têm maiores níveis de satisfação dos seus pacientes ($X^2=6,44$, $p<0,05$). Comparando escores de paciente e médico demonstrou-se que a satisfação do paciente é maior se sua atitude for convergente com o desejo do paciente ($X^2=4,78$, $p<0,05$) e a menor satisfação quando a atitude do paciente diverge da atitude do médico ($X^2= 4,78$, $p<0,01$). Além disso, a

regressão logística aplicada no estudo demonstrou que apenas a atitude de compartilhamento do médico não é um bom preditor de satisfação ($p < 0,095$) e que a satisfação é maior quando as expectativas do paciente convergem e são congruentes com a atitude do médico ($p < 0,009$). A conclusão do estudo foi de que o médico deve ser flexível, dosando sua atitude de compartilhamento de acordo com as características de cada paciente. A implicação desse estudo parece ser a de que não devemos ter um único modelo de ensino da relação médico paciente, mas uma forma de ensinar que privilegie a atenção individual e a adaptação da técnica do médico para cada paciente⁴⁷.

Um estudo transversal realizado na Universidade de Tessalônica, investigou nos pacientes internados em uma enfermaria a maneira pela qual eles compreendiam o cuidado centrado no paciente e a relação dessa compreensão com fatores sociodemográficos, condições de saúde, suporte social e crença religiosa. Além do EOMP, esses pacientes respondiam na admissão a um questionário sociodemográfico, a um questionário sobre autonomia (Autonomy Preference Index), a um questionário sobre condições de saúde (Short Form SF -12v2 Health Survey), a um questionário sobre o papel da fé na saúde (God Locus of Health Control) e a um questionário sobre suporte social (Perceived Available Support). O autor cita como uma fonte de estresse na relação médico-paciente, ou mais precisamente na relação estudante-paciente, o fato de o paciente ter uma crença religiosa que ele considere que possa ajudar na sua recuperação. Os pacientes foram divididos em grupos de acordo com a enfermaria em que estavam internados, todos os grupos com o mesmo número de pacientes, e separado em 6 categorias de acordo com a idade (18-40 anos, 41-60 anos, 61-80 anos) e gênero. 454 pacientes de uma amostra de 762 iniciais responderam todos os questionários da pesquisa, 222 mulheres e 232 homens. Os resultados obtidos demonstraram que os pacientes com mais anos de educação formal ($p < 0,001$) e com menor pontuação na escala de *locus* religioso ($p < 0,001$) têm maior pontuação no componente de compartilhamento do EOMP e os pacientes com mais idade ($p = 0,002$), com mais anos de educação formal ($p = 0,011$) e menor pontuação na escala de locus religioso ($p = 0,024$) têm maior pontuação no componente cuidado do EOMP. O estudo aventa então a hipótese de que o paciente com uma percepção de cura que independa dos métodos ortodoxos como, por exemplo, os pacientes muito religiosos que colocam grande parte da sua expectativa de cura em uma divindade, se importam menos com o compartilhamento e com as atitudes mais centradas no médico do que os demais⁴⁸.

Outro estudo sobre as atitudes centradas no paciente, dessa vez especificamente com alunos de medicina, foi realizado em 2005 na Universidade de Göttenburgo na Suécia. O pesquisador relata que os estudos recentes mostram uma tendência para atitudes centradas no médico no gênero masculino e nos anos finais do curso médico, e aventa a hipótese de que esses resultados se devam a valores sociais e culturais próprios ao paternalismo na relação médico paciente. O estudo transversal em questão tem como hipótese principal estudar a relação médico-paciente em diferentes estágios da graduação em medicina, e como objetivos secundários explorar a associação entre atitudes centradas no paciente, gênero e experiência prévia de trabalho na área da saúde. O modelo da graduação em medicina sueco é de 11 semestres, sendo que o aluno é apresentado a ferramentas de comunicação desde o primeiro semestre. Foram elegíveis para o estudo 797 alunos de um total de 858. Uma versão validada para a língua sueca foi usada. Os resultados demonstraram uma associação entre o gênero feminino e altas médias no EOMP (homens 4,20, DP+0,46 e mulheres 4,36, DP +-0,36, $p < 0,0001$ pela análise de regressão logística). As maiores médias do EOMP também estão associadas ao avançar dos estágios da graduação, porém essa associação se verifica em mulheres ($p = 0,0011$, regressão multivariada), mas não em homens ($p = 0,41$, regressão multivariada). Também houve associação entre experiência prévia de trabalho em saúde com altas médias no EOMP e novamente essa associação pode ser vista em mulheres ($p = 0,0031$, regressão multivariada) e não em homens ($p = 0,587$, regressão multivariada). O estudo mostra ainda uma elevação nas médias do EOMP em mulheres no final da graduação (4,25 no primeiro semestre e 4,50 no último semestre, $p = 0,0011$). O resultado do estudo surpreende, pois a literatura mostra uma tendência de que as médias do EOMP diminuam ao longo do curso médico. Porém, tanto a sociedade sueca quanto as características particulares do seu curso de medicina podem ser um diferencial desse estudo⁴⁹.

Um dos primeiros estudos que procurou demonstrar a associação entre os anos do curso de medicina e a atitude centrada no paciente foi realizado por Paul Haidet em Houston. Esse grupo realizou um estudo transversal que usou o EOMP para pesquisar a atitude centrada no paciente, a que eles chamaram igualitária, e a atitude centrada no médico ou na doença, a que eles chamaram paternalista, em estudantes de medicina.

Estudantes do primeiro ano de turmas consecutivas de 1997-98 e 1998-99 e

das turmas de terceiro e quarto ano médicos de 1998-99 do Baylor College of Medicine em Houston, Texas, foram apresentados ao questionário EOMP, com taxa de resposta de 76% (510 estudantes). O gênero e dados sobre atitude foram coletados em estudantes do primeiro ano. No terceiro ano esses dados foram coletados durante o estágio de quatro semanas em Medicina de Família. Nessa Faculdade os alunos começam seus estágios clínicos no 18º mês do curso, então os estudantes do terceiro ano desse estudo já haviam passado por vários estágios clínicos antes de responderem à pesquisa e responderam ao questionário no início do seu estágio em Medicina de Família. Foram coletados também informações sobre gênero, etnia, vida pré-acadêmica, dados sobre a família e especialidade de escolha. Na análise a média do EOMP do total da amostra foi de 4,57 (+-0,48 desvios-padrão). Essas médias do total da amostra variaram de 2,50 a 5,94. Esse estudo demonstrou que as mulheres ($p < 0,001$) e os primeiros anos da graduação ($p = 0,03$) estão significativamente mais associados a atitudes centradas no paciente, e que essa associação é estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Dados demográficos sobre etnia foram coletados apenas nos alunos do último ano. Nos alunos do último ano médico, que na média geral pontuaram menos que os alunos do primeiro ano, as atitudes mais centradas no paciente estão associadas ao gênero feminino (média de 4,57), etnia euro-americana (média de 4,57) e escolha de carreira na atenção primária (média de 4,56 com $p < 0,05$ para cada característica). Aventou-se a hipótese de que diferença de médias do EOMP de acordo com a etnia ter sido menor em não euro-americanos se deve ao fato de que os assim declarados não euro-americanos se declararam asiáticos, e características culturais dessa população podem favorecer atitudes mais centradas no médico. Algumas das limitações do estudo podem ser explicadas pelo fato dele ter sido realizado em uma única instituição⁵⁰.

Desse mesmo grupo de pesquisadores é o estudo que avalia a percepção da atitude do estudante de medicina a partir de um modelo de consulta usando atores como pacientes padrão. Esses pacientes representavam cinco situações comuns na prática clínica da atenção primária: Cefaleia Aguda, Rotina de Rastreamento, Dor Crônica, Hipertensão Arterial e Tabagismo. Esses modelos não foram apresentados às médias do EOMP dos alunos que iriam atendê-los, e após a consulta responderam a um instrumento desenvolvido por Hauck et al para mensurar o humanismo do estudante de medicina. Foram submetidos ao EOMP 293 alunos do terceiro ano médico do Baylor College of Medicine em Houston, Texas das turmas de 2000 e 2001, durante a avaliação do exame clínico com paciente padrão no

estágio em Medicina de Família e Comunidade. Foi calculada a soma das respostas do instrumento de humanismo individualmente para cada modelo de paciente padrão em um intervalo possível de 8 a 56 e então transformadas em porcentagem (intervalo entre 14% e 100%). A média de humanismo de cada aluno foi calculada por meio das médias das porcentagens obtidas em cada paciente padrão em um intervalo que variava de 14 (baixo humanismo) até 100 (alto humanismo). Foram coletados também dados demográficos como o gênero e o mês do terceiro ano no qual o aluno fazia seu estágio em medicina de família e comunidade, sendo que esse dado reflete a experiência clínica prévia do aluno no momento da pesquisa. A associação desses dados com os dados do EOMP foi dada através de um modelo de regressão linear. A média geral do EOMP para a amostra de estudo foi de 4,58 (DP=0,46 IC= (3,17-5,67)) e média de humanismo foi de 81,3 (DP=7,8 IC=53,1-100). No estudo da associação entre o EOMP e a escala de humanismo demonstrou-se que a média do humanismo aumenta conforme a média do EOMP ($p=0,01$). Os autores alertam para a limitação dos resultados por usarem um modelo e ambientes controlados, porém sugerem que a intervenção dos professores e preceptores em encorajar atitudes para o cuidado centrado no paciente sejam fundamentais e devam ocorrer junto ao aprendizado das ferramentas de comunicação médico paciente⁵¹.

Em 2011 um estudo conduzido por Chan CMH et al na Faculdade de Medicina da Universidade da Malásia se propôs a estudar atitude centrada no paciente entre médicos de 4 diferentes especialidades médicas: cirurgia, atenção primária, oncologia e obstetrícia e ginecologia (GO), partindo da hipótese de que as especialidades como cirurgia e GO teriam atitudes mais centradas no médico do que as a outras especialidades. Foram selecionados 78 médicos sendo divididos em: 25 médicos de família e comunidade, 15 oncologistas, 22 cirurgiões e 16 ginecologistas e obstetras. Os resultados mostraram que os oncologistas tiveram as maiores médias do EOMP ($m=5,08$, $dp=0,28$) e os cirurgiões obtiveram as piores médias ($m=2,88$, $dp=0,78$). Diferenças significativas foram obtidas tanto na escala cuidado ($p<0,001$) quanto na subescala compartilhamento ($p<0,001$). Contrariando a literatura, esse estudo mostrou os oncologistas com médias no EOMP maiores que os médicos de família ($m=4,33$, $dp=0,57$)⁵².

Em 2107, no Japão, foi conduzido um estudo para relacionar a postura centrada no paciente e a confiança do médico na sua comunicação durante consulta clínica. Foram estudados 221 ingressantes na residência médica de um hospital

universitário de Tóquio, e 71 desses residentes após o seu primeiro ano de residência em 2014. Foi utilizado EOMP e uma escala de confiança do médico na entrevista médica (PCMI), escala Likert de quatro pontos com intervalo variando de concordo totalmente a discordo totalmente que avalia a confiança do médico em vários momentos da consulta (abrindo a entrevista, obtendo informação, compartilhando informação, planejando, promovendo estrutura, fechando a sessão e construindo a relação médico-paciente). Esse estudo mostra que há uma diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres (4,50 contra 4,63 $p=0,032$) nas médias do EOMP e nas médias da subescala cuidado do questionário (4,71 contra 4,87 $p=0,012$). Nesse estudo não houve diferença estatisticamente significativa quando foram comparadas as especialidades dos residentes e também a sua confiança na consulta, tanto no primeiro dia do ingresso na residência quanto na amostra do segundo ano⁵³.

No Brasil o EOMP foi utilizado como ferramenta de mensuração dos valores e atitudes da relação médico paciente em um estudo transversal conduzido em agosto de 2004 pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), escola com currículo tradicional onde os quatro primeiros anos são pré-clínicos, ou seja, o aluno tem acesso ao conhecimento teórico e os dois últimos anos, chamados de internato, são anos clínicos, com aprendizado teórico-prático. Os questionários EOMP e sociodemográfico foram apresentados a alunos no primeiro, quarto, sétimo, nono, décimo e décimo segundo semestres do curso de Medicina da UFMG. 77% dessa amostra de alunos responderam aos questionários. Esse estudo mostrou que as médias totais do EOMP aumentam com o decorrer do curso médico com média de 4,57 +/- 0,43 no primeiro semestre e médias de 4,66 +/- 0,02 no décimo segundo semestre. Se compararmos por gênero, temos maiores médias entre mulheres do que entre homens⁵⁴.

Outro estudo, conduzido em 2007, compara a atitude do estudante de medicina a respeito da relação médico paciente em alunos de duas escolas particulares do estado de Minas Gerais, uma escola com Currículo Tradicional e outra escola com Aprendizado Baseado em Problemas. Os questionários (EOMP e sociodemográfico) foram apresentados aos alunos das duas escolas médicas no segundo semestre de 2007 para alunos do segundo, quinto e décimo semestres. 32,87% do total de alunos matriculados respondeu os questionários na escola com CT e 77, 74% responderam na escola com ABP. Os resultados mostraram que as

médias de EOMP na escola com ABP foram maiores que na de CT ($p < 0,002$) principalmente na subescala de cuidado ($p < 0,004$). A comparação entre as duas escolas nos diversos períodos não mostra diferença significativo no segundo período ($p = 0,066$) sendo que essas médias vão aumentando na escola com ABP mais que na escola de CT a medida que se avançam nos períodos sendo no décimo período significativamente maior na escola com ABP que na de CT ($p = 0,036$)⁵⁵.

No nosso estudo analisaremos quais as características dos alunos egressos e ingressantes na residência médica de um importante hospital universitário da cidade de São Paulo e sua associação com uma postura centrada no paciente.

**OBJETIVOS
E
METODOLOGIA**

1. Objetivo Geral

Avaliar as características pessoais e profissionais de médicos recém-formados e associá-las com sua postura e atitudes centradas no paciente.

Objetivos Específicos

- Verificar se há diferença entre o sexo e a postura e atitudes centradas no paciente;
- Avaliar se a orientação sexual está associada a uma postura e atitude mais centrada no paciente;
- Analisar a associação do local de formação (faculdade da graduação) e a postura e atitudes centradas no paciente;
- Avaliar se a idade do egresso está associada a sua postura e atitudes centradas no paciente;
- Avaliar se há relação entre a escolha da especialidade e postura e atitudes centradas no paciente;
- Verificar se a presença de suporte social está associada a uma postura e atitude centradas no paciente;
- Avaliar se a vulnerabilidade financeira está associada a uma postura e atitude centradas no paciente;
- Avaliar se a percepção de felicidade e satisfação com a própria vida estão associadas a uma postura e atitudes centradas no paciente.

2. Métodos

Foi realizado um estudo quantitativo, exploratório e transversal tendo sido submetido à comissão de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob número CAAE: 22448619.9.0000.0065 recebendo parecer aprovado em 12 de dezembro de 2019 (ANEXO1). O estudo foi realizado durante a inscrição dos médicos selecionados para o programa de residência médica de um grande hospital da cidade de São Paulo (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo). Esse concurso dá acesso a 52 programas de residência médica entre áreas de acesso direto e com pré-requisito. Foram incluídos no trabalho apenas os médicos inscritos nas áreas de acesso direto (clínica médica, cirurgia geral, cirurgia cardiovascular, ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia, anestesiologia, medicina de família e comunidade, medicina física e de reabilitação, psiquiatria, pediatria e radiologia e diagnóstico por imagem). Todos os participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 2) e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo aprovou a coleta de dados no seu concurso de residência médica de 2020 (ANEXO 3).

- Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão utilizados foram o de ter sido aprovado no concurso de residência para uma especialidade de acesso direto e o de ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O critério de exclusão foi o de ter sido aprovado no concurso de residência para uma especialidade de acesso com pré-requisito.

- Coleta de dados

Foi realizada a coleta de dados nos dias 10, 11 e 12 de Fevereiro de 2020 durante as atividades de matrícula para a residência médica do corrente ano da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. A coleta se deu na entrada do estudante ao local de matrícula, antes da mesma, em formulário eletrônico ou em papel. Para os que optaram pelo preenchimento pelo formulário eletrônico foi lido o TCLE (ANEXO 3) e, na sua anuência, encaminhado ao endereço eletrônico indicado por ele.

a. Instrumentos para a coleta de dados

Foram aplicados dois questionários; um questionário sociodemográfico

(ANEXO 4) e um questionário para mensurar a postura centrada no paciente, a escala de orientação médico paciente - EOMP (ANEXO 5).

O primeiro questionário apresenta questões sociodemográficas, escolaridade prévia e suas características, necessidade de auxílio financeiro, atividades extracurriculares realizadas, atividades de lazer, suporte social, escolha da especialidade para residência e questões sobre a percepção de felicidade, a paixão pelo trabalho e a satisfação com a vida. O segundo questionário é consiste em instrumento validado e adaptado culturalmente para o português com objetivo de analisar os valores do respondente frente ao atendimento médico.

A tradução, adaptação transcultural e validação do questionário EOMP para a língua portuguesa do Brasil foram realizadas em 2011. Foi realizado um estudo com 120 médicos residentes, 120 alunos de graduação de medicina e 120 pacientes que responderam ao questionário. A análise estatística do estudo mostrou alfa de Cronbach de 0,605 e análise fatorial confirmatória compatível com os estudos prévios. No Brasil a escala foi renomeada para escala de orientação médico paciente (EOMP)⁵⁶.

- Definição das variáveis

1. Questionário “Escala de orientação médico paciente (EOMP)

Questionário LIKERT de seis respostas com 18 perguntas de autoavaliação com afirmações que se referem à crenças que os alunos possam ter a respeito de médicos, pacientes e assistência médica e que avalia a atitude do aluno, se centrada no paciente ou centrada no médico. Essa escala é dividida em duas subescalas sendo que os itens 02, 03, 06, 07, 11, 13, 14, 16 e 17 se referem à subescala de cuidado e os itens 01, 04, 05, 08, 09, 10, 12, 15 e 18 se referem à subescala de poder/compartilhamento. As afirmativas dos itens 9, 13 e 17 têm escores invertidos. Pela pontuação na escala dividimos os alunos em três grupos, quais sejam:

- a. Alunos centrados no médico - Médias até 4,66 inclusive;
- b. Alunos moderadamente centrados no paciente – Médias entre 4,67 e 4,99;
- c. Alunos centrados no paciente - Médias iguais ou superiores a 5,00.

2. Sócio-demográficas

- 2.1 Idade: dado auto-referido no momento da realização do questionário.
- 2.2 Sexo: dado auto-referido no momento da realização do questionário.
- 2.3 Orientação sexual: dado autorreferido no momento da realização do questionário.
- 2.4 Faixa de renda: foram utilizadas as faixas de renda do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O IBGE discrimina estratos sociais, através de uma divisão de faixas salariais, utilizando por unidade base o salário-mínimo⁵⁷.
- 2.5 Formação: coletados dados referentes a faculdade da graduação da amostra de egressos e relação à sua localização geográfica no território brasileiro e se pública ou privada.
- 2.6 Qual a religião a que pertence e se é praticante ou não.
- 2.7 Escolaridade dos pais: avaliamos a escolaridade paterna e materna dos egressos, se possuem ou não ensino superior ou médio.
- 2.8 Suporte Social: qual a rede social do aluno que o permite dividir dificuldades e tensões inerentes ao internato. Núcleo nos quais se encontra: família, amigos fora da faculdade, amigos da faculdade fora do seu grupo de rodízio, amigos da faculdade do seu próprio grupo de rodízio, relacionamento amoroso.
- 2.9 Experiência prévia com doença grave própria ou de familiares próximos.
- 2.10 Experiência prévia com trabalho comunitário.
- 2.11 Qual a especialidade escolhida no referido processo seletivo.
- 2.12 Percepção de felicidade e satisfação com a própria vida.: Analisamos também a percepção subjetiva de felicidade e satisfação com a vida dos sujeitos de pesquisa.

- Análise Estatística

Foi realizada uma análise descritiva para analisar as variáveis em termos de frequência, quando categóricas e média e desvio-padrão quando contínuas. As variáveis dependentes serão analisadas de forma contínua e categórica. Foi utilizado o programa estatístico IBM SPSS Statistics versão 22.

A análise da distribuição de respostas do questionário sociodemográfico foi realizada através de medida de frequência.

A associação entre os dados do questionário sociodemográfico com o EOMP foi realizada após uma nova divisão em categorias desse questionário. As faixas de média do questionário correspondentes às categorias centrado no paciente e moderadamente centrada no paciente foram aglutinadas em uma nova categoria, centrado no paciente, mantendo a categoria original de médias da faixa centrado no médico. Com essa nova categorização foi analisada a associação com o questionário sociodemográfico através do teste do Qui-Quadrado.

Para a análise da variável satisfação com a vida (uma escala de 0 a 10) foi realizada média e desvio padrão.

A análise da variável paixão pelo trabalho foi classificada em duas categorias: paixão intensa, reunindo as categorias muito intensamente e intensamente e paixão média, reunindo as categorias medianamente e pouco intensamente. A categoria não tenho paixão pelo trabalho não recebeu nenhuma resposta. Foi analisada a associação dessa variável com o EOMP classificado da forma acima através do teste do Qui-Quadrado.

Também a variável religião foi classificada em: tem religião (a reunião de todas as respostas contendo uma religião) e não tem religião. Foi analisada associação dessa variável com a média do EOMP (já na nova classificação) através do teste do Qui-quadrado.

A variável especialidade de escolha foi classificada em dois grandes grupos representando as duas grandes áreas, clínica e cirurgia. As especialidades clínica médica, dermatologia, medicina de família e comunidade, medicina do trabalho, neurologia clínica, pediatria e psiquiatria foram reunidas na grande categoria clínica e as especialidade cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, neurocirurgia, oftalmologia, otorrinolaringologia e ortopedia foram reunidas na grande categoria

cirurgia. A especialidade anesthesiologia foi eliminada da análise.

Realizamos também a análise por itens do EOMP, que nessa análise foi classificado em categorias de resposta de acordo com a pontuação Likert. Sendo assim a categoria concordo reuniu as respostas 1 e 2 (concordo totalmente), a categoria indiferente reuniu as respostas 3 e 4 e a categoria discordo que reuniu as respostas 5 e 6 (discordo totalmente). Importante lembrar que as questões 9, 13 e 17 têm pontuação invertida. Com essa nova classificação foi analisada a associação com a variável sexo por meio do teste exato de Fischer.

Os escores das subescalas compartilhamento e cuidado foram comparados entre sexo e a especialidade através do teste T de Student.

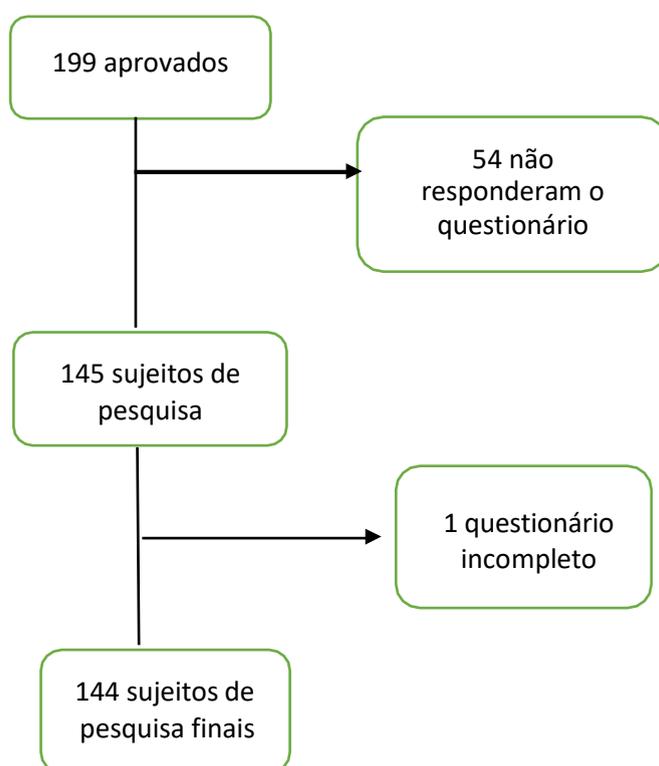
As possíveis correlações entre a variável especialidade de escolha categorizada e variável categorizada do EOMP foram avaliadas por análise de regressão logística binária. Foi construído modelo cru e ajustado para o sexo. O nível de significância estatística das comparações foi considerado como $p < 0,05$.

RESULTADOS

- Resultados da coleta e perdas

Do universo de 199 sujeitos de pesquisa 54 não preencheram o questionário. Coletaram-se nos três dias 145 questionários preenchidos sendo a taxa de resposta de 72,8%. Dos respondentes, um sujeito de pesquisa foi descartado pelo fato de o questionário não ter sido preenchido na sua totalidade. Dessa forma consideraremos nesse trabalho um número amostral de 144.

Figura 1: Perdas durante a coleta



A confiabilidade dos dados foi testada sendo obtido um alfa de Cronbach de 0,769.

- Análise das características da amostra

A idade média dos participantes do estudo foi de 26,4 anos para o sexo feminino com desvio padrão de 2,4 anos e 26,5 anos para o sexo masculino com desvio padrão de 2,6 anos.

De acordo com a tabela 1 vemos que 37,5% (n= 54) da amostra era do sexo feminino e 62,5% (n=90) do sexo masculino. A maioria dos selecionados era oriundo da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 63,9% (n=92).

36,1% (n=52) da amostra era oriunda de outras escolas do território nacional compreendendo no total outras 36 faculdades de medicina. A maioria dos selecionados da amostra havia se graduado em uma faculdade de natureza jurídica privada (84%, n=121).

A população do estudo era predominantemente de orientação sexual heterossexual, 92,4% (n=133), sendo que 3,8% (n=4) se autodeclararam homossexuais, 2,5% (n=5) bissexuais e 1,4% (n=2) não informaram a orientação sexual.

Analisando as respostas a respeito da orientação religiosa da amostra, 44,4% (n=64) se autodeclararam católicos, 3,5% (n=5) como protestantes, 5,6% (n=8) evangélicos, 6,3% (n=9) espíritas, 1,4% (n=2) budistas, 2,1% (n=3) de religiões de matriz africana e 30,6% (n=44) declararam não ter religião. Entre os indivíduos que se declararam adeptos de alguma religião, 66% (n=95) não eram praticantes.

A renda familiar da amostra estudada se dividiu da seguinte forma; 41% (n=59) se autodeclararam como sendo da classe A (renda familiar de R\$ 18.740,01 ou mais), 27,1% (n=39) da classe B (renda familiar entre R\$ 9.370,01 a R\$ 18.740,00), 28,5% (n=41) da classe C (renda familiar entre R\$ 3.748,01 a R\$ 9.370,00) e 3,5% (n=5) da classe D (renda familiar entre R\$ 1.874,01 a R\$ 3.748,00), divisão de acordo com faixas de renda do IBGE⁵⁶.

A análise da escolaridade dos pais mostrou que 79,2% (n=114) dos pais e 77,8% (n=112) das mães têm nível superior completo. Uma porcentagem pequena (4,2% (n=6) dos pais e 2,1% (n=3) das mães) têm um nível de escolaridade menor que o fundamental completo.

A tabela 1 também nos mostra que 89,6% (n=129) dos participantes do estudo nunca enfrentaram um problema grave de saúde pessoalmente, porém 71,5% (n=103) enfrentaram algum grave problema de saúde com seus familiares.

A maioria dos participantes do estudo não ingressou no curso de medicina por programa afirmativo. Dos que utilizaram esses programas 5,6% (n=8) utilizaram o PROUNI, 3,5% (n=5) o programa de cotas e 1,4% (n=2) outro tipo de programa.

As atividades de extensão na faculdade (ligas, trabalhos em diretorias científicas, etc) foram realizadas por 81,3% (n=117) dos residentes, 84% (n=121) dos participantes realizaram algum trabalho voluntário e a maioria (66,7%, n=96) o

realizou durante a graduação. A maioria dos participantes do estudo não praticam nenhuma atividade artística (72,9%, n=105). Em relação ao suporte social vemos que os participantes do estudo preferem dividir suas angústias em relação ao trabalho e aos estudos com os parceiros de relacionamento amoroso; 53,5% (n=77) da amostra relataram dividir sempre suas angústias com esse suporte, seguidos dos amigos de faculdade e do ambiente médico (36,8%, n=53) e da família (28,5%, n=41). Os amigos de fora do ambiente médico são poupados; apenas 13,9%(n=20) dos participantes relataram sempre dividir suas angústias com eles.

Em relação à especialidade escolhida vemos uma predominância de residentes de clínica médica (22,9%, n=33) e de cirurgia geral (20,8%, n=30), seguidos da pediatria com 13,9% (n=20) da amostra, ortopedia com 7,6% (n=11), anestesiologia 6,9% (n=10), ginecologia obstetrícia e psiquiatria, ambas com 6,3% (n=9), e as demais especialidades com frequências menores que 5% da amostra

Tabela 1: Dados sócio-demográficos

		Porcentagem (%)	Total
Sexo	Feminino	37,5	54
	Masculino	62,5	90
Idade	Até 25 anos	36,1	52
	25 – 30 anos	56,9	82
	Acima de 30 anos	6,9	10
Idade (média)	Feminino	26,4 (DP=2,4)	54
	Masculino	26,5 (DP= 2,6)	90
Faculdade de origem	FCMSCSP	63,9	92
	Outras	36,1	52
Natureza jurídica da faculdade	Pública	16	23
	Particular	84	121
Anos após término da graduação	Até 1 ano	68,1	98
	2-3 anos	18,8	27
	4-5 anos	10,4	15
	Mais que 5 anos	0	
			Obs: 4 não responderam
Orientação sexual	Heterossexual	92,4	133
	Homossexual	3,8	4
	Bissexual	2,5	5
	Não informou	1,4	2

		Porcentagem (%)	Total
Religião	Católica	44,4	64
	Protestante	3,5	5
	Evangélica	5,6	8
	Espírita	6,3	9
	Budista	1,4	2
	Religiões de matriz africana	2,1	3
	Outras	6,3	9
	Não tenho religião	30,6	44
Se religioso, é praticante?	Não	66,0	95
	Sim	34,0	49
Classe de renda	A	41,0	59
	B	27,1	39
	C	28,5	41
	D	3,5	5
Escolaridade do pai	Superior completo	79,2	114
	Médio completo	14,6	21
	Fundamental completo	2,1	3
	Menor escolaridade	4,2	6
Escolaridade da mãe	Superior completo	77,8	112
	Médio completo	19,4	28
	Fundamental completo	0,7	1
	Menor escolaridade	2,1	3

		Porcentagem (%)	Total
Problema grave de saúde pessoal	Não	89,6	129
	Sim	10,4	15
Problema grave de saúde na família	Não	28,5	41
	Sim	71,5	103
Entrou por programa Afirmativo	Não	88,9	128
	Sim	11,1	16
Qual programa?	PROUNI	5,6	8
	Cotas	3,5	5
	Outros	1,4	2
Atividade de extensão	Não	18,8	27
	Sim	81,2	117
Trabalho voluntário	Não	16,0	23
	Sim	84,0	121
Quando realizou o trabalho voluntário	Antes da graduação	19,8	24
	Depois	1,6	2
	Durante	78,6	96
Atividade artística	Não	72,9	105
	Sim	27,1	39

		Porcentagem (%)	Total
Suporte social: Família	Sempre	28,5	41
	Quase sempre	22,9	33
	Ocasionalmente	24,3	35
	Quase nunca	20,1	29
	Nunca	2,1	3
			Obs: 3 pessoas responderam mais de 1 resposta
Suporte social: Amigos da faculdade	Sempre	36,8	53
	Quase sempre	27,1	39
	Ocasionalmente	18,1	26
	Quase nunca	13,2	19
	Nunca	2,1	3
			Obs: 4 pessoas responderam mais de 1 resposta
Suporte social: Amigos de fora do ambiente médico	Sempre	13,9	20
	Quase sempre	25	36
	Ocasionalmente	12,5	18
	Quase nunca	29,9	43
	Nunca	16,7	24
Suporte social: Parceiros de relacionamento amoroso	Sempre	53,5	77
	Quase sempre	23,6	34
	Ocasionalmente	6,9	10
	Quase nunca	5,6	8
	Nunca	8,3	12

	Porcentagem (%)	Total	
	Anestesiologia	6,9	10
	Cirurgia Geral	20,8	30
	Clínica Médica	22,9	33
	Dermatologia	1,4	2
	Ginecologia e obstetrícia	6,3	9
Especialidade	Medicina de família e	1,4	2
	Medicina do trabalho	,7	1
	Neurocirurgia	2,1	3
	Neurologia clínica	2,8	4
	Oftalmologia	2,1	3
	Ortopedia	7,6	11
	Otorrinolaringologia	0	0
	Patologia	,7	1
	Pediatria	13,9	20
	Psiquiatria	6,3	9
	Radiologia	4,2	6
	Fisiatria	0	0

- Análise da escala de orientação médico paciente

Na tabela 2 apresentamos as análises da associação entre os dados sociodemográficos com o EOMP já classificada em duas grandes categorias, centrados no médico e centrados no paciente.

Podemos observar que 46,3% (n=25) das mulheres da amostra alcançaram médias na EOMP centradas no paciente em comparação com 31,1% (n=28) dos homens, não apresentando diferença significativa entre os grupos (p=0,067).

Os alunos oriundos da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa alcançaram médias centradas no paciente com frequência de 36,5% (n=34) enquanto os alunos das outras faculdades da amostra tiveram frequência de 37% (n=19), sem diferença estatisticamente significativa (p=0,96).

Também não observamos diferença significativa relacionada ao tipo de

faculdade cursada pelo respondente apesar de 29,5% (n=42) dos alunos de cursos de medicina de natureza jurídica privada terem alcançado médias centradas no paciente em comparação com 45,5% (n=11) dos alunos de cursos de natureza jurídica pública (p=0,23).

A orientação sexual não apresentou associação com a postura centrada no paciente na consulta clínica. 36,1% (n=48) dos autodeclarados heterossexuais obtiveram médias centradas no paciente enquanto 0% dos homossexuais obtiveram a mesma média. (p=0,089).

Analisando a religião, agora classificada em 2 categorias; tem e não tem religião, vemos que 29,9% (n=12) dos residentes que não professam nenhuma religião obtiveram médias centradas no paciente enquanto 33,3% (n=31) dos residentes religiosos obtiveram os mesmos resultados (p=0,64). Tampouco ser praticante da religião se correlaciona com a postura centrada no paciente. Sobre esse aspecto, 33,7% (n=32) dos não praticantes e 42,9% (n=21) dos praticantes obtiveram médias centradas no paciente (p=0,28).

Em relação à renda familiar vemos que 39% (n=23) dos residentes da classe A, 30,8% (n=12) dos residentes da classe B, 26,6% (n=150) dos residentes da classe C e 60% (n=3) dos residentes da classe D obtiveram médias centradas no paciente, porém sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (p=0,59).

Sobre a escolaridade dos pais, 36,8% (n=42) dos participantes com pai com ensino superior completo e 37,5% (n=42) dos participantes com mãe com ensino superior completo obtiveram médias centradas no paciente, porém sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (p=0,40 e p=0,32 respectivamente).

A experiência prévia com doença grave tanto pessoalmente quanto com familiares não mostrou associação com a postura centrada no paciente. Dos residentes que sofreram um problema grave de saúde (33,3%, n=5) obtiveram médias centradas no paciente enquanto 37,2% (n=48) dos que não tiveram essa experiência obtiveram essas médias (p=0,76). Nos residentes que tiveram contato com doença grave de seus familiares, 35,9% (n=37) obtiveram médias centradas no paciente e 39% (n=16) dos que não tiveram esse mesmo contato obtiveram médias semelhantes (p=0,72).

Os itens sobre programas afirmativos (p=0,24), atividades de extensão (p=0,081), trabalho voluntário (p=0,80) e atividade artística (p=0,38) não

apresentaram correlações estatisticamente significativas com a postura centrada no paciente. Analisando o suporte social vemos que 31,7% (n=13) dos residentes da amostra que sempre dividiam suas angústias com a família obtiveram médias centradas no paciente (p=0,11), 43,4% (n=23) dos que sempre dividiam suas angústias com os amigos de faculdade obtiveram médias semelhantes (p=0,15), assim como 45% (n=9) dos que sempre dividiam suas angústias com amigos de fora do ambiente médico (p=0,81) e 37,7% (n=29) dos que sempre dividiam suas angústias com os parceiros do relacionamento amoroso (p=0,14), nenhuma dessas correlações mostrando diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 2: Análise da escala de orientação médico paciente em relação às variáveis sociodemográficas

		Centrado no médico	Centrado no paciente	P valor
Sexo	Feminino	29 (53,7%)	25 (46,3%)	0,067
	Masculino	62 (68,9%)	28 (31,1%)	
Idade	Até 25 anos	31 (59,6%)	21 (31,3%)	0,18
	26 – 30 anos	51 (62,2%)	31 (37,8%)	
	Acima de 30 anos	9 (90%)	1 (10%)	
Faculdade de origem	FCMSCSP	58 (63,5%)	34 (36,5%)	0,96
	Outras	33 (63%)	19 (37%)	
Natureza jurídica da faculdade	Particular	79 (70,5%)	42 (29,5%)	0,23
	Pública	12 (54,5%)	11 (45,5%)	
Anos de término da graduação	Até 1 ano	61 (62,2%)	37 (37,8%)	0,45
	2-3 anos	16 (59,3%)	11 (40,7%)	
	4-5 anos	10 (67,7%)	5 (33,3%)	
	Mais que 5 anos	4 (100%)	0	
Orientação sexual	Hetero	85 (63,9%)	48 (36,1%)	0,089
	Homo	4 (100%)	0	
	Bi	1 (20%)	4 (80%)	
	Não informou	1 (50%)	1 (50%)	

		Centrado no médico	Centrado no paciente	P valor
Religião	Não têm religião	29 (70,7%)	12 (29,3%)	0,642
	Têm religião	62 (66,7%)	31 (33,3%)	
Se religioso, é praticante?	Não	63 (66,3%)	32 (33,7%)	0,28
	Sim	28 (57,1%)	21 (42,9%)	
Classe de renda	A	36 (61%)	23 (39%)	0,59
	B	27 (69,2%)	12 (30,8%)	
	C	26 (63,4%)	15 (26,6%)	
	D	2 (40%)	3 (60%)	
Escolaridade do pai	Superior completo	72 (63,2%)	42 (36,8%)	0,40
	Médio completo	15 (71,4%)	6 (28,6%)	
	Fundamental completo	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
	Menor escolaridade	2 (33,3%)	4 (66,7%)	
Escolaridade da mãe	Superior completo	70 (62,5%)	42 (37,5%)	0,32
	Médio completo	18 (64,3%)	10 (35,7%)	
	Fundamental completo	0	1 (100%)	
	Menor escolaridade	3 (100%)	0	
Problema grave de saúde pessoal	Não	81 (62,8%)	48 (37,2%)	0,76
	Sim	10 (66,7%)	5 (33,3%)	
Problema grave de saúde na família	Não	25 (61%)	16 (39%)	0,72
	Sim	66 (64,1%)	37 (35,9%)	

		Centrado no médico	Centrado no paciente	P valor
Entrou por programa afirmativo	Não	83 (64,8%)	45 (35,2%)	0,24
	Sim	8 (50%)	8 (50%)	
Atividade de extensão	Não	21 (77,8%)	6 (22,2%)	0,081
	Sim	70 (59,8%)	47 (40,2%)	
		Centrado no médico	Centrado no paciente	P valor
Trabalho voluntário	Não	14 (60,9%)	9 (39,1%)	0,80
	Sim	77 (63,6%)	44 (36,3%)	
Atividade artística	Não	68 (70,1%)	29 (29,9%)	0,38
	Sim	23 (62,2%)	14 (37,8%)	
Suporte social: Família	Sempre	28 (68,3%)	13 (31,7%)	0,11
	Quase sempre	22 (66,7%)	11 (33,3%)	
	Ocasionalmente	16 (45,7%)	19 (54,3%)	
	Quase nunca	20 (69,0%)	9 (31%)	
	Nunca	3 (100%)	0	
Suporte social: Amigos da faculdade	Sempre	30 (56,6%)	23 (43,4%)	0,15
	Quase sempre	24 (61,5%)	15 (38,5%)	
	Ocasionalmente	16 (61,5%)	10 (38,5%)	
	Quase nunca	17 (89,5%)	2 (10,5%)	
	Nunca	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Suporte social: Amigos de fora do ambiente médico	Sempre	11 (55%)	9 (45%)	0,81
	Quase sempre	24 (66,7%)	8 (33,7%)	
	Ocasionalmente	10 (55,6%)	12 (44,1%)	
	Quase nunca	29 (67,4%)	14 (32,6%)	
	Nunca	15 (62,5%)	9 (37,5%)	

		Centrado no médico	Centrado no paciente	P valor
Suporte social:	Sempre	48 (62,3%)	29 (37,7%)	0,14
Parceiros do relacionamento amoroso	Quase sempre	22 (64,7%)	12 (35,3%)	
	Ocasionalmente	3 (30%)	7 (70%)	
	Quase nunca	5 (62,5%)	3 (37,5%)	
	Nunca	10 (83,3%)	2 (16,7%)	

Como podemos observar na tabela 3, 34,4% (n=11) dos residentes que optaram pela clínica médica obtiveram médias no EOMP que os colocam na faixa centrado no paciente, em comparação com 47,5% (n=9) dos iniciantes na pediatria, 62,5% (n=5) dos iniciantes da psiquiatria, 20% (n=2) dos ingressantes na anestesiologia, 14,8% (n=4) dos iniciantes na cirurgia e 9,1% (n=1) dos iniciantes na ortopedia sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,01$).

Tabela 3: Análise da escala de orientação médico paciente por especialidade

	Centrado no médico	Centrado no paciente	P valor
Anestesiologia	8 (80%)	2 (20%)	0,01
Cirurgia Geral	23 (85,2%)	4 (14,8%)	
Clínica Médica	21 (65,6%)	11 (34,4%)	
Dermatologia	0	1 (100%)	
Ginecologia e obstetrícia	7 (87,5%)	1 (12,5%)	
Medicina de família e comunidade	1 (50%)	1 (50%)	
Medicina do trabalho	1 (100%)	0	
Neurocirurgia	3 (100%)	0	
Neurologia clínica	1 (25%)	3 (75%)	
Oftalmologia	0	2(100%)	
Ortopedia	10 (90,9%)	1 (9,1%)	
Patologia	1 (100%)	0	
Pediatria	10 (52,6%)	9 (47,4%)	
Psiquiatria	3 (37,5%)	5 (62,5%)	
Radiologia	2 (50%)	2 (50%)	

Para melhor analisarmos esse resultado, foi realizada nova classificação, sendo as especialidades divididas em clínicas e cirúrgicas. Na tabela 4 temos a análise da associação entre áreas clínicas e áreas cirúrgicas com a postura centrada no paciente na consulta. Vemos que 23,2% (n=13) dos médicos selecionados para áreas cirúrgicas obtiveram médias centradas no paciente, enquanto 47,9% (n=34) dos residentes das áreas clínicas obtiveram também médias centradas no paciente, mantendo a diferença estatisticamente significativa (p=0,004).

Tabela 4: Análise da escala de orientação médico paciente por grandes áreas

	Centrado no médico	Centrado no paciente	P valor
Áreas cirúrgicas	43 (76,8%)	13 (23,2%)	0,004
Áreas clínicas	37 (52,1%)	34 (47,9%)	

Analisamos o EOMP comparando os residentes do sexo masculino que optaram por especialidades clínicas e cirúrgicas com as categorias do questionário. Na tabela 5 podemos observar que 42,4% (n=14) dos homens que escolheram áreas clínicas obtiveram médias centradas no paciente no questionário contra 17,1% (n=7) dos homens que escolheram áreas cirúrgicas sendo essa diferença estatisticamente significativa (p=0,016).

Tabela 5: Análise da escala de orientação médico paciente no sexo masculino por especialidade

	Centrado no médico	Centrado no paciente	P valor
Homens das áreas clínicas	19 (57,6%)	14 (42,4%)	0,016
Homens das áreas cirúrgicas	34 (82,9%)	7 (17,1%)	

Na tabela 6 podemos observar que 47,1% (n=17) das mulheres que optaram por especialidades clínicas obtiveram médias centradas no paciente contra 18,2% (n=2) das mulheres que optaram por especialidades cirúrgicas, porém sem diferenças estatisticamente significativas (P=0,07).

Tabela 6: Análise da escala de orientação médico paciente no sexo feminino por especialidades

	Centrado no médico	Centrado no paciente	P valor
Mulheres das áreas clínicas	18 (52,9%)	16 (47,1%)	0,07
Mulheres das áreas cirúrgicas	9 (81,8%)	2 (18,2%)	

Na tabela 7 observamos a comparação entre os homens das especialidades clínicas e as mulheres das especialidades clínicas quanto à média obtida no EOMP, sem observarmos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 7: Análise da escala de orientação médico paciente entre os sexos nas áreas clínicas

	Centrado no médico	Centrado no paciente	P valor
Mulheres nas áreas clínicas	18 (52,9%)	16 (47,1%)	0,70
Homens nas áreas clínicas	19 (57,6%)	14 (42,4%)	

Na tabela 8 observamos a comparação entre os homens e as mulheres que optaram por especialidades cirúrgicas quanto à média obtida no EOMP, mais uma vez sem podermos observar nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 8: Análise da escala de orientação médico paciente entre os sexos nas áreas cirúrgicas

	Centrado no médico	Centrado no paciente	P valor
Mulheres nas áreas cirúrgicas	9 (81,8%)	2 (18,2%)	0,96
Homens nas áreas cirúrgicas	34 (82,9%)	7 (17,1%)	

- Análise da escala de orientação médico paciente por item

O EOMP foi classificado em três novas faixas: concordo com afirmativa, indiferente e discordo da afirmativa. A análise foi realizada através da concordância das respostas da afirmativa do questionário.

A tabela 9 mostra que houve diferença estatisticamente significativa em 5 itens do EOMP quando relacionado ao sexo dos participantes do estudo. Na afirmação 2 (*Embora a assistência médica seja mais impessoal hoje em dia, este é um pequeno prejuízo em troca dos avanços da medicina*) temos que 11,1% (n=6) das mulheres concordaram com a afirmativa contra 10% (n=9) dos homens (p=0,025). Na afirmação 12 (*Quando o paciente discorda do seu médico é sinal que o médico não tem a confiança e o respeito do paciente*) nenhuma das mulheres concordaram com afirmativa contra 10% (n=9) dos homens (p=0,015). Na afirmação 13 (*Um tratamento pode não ter sucesso se estiver em conflito com o estilo de vida e os valores dos pacientes*) 13 houve concordância de 42,2% (n=49) das mulheres contra 57,8% (n=67) dos homens (p=0,029). Na afirmação 15 (*O paciente deve estar sempre ciente que é o médico quem está no comando*) houve concordância de 3,7%% (n=2) das mulheres em contraste com 7,8% (n=7) dos homens (p=0,03). Na afirmação 16 (*Não é importante conhecer a cultura e a história do paciente para tratar a sua doença*) 1,9% (n=1) das mulheres concordaram em comparação com 4,4% (n=4) dos homens (p=0,05).

Tabela 9: Análise por itens da escala de orientação médico paciente por sexo (concordância da afirmativa)

Itens EOMP	Feminino	Masculino	P valor
É o médico quem deve decidir o que será conversado durante a consulta	1 (1,9%)	4 (4,4%)	0,32
Embora a assistência médica seja mais impessoal hoje em dia, este é um pequeno prejuízo em troca dos avanços da medicina	6 (11,1%)	9 (10%)	0,025
A parte mais importante da consulta médica é o exame físico	10 (18,5%)	8 (8,9%)	0,22
Geralmente é melhor para os pacientes que eles não tenham uma explicação completa de sua condição médica	2 (3,7%)	3 (3,3%)	0,87

Itens EOMP	Feminino	Masculino	P valor
Os pacientes devem confiar no conhecimento de seus médicos e não tentarem descobrir sua condição por si mesmos	7 (13%)	15 (16,7%)	0,48
Quando os médicos fazem muitas perguntas sobre o histórico dos pacientes eles estão se intrometendo muito em questões pessoais	0	4 (4,4%)	0,56
Se os médicos são realmente bons em diagnóstico e tratamento a maneira com que eles se relacionam com o paciente não é tão importante.	1 (1,9%)	6 (6,7%)	0,29
Muitos pacientes continuam fazendo perguntas mesmo se não têm mais nada a aprender na consulta	1 (1,9%)	7 (7,8%)	0,32
Os pacientes devem ser tratados como parceiros do médico como poder, direitos e deveres semelhantes	8 (14,8%)	8 (8,9%)	0,15
Os pacientes geralmente querem ser tranquilizados em vez de ter informação sobre sua saúde	13 (24,1%)	24 (26,7%)	0,93
Se as características principais do médico é ser sincero e amigável ele não terá muito sucesso.	1 (1,9%)	(3,3%)	0,07
Quando o paciente discorda do seu médico é sinal que o médico não tem a confiança e o respeito do paciente	0	9 (10%)	0,015
Um tratamento pode não ter sucesso se estiver em conflito com o estilo de vida e os valores dos pacientes	49 (42,2%)	67 (57,8%)	0,029
A maioria dos pacientes quer entrar e sair do consultório do médico o mais rápido possível	2 (3,7%)	4 (4,1%)	0,13

Itens EOMP	Feminino	Masculino	P valor
O paciente deve estar sempre ciente que é o médico quem está no comando	2 (3,7%)	7 (7,8%)	0,03
Não é importante conhecer a cultura e a história do paciente para tratar a sua doença	1 (1,9%)	4 (4,4%)	0,05
Humor é um ingrediente principal do médico no tratamento do paciente	5 (3,5%)	13 (9,0%)	0,65
Quando o paciente procura por informações sobre seu estado de saúde por conta própria isso confunde mais do que ajuda.	9 (16,7%)	17 (18,9%)	0,87

Na análise pelas áreas de especialização (tabela 10) houve diferença estatisticamente significativa em 4 itens do EOMP. Na afirmativa 1 (*É o médico quem deve decidir o que será conversado durante a consulta*) observamos que nenhum dos residentes das áreas clínicas concordaram com a afirmativa contra 5,4% (n=3) dos residentes das áreas cirúrgicas (p=0,001). Na afirmativa 2 (*Embora a assistência médica seja mais impessoal hoje em dia, este é um pequeno prejuízo em troca dos avanços da medicina*) 5,6% (n=4) dos residentes das áreas clínicas concordaram com a afirmação em contraste com 12,5% (n=7) dos residentes das áreas cirúrgicas (p=0,005). Na afirmativa 14 (*A maioria dos pacientes quer entrar e sair do consultório do médico o mais rápido possível*) 4,2% (n=3) dos residentes das áreas clínicas concordaram com a afirmação contra 3,6% (n=2) dos residentes das áreas cirúrgicas (p=0,02) e na afirmativa 15 (*O paciente deve estar sempre ciente que é o médico quem está no comando*) finalmente 5,6% (n=4) dos residentes das áreas clínicas concordaram com a afirmação contra 7,1% (n=4) dos residentes de áreas cirúrgicas (p=0,02).

Tabela 10: Análise por itens da escala de orientação médico paciente por especialidades (concordância da afirmativa)

Itens EOMP	Cirúrgicas	Clínicas	P valor
É o médico quem deve decidir o que será conversado durante a consulta	3 (5,4%)	0	0,001
Embora a assistência médica seja mais impessoal hoje em dia, este é um pequeno prejuízo em troca dos avanços da medicina	7 (12,5%)	4 (5,6%)	0,005

Itens EOMP	Cirúrgicas	Clínicas	P valor
A parte mais importante da consulta médica é o exame físico	9 (16,1%)	7 (9,9%)	0,075
Geralmente é melhor para os pacientes que eles não tenham uma explicação completa de sua condição médica	3 (5,4%)	1 (1,4%)	0,33
Os pacientes devem confiar no conhecimento de seus médicos e não tentarem descobrir sua condição por si mesmos	11 (19,6%)	9 (11,7%)	0,47
Quando os médicos fazem muitas perguntas sobre o histórico dos pacientes eles estão se intrometendo muito em questões pessoais	2 (3,6%)	1 (1,4%)	0,23
Se os médicos são realmente bons em diagnóstico e tratamento a maneira com que eles se relacionam com o paciente não é tão importante.	3 (5,4%)	2 (2,8%)	0,23
Muitos pacientes continuam fazendo perguntas mesmo se não têm mais nada a aprender na consulta	4 (7,1%)	1 (1,4%)	0,25
Os pacientes devem ser tratados como parceiros do médico com poder, direitos e deveres semelhantes	4 (7,1%)	11 (15,5%)	0,27
Os pacientes geralmente querem ser tranquilizados em vez de ter informação sobre sua saúde	18 (32,1%)	13 (18,3%)	0,19
Se a característica principal do médico é ser sincero e amigável ele não terá muito sucesso.	1 (1,8%)	2 (2,8%)	0,26
Quando o paciente discorda do seu médico é sinal que o médico não tem a confiança e o respeito do paciente	3 (5,4%)	4 (5,6%)	0,14
Um tratamento pode não ter sucesso se estiver em conflito com o estilo de vida e os valores dos pacientes	3 (5,4%)	5 (7,0%)	0,13

Itens EOMP	Cirúrgicas	Clínicas	P valor
A maioria dos pacientes quer entrar e sair do consultório do médico o mais rápido possível	2 (3,6%)	3 (4,2%)	0,02
O paciente deve estar sempre ciente que é o médico quem está no comando	4 (7,1%)	4 (5,6%)	0,02
Não é importante conhecer a cultura e a história do paciente para tratar a sua doença	49 (87,5%)	68 (95,8%)	0,13
Humor é um ingrediente principal do médico no tratamento do paciente	18 (32,1%)	25 (35,2%)	0,92
Quando o paciente procura por informações sobre seu estado de saúde por conta própria isso confunde mais do que ajuda.	8 (14,3%)	13 (18,3%)	0,55

- Análise das subescalas compartilhamento e cuidado da escala de orientação médico paciente

Analisamos a EOMP através das médias obtidas pelos participantes do estudo nas subescalas compartilhamento e cuidado. Conforme podemos observar na tabela 11, houve diferença estatisticamente significativa quando correlacionamos as médias das subescala cuidado com o sexo. As mulheres obtiveram média 4,95 (DP=0,48) contra média de 4,63 (DP=0,68) dos homens ($p=0,001$). Não houve diferença estatisticamente significativa quanto à subescala compartilhamento.

Tabela 11: Análise das subescalas da escala de orientação médico paciente por sexo

	Feminino	Masculino	P valor
Compartilhamento	4,13 (DP 0,61)	3,95 (DP 0,57)	0,077
Cuidado	4,95 (DP 0,48)	4,63 (DP 0,68)	0,001

Na tabela 12 podemos observar que houve diferença estatisticamente significativa na subescala cuidado quando correlacionamos à especialidade de escolha da residência. Os residentes das áreas clínicas obtiveram média de 4,93 (DP=0,63) em comparação aos residentes das especialidades cirúrgicas que obtiveram média 4,56 (DP=0,52) ($p=0,001$). Não houve diferença estatisticamente significativa quanto à subescala compartilhamento.

Tabela 12: Análise das subescalas da escala de orientação médico paciente por grandes áreas

	Cirúrgicas	Clínicas	P valor
Compartilhamento	3,92 (DP 0,62)	4,11 (DP 0,55)	0,07
Cuidado	4,56 (DP 0,52)	4,93 (DP 0,63)	0,001

- Respostas ao índice de felicidade e satisfação com a vida

A tabela 13 mostra a análise das questões sobre felicidade com o trabalho. 66,7% (n=96) dos participantes da amostra haviam rido mais de cinco vezes nas últimas 24h, porém apenas 27,8% (n=40) da amostra relata ter tido um dia livre de dor, raiva ou preocupação. A maioria da amostra relata viver com mediana intensidade sua paixão pelo trabalho (61,1%, n=88).

Tabela 13 – Análise das frequências de respostas sobre felicidade e satisfação com o trabalho

Quantas vezes você riu nas últimas 24h?	Frequência	Porcentagem (%)
<2X	9	6,3
2-5X	39	27,1
>5X	96	66,7
O seu dia foi livre de dor, raiva ou preocupação?		
Não	104	72,2
Sim	40	27,8
Em que medida você vive seus valores e paixão pelo trabalho?		
Média paixão	88	61,1
Paixão intensa	56	38,9

Na tabela 14 analisamos a associação dos itens sobre a percepção subjetiva de felicidade e a EOMP. As perguntas “Quantas vezes você riu nas últimas 24 horas?”, “O seu dia foi livre de dor raiva ou preocupação?” e “Em que medida você vive seus valores e paixão pelo trabalho?” não apresentaram associação estatisticamente significativa com a EOMP.

Tabela 14: Análise da escala de orientação médico paciente e respostas sobre a percepção de felicidade.

	Centrado no médico	Centrado no paciente	P valor
Quantas vezes você riu nas últimas 24h?			0,45
<2X	4	5	
2/5X	23	13	
>5X	61	35	
O seu dia foi livre de dor raiva ou preocupação			0,91
Sim	66	38	
Não	25	15	
Em que medida você vive seus valores e paixão pelo trabalho			0,23
Média paixão	59	29	
Paixão intensa	32	24	

Também analisamos a média das respostas à pergunta “Atribuindo uma nota de 0 (nada satisfeito) até 10 (totalmente satisfeito), quão satisfeito você está com a sua posição de vida?” onde encontramos uma média geral de 8,13 com desvio padrão de 1,17

- Outras análises e associações

Na análise logística binária observamos a associação entre a especialidade

de escolha e a variável categorizada. Comparando com os participantes que escolheram áreas cirúrgicas, o odds ratio (OR) dos participantes que escolheram especialidades clínicas para o cuidado centrado no paciente foi de 3,04 (95% intervalo de confiança [95%IC] 1,39 – 6,60) no modelo cru ($p=0,005$) e 2,90 (95%IC: 1,29– 6,50) no modelo ajustado pelo sexo ($p=0,01$).

- Resumo dos resultados

Após a primeira análise dos dados nos concentramos em três hipóteses principais: qual a associação da religião com o cuidado centrado no paciente; qual a associação do sexo biológico com o cuidado centrado no paciente; e qual a associação da especialidade com o cuidado centrado no paciente.

Analisando os dados apresentados, podemos observar que ter uma religião ou o fato de o respondente da pesquisa se considerar praticante ou não de alguma religião não tem associação com o cuidado centrado no paciente ($p=0,64$ e $p=0,28$ respectivamente).

O sexo biológico do participante do estudo não apresentou associação com cuidado centrado no paciente, ($p=0,067$) porém na análise das subescalas podemos observar que os participantes do sexo feminino têm médias mais elevadas quando analisamos o construto cuidado quando comparados aos participantes do sexo masculino ($p=0,001$). Na análise por itens houve uma diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo quando analisamos as afirmativas da subescala cuidado, como por exemplo na afirmativa 2 - *Embora a assistência médica seja mais impessoal hoje em dia, este é um pequeno prejuízo em troca dos avanços da medicina* ($p=0,025$), o que corrobora a análise de subescalas.

A escolha de uma especialidade clínica também apresentou associação com o cuidado centrado no paciente, tendo os participantes que optaram por especialidades clínicas obtidos melhores médias na escala de orientação médico paciente que seus colegas que optaram por especialidades cirúrgicas. Na regressão logística binária ajustada pelo sexo obtivemos um OR= 2,9 quando comparamos participantes que escolheram áreas clínicas e cirúrgicas indicando uma chance 2,9 vezes maior do participante que escolheu uma área cirúrgica apresentar uma postura centrada no médico no cuidado com os seus pacientes.

DISCUSSÃO

Nosso estudo foi delineado para demonstrar quais características dos egressos das faculdades de medicina podem estar associadas à construção do cuidado centrado no paciente. Entendemos que essa construção, importante para alcançarmos os objetivos de formação do médico brasileiro como descritos na DCN de 2014, sofre influências de diversos fatores.

Iremos então, em um primeiro momento, discutir os conceitos de currículo formal e de currículo oculto. O currículo formal de um curso de Medicina poderia ser definido como os objetivos e competências que se espera de um aluno ao final do seu processo educacional que estaria explicitado no projeto pedagógico do curso nos planos de ensino das diferentes disciplinas que compõem aquela faculdade. É a face da formação do estudante que se dá a conhecer mais facilmente, a que todos têm acesso quando o curso é apresentado no primeiro dia de aula e que é referendada pela própria instituição de ensino.

Hafferty em artigo de 1998, diz que o ambiente de aprendizado teria influência de três esferas distintas, porém entrelaçadas: a esfera do aprendizado formal oferecido e endossado pela instituição; uma esfera não declarada e não escrita, predominantemente *ad hoc*, uma forma altamente interpessoal de ensino e aprendizagem que ocorre entre professor e aluno, chamada por ele de currículo informal, e a esfera das influências exercidas pela estrutura organizacional e cultura da instituição, chamada por ele de *currículo oculto*. O autor define o curso de Medicina como uma entidade cultural e uma comunidade moral intimamente envolvida na construção de uma definição de boa ou má medicina para seus alunos e classifica a educação médica como um processo cultural constantemente influenciado por forças externas e por problemas de integração interna. Afirma também, que nem tudo o que é ensinado no curso de medicina está nos livros e na anotação de aula. O currículo informal e oculto, o que se discute nos corredores, nos intervalos, nos momentos de confraternização, a forma com que os professores fazem a gestão da sua vida profissional, como a instituição faz a alocação de seus recursos, qual o jargão institucional dominante, serão fundamentais para que o aluno desenvolva sua identidade profissional⁵⁸.

Uma definição de identidade profissional é fornecida por Cruess em

artigo de 2014: “uma representação de si mesmo alcançada gradualmente ao longo do tempo, durante o qual as características, normas e valores da profissão médica são internalizados resultando em comportamento, pensamento e sensação de se sentir um médico.” Sugere ainda que há um ideal socialmente negociado do “bom médico” e que os comportamentos e atitudes do médico podem ser guiados por esse ideal de médico que, no entanto, muda ao longo do tempo e de acordo com as expectativas da sociedade⁵⁹.

Em artigo de 2020 Giligan et al advoga que a identidade profissional é o resultado do desenvolvimento gradual ao longo da formação médica de três construtos: o individual, os valores que o aluno já possui ao entrar na faculdade; o construto do cargo que ocupa, seja como estudante, interno ou residente; e o construto da própria profissão, valores do grupo profissional ao qual pertence. O médico que o estudante de medicina virá a ser é o resultado do processo gradual de desenvolvimento desses construtos, conceito que dialoga com o exposto por Cruess. O desenvolvimento desses atributos se processa no interior do curso de medicina através da socialização do estudante com seus pares, com seus professores, com sua instituição e com a sociedade de um modo geral⁶⁰.

Nosso estudo propôs então algumas variáveis que poderiam estar implicadas na formação do cuidado centrado no paciente entendendo que essa competência é um componente da identidade profissional do aluno.

Foram propostas as variáveis gênero, idade, instituição de formação, tempo desde a formação, orientação sexual, renda familiar, suporte social, religiosidade escolha da especialidade e percepção de felicidade e bem-estar. Dessas variáveis elegemos quatro grupos: escolha da especialidade, gênero, religiosidade e percepção de felicidade e bem-estar; as duas primeiras por terem mostrado associações estatisticamente significativas quando associadas à EOMP e as duas últimas por não constarem de muitos estudos discutindo sua associação com o cuidado centrado no paciente.

Estudos prévios nos mostram que o gênero está associado ao cuidado centrado no paciente. Wahlqvist et al concluíram que as mulheres têm um cuidado mais centrado no paciente⁴⁹ e Haidet et al notaram que as mulheres têm um desempenho melhor na subescala cuidado que os homens⁵⁰. Dados

das escolas médicas brasileiras revelaram que as mulheres têm resultados na média geral da EOMP moderadamente centrados no paciente enquanto homens têm média geral da EOMP centrada no paciente⁵³.

Na população estudada no nosso trabalho podemos observar que as mulheres não têm desempenho diferente dos homens na média geral da EOMP, porém há diferença significativa nas médias da subescala cuidado, mostrando mulheres com melhor desempenho na referida subescala e médias baixas na subescala compartilhamento, podendo significar que as mulheres médicas desse grupo não se demonstram afeitas ao compartilhamento de poder e informação com seus pacientes.

De acordo com o estudo de Mario Schaeffer, Demografia Médica, vemos que nos últimos anos houve uma nítida feminização dos cursos de medicina. Em 2020 a amostra geral dos médicos de Brasil mostra que 46,6% são mulheres. Um fato chama atenção no estudo Demografia Médica; no segmento dos médicos mais jovens, com idade até 29 anos, há nítida preponderância das mulheres (58,4%), dado diferente ao encontrado no nosso estudo no mesmo recorte de idade.⁶¹.

Uma consulta aos arquivos da COREME Santa Casa, conduzida pelo autor dessa tese, identificou nos últimos cinco anos a predominância de homens aprovados nos seus concursos, que pode estar relacionada com o perfil de vagas ofertadas e a procura por elas, ou ainda questões relativas ao processo de seleção propriamente dito.

Para analisar a questão de gênero e acesso ao curso de medicina iremos nos valer do conceito bourdieiano de *habitus*. Pierre Bourdieu define o conceito de *habitus* como “uma propriedade de atores (sejam indivíduos, grupos ou instituições) que é composta de uma estrutura estruturante e estruturada”. Estruturada pelo nosso passado e circunstâncias atuais, estruturante pois nosso *habitus* ajuda a moldar nossas práticas atuais e futuras e está inserido em uma estrutura ordenada sistemicamente. Essa estrutura seria composta por um sistema de disposições, sendo que a disposição seria o resultado de uma ação organizadora por um lado e por “uma maneira de ser, um estado habitual e, em particular, uma predisposição, uma tendência ou uma inclinação”. O *habitus* dessa forma gera crenças percepções, sentimentos etc., de acordo com sua própria estrutura⁶².

Bourdieu também escreve que nossas práticas não são resultado apenas do *habitus* mas de uma “relação inconsciente entre um *habitus* e um campo. Utilizando a analogia de um campo de futebol, onde o campo seria o local onde o jogo social aconteceria, o campo social teria: limites pré-determinados, regras que os jogadores novatos têm que aprender e a posição do jogador no campo diria o que o jogador pode ou não pode fazer⁶².

Segundo Bourdieu o estudo do campo social é de grande importância pois

Compreender a gênese social de um campo, e aprender aquilo que faz a necessidade específica da crença que o sustenta, do jogo de linguagem que nele se joga, das coisas materiais e simbólicas que nele se geram, é explicar, *tornar necessário*, subtrair ao absurdo do arbitrário e do não-motivado os atos dos produtores e as obras por eles produzidas (...) ⁶³. (grifo do autor)

O nosso campo, no caso particular desse trabalho, seria o curso de medicina.

A pesquisadora Rebeca Contrera relata que as políticas institucionais ainda não têm se adaptado às necessidades femininas, mantendo-se nos concursos e escolhas de carreira dentro da medicina uma “hierarquização de gênero”⁶⁴.

Tania dos Santos, citando Bourdieu, afirma que a dominação masculina se manifesta nas coisas objetivas, por exemplo, nas divisões de espaços femininos e masculinos e na conformação dos corpos e mentes dos sujeitos sociais criando um *habitus* sexuado⁶⁵.

A pesquisadora Rebeca Contrera nos fala sobre os estereótipos de gênero dentro das escolas médicas, carreiras que são reservadas para mulheres e carreiras que são reservadas para os homens, instituições femininas e masculinas, e da falta de acolhimento para as mulheres nessas carreiras e instituições⁶⁴.

Podemos pensar então que essa característica das mulheres da nossa amostra, ou seja, uma média do EOMP centrada no médico, se dê pelo processo de socialização durante a formação médica.

Como processo de socialização, o papel social na carreira médica tem perspectiva de mudança à medida que há uma possibilidade de transformação na escola médica. Novamente citando a pesquisadora Rebeca Contrera os principais problemas elencados para a dificuldade da mulher na carreira

médica, e que poderiam influenciar na forte concentração de poder na nossa amostra, seriam:

- A ausência de *role models* femininos;
- A desconfiança de que a mulher não tenha a mesma capacidade e competência que o homem
- A exigência de uma dedicação maior que a da média masculina na carreira, para que a mulher mostre que é capaz na mesma medida⁶³.

Interessante notar que Bourdieu nos alerta que o campo pode mudar mais rapidamente que o *habitus*, ou seja, essas mudanças estruturais podem já estar acontecendo em muitos lugares, mas a sua tradução na mudança do *habitus* ainda demora criando um efeito de histerese⁶².

Nosso estudo mostra que não há diferenças entre homens e mulheres que escolheram especialidades cirúrgicas em comparação com homens e mulheres que escolheram especialidades clínicas, todos eles com médias gerais centradas no médico, porém quando comparamos os homens que optaram por cirurgia com os homens que optaram pela clínica vemos que esses têm postura mais centrada no paciente que aqueles ($p=0,016$).

Um estudo com residentes irlandeses mostra que as mulheres identificaram problemas que a autora considera como problemas de gênero tanto em mulheres das áreas clínicas quanto em mulheres das áreas cirúrgicas. Esse estudo aponta diferenças significativas entre homens e mulheres em situações como perda de oportunidades nas carreiras ligadas ao gênero, no impacto negativo sobre suas carreiras de tarefas fora do hospital (maternidade, cuidado com os filhos) e que o gênero afetou negativamente o processo de escolha da carreira ($p<0,001$)⁶⁶.

Kobayasi em estudo com residentes de clínica médica do HCFMUSP mostra as residentes do gênero feminino muito inseguras com o seu desempenho, mesmo que apresentem desempenho acadêmico similar aos homens. A autora discorre sobre a autopercepção negativa da mulher quando comparada aos homens e uma constatação de que os homens não têm tanto apego aos detalhes e aos acontecimentos do dia a dia da profissão quanto elas, o que os faria sofrer menos e ter uma percepção melhor da qualidade de vida⁶⁷.

Podemos inferir que a não-diferença observada em nossa amostra entre as mulheres de ambos os grupos, todos com tendência ao cuidado centrado

no médico, ou seja, com mais concentração de poder nas mãos do médico e com uma postura distante dos pacientes, reforce ainda mais os argumentos expostos acima.

Apesar de não ser de o escopo deste trabalho realizar uma discussão sobre gênero, entendemos que esse é um resultado relevante para a discussão como um todo sobre o cuidado centrado no paciente e sua tendência na população desse estudo.

O segundo resultado a ser analisado nessa discussão é a diferença estatisticamente significativa entre egressos que optaram por carreiras clínicas e egressos que optaram pela carreira cirúrgica.

Um primeiro ponto de discussão será a divisão das especialidades em cirúrgicas e clínicas. O critério utilizado foi a característica principal da especialidade em ser mais fortemente cirúrgica ou clínica. Um critério que pareceria óbvio em algumas especialidades como clínica médica, ginecologia e obstetrícia ou cirurgia geral se mostra insuficiente para classificar algumas especialidades, notadamente a anestesiologia.

Apesar de a literatura consultada não fechar questão sobre a anestesiologia ser uma especialidade cirúrgica ou clínica⁶⁸, nós consideramos essa especialidade uma especialidade “híbrida”, pois está inserida fortemente no cenário cirúrgico, podendo dessa forma ter comportamentos comuns aos dois campos de prática, tendo sido por esse motivo descartados os sujeitos de pesquisa que optaram por essa especialidade.

Nosso estudo mostrou que os egressos que optaram por uma especialidade cirúrgica têm maior tendência ao cuidado centrado no médico e no não compartilhamento que os egressos que optaram por uma especialidade clínica ($p < 0,004$). Além disso, na regressão logística ajustada pelo sexo temos uma chance 2,9 vezes maior de um egresso que optou por uma especialidade clínica ter um cuidado centrado no paciente que seus colegas das especialidades cirúrgicas 2,90 (95%IC: 1,29– 6,50).

Tomaremos como exemplo, para o início da discussão, o escritor e médico mineiro Pedro Nava, que nos seus escritos memorialistas sobre o início de sua vida acadêmica no livro “O anfiteatro” oferece-nos uma visão bastante interessante, e ainda hoje facilmente encontrada, de uma relação entre o professor cirurgião e seus alunos:

Nunca nos momentos de maior êxito de minha vida de médico – conquista de várias chefias de serviço, livre docência, duas cátedras,

professorado emérito, *honoris causa*, três academias, sociedades estrangeiras, presidência de sociedade continental – nunca na minha vida de médico tive a ectasia, o orgulho e a sensação de plenitude que sentia naquele 1926. Quintanista de medicina! Interno residente da Santa Casa! Quase interno da Clínica Ginecológica e Cirurgia de Mulheres! Amigo íntimo e favorito! de professor dos mais temidos e ainda por cima Diretor da Faculdade! Um altar que eu tivesse para Hugo Furquim Werneck ainda seria pouco. Eu testemunhava, frequentando seu serviço acompanhando suas visitas e assistindo a suas intervenções – os rodamosinhos da sua cólera, as explosões dos seus atos irresistíveis, da sua inapreciação exata dos gestos que praticava e dos juízos que emitia; percebia a instabilidade do seu humor (...) – que lhe falseava o juízo, enganava e levava às interpretações as mais errôneas...⁶⁹.

Esse parágrafo nos parece um exemplo do que chamamos de currículo oculto tal como apresentado no início da discussão. A referência do memorialista ao célebre professor, que em um primeiro momento explicita apenas a admiração do aluno, termina com a percepção irônica do quanto o “mestre” era vítima de seu próprio engano e da idealização do lugar social do médico, o que o levava a enganos e equívocos.

Por essa razão, faz-se necessário discutir os conceitos de socialização e de função social. Iremos utilizar como base da nossa discussão elementos da teoria sociológica da interpretação funcionalista.

Segundo o sociólogo Florestan Fernandes, o conceito de uma interpretação funcionalista seria:

uma análise que tem por objeto descobrir as conexões que se estabelecem quando unidades do sistema social concorrem, com sua atividade, para manter ou alterar as adaptações, ajustamentos e controles sociais de que dependem a integração e a continuidade do sistema social, em seus componentes nucleares ou como um todo. Essas conexões podem ser definidas desse modo com a função social daquela determinada unidade.⁷⁰

Florestan Fernandes em sua obra discute sobre o autor Robert K. Merton, que na década de 1960, fez uma revisão crítica do conceito da interpretação funcionalista e estuda exatamente a socialização do estudante de medicina. Segundo Merton o método funcionalista seria uma forma de interpretação da realidade. Para Merton as atividades sociais padronizadas ou os itens culturais são funcionais para a ordem social, ou sistema cultural global; todos os itens sociais e culturais preenchem funções sociológicas e conseqüentemente são indispensáveis à análise. Apesar de o autor alertar que os postulados não são todos indispensáveis nem teriam valor heurístico, essa análise vê como importantes os três postulados de Merton para a análise funcional dessa função social específica, qual seja, as características relativas ao cuidado do paciente em dois grupos de egressos da Faculdade de Medicina: os clínicos e os cirúrgicos⁷⁰.

Merton nos diz que o objetivo da educação médica seria moldar o noviço em um médico praticante, efetivo, dando a ele as melhores ferramentas e conhecimentos disponíveis e promover no aluno sua identidade profissional para que ele pense, aja e se sinta um médico.

Podemos então dizer que a Faculdade de Medicina apresenta dois grupos socialmente distintos, o dos clínicos e dos cirurgiões, e que essas funções sociais estão tão bem estabelecidas a ponto de moldar a identidade profissional dos egressos no que tange ao seu cuidado com o paciente?

A autora Patricia Bellodi faz uma extensa revisão de literatura sobre os estereótipos sobre esses dois grupos de médicos, os cirurgiões e os clínicos, e conduz um estudo sobre esse mesmo tema em residentes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Comparando a revisão de literatura e os achados nos residentes brasileiros, vemos uma enorme congruência entre os estereótipos desses dois grupos. Os médicos clínicos seriam vistos como médicos sensíveis, preocupados com o paciente, com uma visão global do seu paciente, dando atenção aos aspectos mais sugestivos do cuidado, calmos, tranquilos e equilibrados, um médico teórico e pouco objetivo, dedicado ao trabalho, mas insatisfeito com sua remuneração. Já os médicos cirurgiões são vistos como médicos com visão apenas parcial do paciente, resolutivo e prático nas decisões, distante e frio com o paciente, agressivo e invasivo, ansioso, nervoso e temperamental, mal-educado e com um conhecimento limitado⁷¹.

Se recorrermos a dados da nossa pesquisa podemos realizar um paralelo entre esses estereótipos e as afirmativas da EOMP. Na afirmativa *“Embora a assistência médica seja mais impessoal hoje em dia, este é um pequeno prejuízo em troca dos avanços da medicina*, temos uma diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos do grupo clínico e os indivíduos do grupo cirúrgico ($p=0,005$) sendo que 12,5% dos indivíduos do grupo cirúrgico concordaram com a afirmativa contra 5,6% dos indivíduos do grupo clínico. Esse achado condiz com o estereótipo do cirurgião prático, resolutivo e frio no trato com os pacientes. Em outra afirmativa *“O paciente deve estar sempre ciente que é o médico quem está no comando”* que também apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,02$) com a concordância de 7,1% dos indivíduos do grupo cirúrgico contra 5,6% dos

indivíduos do grupo clínico podemos vislumbrar o cirurgião arrogante e dominador de que nos fala o estudo dos estereótipos.

Diante do que expusemos talvez possamos levantar a hipótese de que a orientação ao cuidado centrado no médico dos indivíduos do grupo cirúrgico seja influenciada pela formação desses dois grupos já nos primeiros anos da faculdade. Dois grupos sociais diferentes dentro do mesmo grande grupo dos alunos de medicina e que são submetidos à formação de um *habitus* próprio que mantém a estabilidade desses grupos.

No seu trabalho, Patricia Bellodi também disserta sobre a escolha da carreira pelos alunos de medicina. Segundo ela os estudantes fazem a opção pela carreira cirúrgica logo nos primeiros anos da faculdade, ao contrário dos clínicos que maturaram essa decisão ao longo dos anos de formação. Entre os motivos listados pela autora para a escolha precoce da carreira cirúrgica estão a aura de status que envolve o cirurgião, os ganhos supostamente mais elevados, a resolutividade das intervenções médicas e a relação médico paciente mais direta⁷¹.

Cabe lembrar que o aluno que seguirá a carreira cirúrgica escolhe precocemente embasado em conceitos que ele não conheceria por ainda não ter sido exposto a eles. Como explicar tal fato?

O currículo informal/oculto talvez nos dê alguma pista. Podemos dizer que o currículo oculto compreende vários elementos: os “role models”, as regras impostas pela instituição e pelos diversos grupos, a ética médica, o jargão médico, o desenvolvimento ou a perda do profissionalismo e a hierarquia. São muitos os relatos de alunos que escolheram uma carreira cirúrgica dizendo que a escolha foi precoce porque tinham que participar de grupos de cirurgiões, de ligas acadêmicas e de outras atividades para conseguirem a vaga na residência médica ou serem aceitos nos grupos de veteranos e residentes da cirurgia. O mesmo fato não se observou nos grupos de clínicos⁷².

Apoiados novamente no conceito bourdiesiano de *habitus* e de campo podemos dizer que no campo do curso de medicina existiriam dois subgrupos; o dos clínicos e o dos cirurgiões. Pelo exposto parece que o *habitus* do grupo dos cirurgiões é estruturado mais cedo que o do grupo dos clínicos.

Segundo Bourdieu a educação organizada produz um efeito profundo e

duradouro nos indivíduos. O curso de medicina como modelo de educação organizada não fugiria à regra. Aprofundando um pouco mais o conceito de *habitus*, Bourdieu o define como um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciação e de ações. E por isso mesmo é adaptação e ajustamento ao mundo⁶².

O *habitus* dos indivíduos do grupo cirúrgico deve ser, portanto, analisado levando-se em conta o desejo da sociedade, a pressão cultural (currículo oculto) que exerce seu grupo, o *habitus* do grupo com um todo, mas também a pulsão individual que ocorre em todo o processo de escolha. A escolha, portanto, seria o produto da relação entre o *habitus* e as pressões de uma conjuntura.

Michel Foucault, em *O Nascimento da Clínica*, discute a formação das faculdades de medicina como as conhecemos hoje do final do século XVIII impulsionadas pela Revolução Francesa. É naquele momento histórico que se organiza um modo de ensino da medicina dentro de uma instituição hospitalar, à beira do leito do paciente, já em uma demonstração de uma construção mítica da pessoa doente como centro das atenções e do cuidado médico. Se desde aquela época a centralidade do paciente não é uma realidade de toda verdadeira ela cria o *ethos* de uma profissão, a do médico, e de um tipo específico de médico que viria a ser o que hoje poderíamos chamar de médico clínico e das especialidades clínicas. O contraponto seria dado pelos profissionais que exerciam um tipo de medicina não regulamentada, bastante empírica e muito mais próxima da população, medicina essa ligada à misticismos e fundamentalmente mais prática, baseada na resolução dos problemas cotidianos da população e não no refinamento de um raciocínio clínico organizado no qual a figura emblemática seria o prático ou cirurgião-barbeiro que podemos considerar como um “proto-cirurgião”, ancestral das especialidades cirúrgicas. A clínica cirúrgica que começava a ser ensinada nas novas escolas de medicina, sendo mais teórica do que prática, estaria distante da vida do cidadão real, afastando-se da realidade do cirurgião prático⁷³

É importante comentar que a motivação para essa nova conformação da profissão médica tem motivos além da regulação da boa prática médica aos cidadãos. A regularização da profissão médica nesse momento também é

importante para que ela seja enquadrada em uma nova ordem social e econômica transformando a prática médica em uma profissão liberal, dentro do conceito de liberalismo econômico de Adam Smith, mas também fechada para um grupo selecionado através de normas, regulações e avaliações. Nesse momento da história da formação da medicina criam-se dois tipos distintos de médicos: os práticos, cirurgiões-barbeiros, e toda a sorte de médicos que usavam do saber popular para a cura e poderiam exercer sua profissão após acompanhar um doutor formado e os clínicos e cirurgiões *de verdade* que deveriam passar pelo ensino formal, com avaliações formais.

“A prática exigida do oficial de saúde (o prático) é um empirismo controlado, saber fazer depois de ser visto, a experiência é integrada no nível da percepção, da memória e da repetição. Na clínica trata-se de uma estrutura muito mais sutil e complexa, em que a integração da experiência se faz de um olhar que é ao mesmo tempo, saber: é toda uma nova codificação do campo de objetos que intervém. Abrir-se-á a prática aos oficiais de saúde, mas reservar-se-á aos médicos à iniciação clínica.”⁷³

Apesar de clínica aqui ser entendida como todo o campo do fazer médico, seja clínico ou cirúrgico, fica claro que os primeiros, os práticos, são alunos que precocemente se decidem pela área cirúrgica, aqui denominados pelo autor dessa tese de “proto-cirurgiões”.

Parece-nos, dessa forma, que todas essas mudanças ocorridas no ensino da medicina do século XVIII e que moldaram nossa moderna escola de medicina possam ter impactado na formação do estereótipo dos cirurgiões e clínicos e fomentando uma-certa rivalidade entre esses dois grupos dentro das faculdades de medicina que perdura até hoje.

É importante ressaltar também que o curso de medicina não é impermeável às mudanças da contemporaneidade. Um projeto de 2009 intitulado “Avaliação das tendências de mudanças das escolas médicas” se propôs a mapear as escolas de medicina do território nacional e registrar a adequação dessas escolas às novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina⁷⁴. Artigos recentes mostram o esforço das instituições de ensino em discutir o racismo estrutural e a diversidade dentro das escolas⁷⁵, em como minimizar as diferenças de gênero na formação e nas diferentes especialidades⁵⁹ e em como introduzir o ensino de atitudes centradas no paciente nos alunos da graduação em medicina⁷⁶, mas aqui, mais uma vez,

temos que lembrar do efeito de histerese de que nos fala Bourdieu, ou seja, da não sincronidade entre a mudança da instituição e da mudança do *habitus* dos grupos que a constitui.

Porém, partindo-se do senso comum aceito pela comunidade médica e reforçado pela sociedade de que os indivíduos do grupo cirúrgico são menos centrados no paciente e mais centrados no médico, nossos achados confirmam essa hipótese e demonstram que a temporalidade e a evolução da formação médica não transformaram essa realidade. Se não surpreende ao menos nos dá a inferência de que o curso de medicina é uma estrutura que socialmente funciona para que isso ocorra. Os indivíduos do grupo cirúrgico agem dessa forma porque seguem o *habitus* do seu grupo social referendado pelo universo institucional do curso de medicina.

Posições hierárquicas de residentes e veteranos e a pressão do *habitus* do grupo dos cirurgiões estimulam os novatos (ou postulantes) na carreira a seguirem uma série de comportamentos pré-estabelecidos e assim manterem o equilíbrio desse grupo perante o grupo maior do curso de medicina e da instituição de ensino. Mantém-se dessa forma os estereótipos de poder e status da carreira cirúrgica, de especialidade que não é para fracos, não é para mulheres, fazendo com que esse grupo não perca posições dentro da hierarquia médica em um momento de mudança de paradigmas na medicina, como a maior feminização e a pressão para um cuidado médico mais horizontal e centrado no compartilhamento com o paciente como valor fundamental para a formação do médico.

Outro resultado da nossa pesquisa que suscita a discussão é o papel da religiosidade no cuidado centrado no paciente. No nosso estudo não houve diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que professam diferentes religiões nem nos indivíduos que se dizem praticantes e os não praticantes dentro do grupo dos que disseram ter alguma religião.

É importante conceituarmos alguns termos relativos a esse tema como religiosidade e espiritualidade. A autora Larissa Cruvinel em seu trabalho de 2021 fala que religiosidade é:

“o quanto um indivíduo acredita em uma religião, a prática como um sistema organizado de crenças e que se insere em uma comunidade definida enquanto a espiritualidade é a busca pessoal sobre questões existenciais, como o sentido da vida, relações com o transcendente, incluindo ou não uma atuação formal”.

Essa autora estudou a relação entre a religiosidade/espiritualidade e transtorno mental (ansiedade) em estudantes de medicina por meio do questionário de DUKE validado para o português brasileiro e não encontrou associação estatisticamente significativa. O instrumento utilizado pela autora não diferencia espiritualidade e religiosidade⁷⁷.

Interessante notar que a distribuição das religiões e da frequência de indivíduos que se autodeclararam sem religião foi muito semelhante ao achado no nosso estudo, estando de acordo também com os últimos dados do IBGE sobre a distribuição religiosa dos brasileiros, que mostra uma tendência ao aumento dos indivíduos sem religião formal. Esse estudo do IBGE de 2010 mostra um declínio na porcentagem de pessoas que se autodeclararam pertencentes a uma religião e isso mostra uma tendência mundial de diminuição do vínculo entre as pessoas e uma religião formal, uma comunidade religiosa ou um rito religioso formal. No último censo a religião católica apresentou uma queda de 12,2% entre seus fiéis, lembrando que, a despeito disso, o Brasil ainda é a maior nação católica do mundo. Apesar de haver um aumento no número de pessoas de outras vertentes religiosas, notadamente a evangélica, o censo mostra uma queda nos números absolutos das pessoas que se dizem pertencentes a uma religião⁷⁸.

Outro estudo brasileiro que relaciona a espiritualidade com o cuidado com o paciente é um estudo de 2020 que estudou a religiosidade/espiritualidade (que o autor agrupa no termo “crenças”) em médicos e residentes de uma Universidade Federal do Rio de Janeiro. Esse estudo qualitativo se propôs a analisar como a religiosidade de médicos e residentes do hospital ligado à universidade poderia ter influência no cuidado em saúde oferecido. O estudo discute inicialmente como os médicos não recebem nenhum treinamento para lidar com as questões sobre religião e espiritualidade dos seus pacientes apontando para uma não valorização da espiritualidade/religiosidade no ensino médico. Usando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) os autores concluíram, entre outros, que os médicos que se disseram mais religiosos, que têm e professam alguma religião se sentiram mais confortáveis para criar vínculo com seus pacientes e tiveram mais facilidade em demonstrar empatia. Esse estudo também não diferencia

espiritualidade de religiosidade na sua análise⁷⁹.

Em um estudo de 2020 da Universidade Federal de Juiz de Fora os autores, estudando as diferenças entre os gêneros de empatia e bem-estar em estudantes de medicina, utilizaram um instrumento, o ESWIN, que mede a “abertura à espiritualidade”. Esse estudo nos mostra que as mulheres têm mais empatia e mais espiritualidade do que os homens ao longo do curso. Como não houve comparação entre empatia e espiritualidade, não sabemos se há alguma relação entre os indivíduos mais empáticos e os mais abertos à espiritualidade⁸⁰.

Tendo em vista os estudos acima, o nosso trabalho avaliou a religiosidade dos participantes e não a sua espiritualidade. Nossa hipótese é a de que a religiosidade talvez não seja o melhor parâmetro a ser estudado quando queremos avaliar o cuidado centrado no paciente que, dentre outros aspectos, tem íntima relação com altruísmo e empatia.

Algumas pesquisas mostram uma tendência ao aumento da discussão da espiritualidade entre os médicos, talvez por entenderem que a espiritualidade pode estimular a adesão dos pacientes ao tratamento e é um dos fatores que podem melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

No artigo de Tsimtsiou et al, os autores também estudaram o cuidado centrado no paciente em médicos de um hospital de Atenas e a contrapartida dos pacientes desse cuidado centrado no paciente, ou seja, o quanto os pacientes gostariam de ter um cuidado em saúde com mais compartilhamento do seu médico assistente, os pacientes que tinham mais espiritualidade, mensurada através do instrumento God Locus of Health Control (GLHC) que mostrava o quanto os pacientes teriam um lócus de controle externo (numa divindade ou numa força superior) tiveram uma média do EOMP mais “centrada no paciente”, mostrando que a espiritualidade, pelo menos no que tange ao paciente, tem influência positiva no cuidado centrado no paciente⁴⁸.

A espiritualidade pessoal do médico ou do aluno de medicina é pouco explorada nos trabalhos consultados, sendo mais comum a pesquisa da espiritualidade como uma ferramenta para o cuidado do paciente.

Uma hipótese a ser considerada para estudos futuros poderá ser o papel da espiritualidade, e não da religiosidade, do médico na construção de um cuidado em saúde centrado no paciente.

Nossa pesquisa também avaliou a percepção subjetiva de felicidade e de satisfação com o trabalho dos egressos da amostra e mediu a associação dessas variáveis com o cuidado centrado no paciente. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas nos itens “Quantas vezes você riu nas últimas 24 horas?” ($p=0,47$), “Em que medida você vive seus valores e paixão pelo trabalho?” ($p=0,23$) e “Seu dia foi livre de dor raiva e preocupação?” ($p=0,91$).

A inclusão de variáveis que podem indiretamente nos fornecer dados sobre a percepção de felicidade dos integrantes da amostra é importante quando falamos na formação de um médico humano e com postura centrada no paciente.

Yoo e Kim, em artigo de 2019, definem “felicidade” como uma dimensão da experiência particular do indivíduo que intersecciona a qualidade de vida com a sensação subjetiva de bem-estar, tendo como pontos em comum aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais, um julgamento portanto subjetivo influenciado por fatores ambientais. Esse estudo avaliou alunos do 1º ao 6º ano de um curso de medicina da Coreia do Sul através da aplicação do questionário DREEM para exploração do ambiente de ensino e de um único item para mensurar a felicidade; a pergunta: “Até que ponto você acha que está vivendo uma vida feliz?”, a ser respondida com uma escala Likert de 11 pontos (0 a 10). Os resultados mostraram uma percepção do ambiente educacional mais positiva nos anos de internato (5º e 6º anos), mas a percepção subjetiva de felicidade não mudou ao longo dos anos do curso de graduação. Porém a regressão multivariada mostrou associação das subescalas SPT e SSSP do DREEM, sendo esses dois construtos considerados preditores de felicidade no curso ($\beta= 0,628$, $p<0,001$ e $\beta=-0,131$, $p<0,027$ respectivamente). Os autores associam esse achado às especificidades da cultura oriental, como a orientação para o coletivo⁸¹.

Considerando as definições desse estudo, ou seja, a percepção de felicidade como uma percepção da qualidade de vida, é interessante analisarmos um artigo brasileiro que avaliou a correlação entre ambiente educacional e qualidade de vida. Nele os autores avaliaram essa associação através do questionário DREEM e do questionário WHOQOL-BREF, um questionário sobre a qualidade de vida com domínios relativos a ambiente,

saúde física, saúde psicológica e suporte social, em uma amostra multicêntrica de 1350 alunos de medicina de 22 escolas médicas de todo o Brasil. Um dos achados foi que, ao contrário do estudo coreano, os alunos brasileiros têm uma melhor percepção da sua qualidade de vida quanto melhor eles avaliam o seu ambiente de ensino e isso se mantém em todos os construtos do DREEM. O artigo brasileiro também mostra uma percepção mais negativa do ambiente educacional nos anos do internato, uma vez que na nota de corte o score descrito por Sylvia ainda se enquadra em visão positiva, mas mais baixo que nos anos anteriores⁸².

Os dados da nossa pesquisa não mostram a associação da percepção de felicidade do egresso e sua postura centrada no paciente e mesmo por isso temos que discutir os possíveis vieses da nossa coleta. O momento da nossa coleta, a matrícula para o primeiro ano da residência, pode por si só ser um viés para essa pergunta. É um momento que, apesar das apreensões do início de uma nova fase da vida, coroa o fim da graduação e ter sido selecionado no concurso de residência, podendo aumentar a sensação subjetiva de felicidade. As porcentagens apresentadas nas afirmativas utilizadas para a percepção subjetiva de felicidade e a média sobre a satisfação com a vida (8,13, DP=1,17) podem apontar para isso.

Apesar de serem difíceis as comparações com outros estudos, pois a nossa avaliação da percepção subjetiva de felicidade não se utilizou de um instrumento padronizado, um estudo da Arábia Saudita realizado com médicos e dentistas de uma universidade do Oeste da Arábia Saudita mostrou uma percepção subjetiva de felicidade quando usado o instrumento SHS, instrumento esse com quatro afirmativas numa escala likert de 7 pontos (não me sinto feliz até me sinto extremamente feliz), mostra média geral dos estudantes do pré-internato de 4,57 e de estudantes do internato de 4,8 considerado uma percepção mediana de felicidade⁸³.

Estudar a percepção de felicidade no egresso do curso de medicina se mostra importante quando falamos no cuidado centrado no paciente por alguns motivos. Sendo a felicidade uma dimensão do bem-estar do indivíduo, podemos dizer que o estudo da felicidade é uma parte do estudo da ciência social do bem-estar, e esse estudo é importante para o melhor entendimento da vida social dos seres humanos, maneiras como o indivíduo interage com os

outros e com as instituições às quais pertencem. Considerando a felicidade como uma combinação das avaliações da vida do indivíduo, seus sentimentos negativos e positivos, ela pode ser considerada um excelente marcador para a percepção subjetiva do bem-estar. John Helliwell, em artigo de 2018, afirma que quando entrevistados respondem à pergunta “o quão feliz você se sente com a sua própria vida?” eles acessam aspectos filosóficos do conceito de boa vida que inclui honestidade, generosidade, senso de propósito e cuidado com o próximo. Outro dado é que pessoas com ações mais voltadas para o próximo são mais felizes em diversas pesquisas pois a generosidade e o cuidado com o próximo parecem ativar áreas do cérebro associadas à recompensa. O autor ressalta que a pesquisa da felicidade nos ambientes acadêmicos é importante para examinarmos como o ambiente educacional está preparando esse aluno para o futuro pensando no desenvolvimento de empatia e dos altos níveis de conexão social e engajamento⁸⁴.

Não encontramos na nossa revisão de literatura estudos que associem especificamente felicidade e o cuidado centrado no paciente sendo, portanto, uma indicação interessante para estudos futuros, principalmente quando pensamos que a felicidade está envolvida na análise da qualidade de vida do estudante de medicina e que esta qualidade de vida irá influenciar a aquisição de competências entre elas o cuidado centrado no paciente.

Nosso estudo tem como limitação se tratar de um estudo transversal, portanto, serve a análise de associação, e da mesma forma os resultados podem não refletir a realidade de outro grupo de egressos do curso de medicina, uma vez que a coleta foi realizada no momento de inscrição para a prova de residência médica em uma instituição.

Porém, nossos dados podem apontar para alguns temas interessantes para novos estudos e considerações relativas à formação médica do país. O achado dos médicos egressos que escolheram carreiras cirúrgicas serem mais centrados no médico que seus colegas clínicos apontam para uma manutenção de um *habitus* desse grupo que não se mostra coerente com as mudanças contemporâneas do curso de medicina e com as diretrizes curriculares nacionais. Medidas de vigilância e educação podem ser úteis para que esse efeito de histerese do grupo das especialidades cirúrgicas seja o mais breve.

Novos currículos para cursos de medicina têm sido propostos e

implantados ao redor do mundo, com claro objetivo de integrar conteúdos, usar métodos ativos, humanizar práticas e favorecer a formação de um médico generalista e que expresse profissionalismo.

Talvez ainda falte transformar o currículo oculto e as relações de poder no ambiente acadêmico no que diz respeito ao relacionamento entre os professores de medicina e os seus alunos, como diz Haiddet⁸⁵. Uma relação professor-aluno pautada por outras premissas, com o professor atuando como um educador e um parceiro mais do que como chefe, e com o aluno tendo mais modelos de profissionais centrados no paciente, por meio de relações menos hierárquicas talvez sejam um caminho para essa mudança.

Essa “nova” relação professor aluno estaria em total consonância com os princípios da pedagogia de Paulo Freire já discutidos neste trabalho, segundo a qual o professor estaria sempre atento aos saberes do aluno, estimulando ativamente sua criticidade e se tornando efetivamente o modelo daquilo que advoga na teoria³⁷.

Nosso trabalho abre espaço para novas perspectivas de análise da construção do cuidado centrado no paciente nos alunos do curso de medicina, apontando para a necessidade de um olhar mais cuidadoso para o currículo oculto e sua implicação na formação dos alunos no que diz respeito a competências importantes e esperadas pela sociedade como é o cuidado centrado no paciente.

CONCLUSÕES

De acordo com as análises apresentadas podemos concluir que há uma associação significativa entre a escolha de uma especialidade cirúrgica e a tendência ao cuidado em saúde centrado no médico. Essa tendência parece se dar pela manutenção de um *habitus* do grupo social dos cirurgiões ainda não permeável às mudanças contemporaneamente propostas para os cursos de medicina.

Há uma associação do gênero feminino com uma tendência ao cuidado mais centrado no paciente, notadamente na subescala cuidado da EOMP, embora no score geral não tenham atingido a média de corte para o cuidado centrado no paciente.

As variáveis religiosidade e percepção subjetiva de felicidade não apresentaram associação estatisticamente significativa com o cuidado centrado no paciente mensurado por meio da EOMP.

Além dessas variáveis, as variáveis orientação sexual, local de formação, natureza jurídica da faculdade de origem, faixa de renda da família, nível de escolaridade dos pais, idade, experiência prévia com doenças pessoais ou na família, experiência com trabalho voluntário e suporte social não apresentaram associação significativa com melhores ou piores escores na EOMP.

Bibliografia

1. Ishikawa H, Hashimoto H, Kiuchi T. The evolving concept of “patient-centeredness” in patient-physician communication research. *Soc. Sci Med.* 2013;96:147–53.
2. Stewart, M. A., Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can. Med. Assoc. J.* – May 1, 1995, 152 (9).
3. Foucault, M., O nascimento da Clínica. 7ª edição. Editora forense universitária. 2015
4. Golden, R.L., Willian Osler at 150. *JAMA*, December 15, 1999 – Vol. 282 No 23.
5. McWhinney, I, R. The evolution of clinical method. In: Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W. W., McWhinney, I.R., McWilliam, C.L. and Freeman, T. R. *Patient-Centered Medicine. Transforming the clinical method.* Third edition. Radcliffe Pub. Ltd. 2014 pág. 18-32
6. Balint, M. The structure of training-cum-research-seminars. Its implication for Medicine. *J. Roy. Coll. Gen. Pract* – 1969, 17, 201.
7. Ballint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu; 1998
8. Engel, G. L., The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977, 196, 4286, 129-136
9. Ilich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975
10. Camargo-Júnior KR. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica.* São Paulo: Hucitec; 2003
11. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da pratica médica. *Cad. saúde pública* 1999;15(3) :647-54.
12. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva* 2004;9(1) :139-46)
13. Lalonde, M., A new perspective of the health of canadians. Minister of Supply and Services, Canada, 1981.

14. Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., et al. Doctor-patient communication; the Toronto consensus statement. *BMJ* 303, 1385-1387, 1991
15. Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W. W., McWhinney, I.R., McWilliam, C.L. and Freeman, T. R. *Patient-Centered Medicine. Transforming the clinical method.* Third edition. Radcliffe Pub. Ltd. 2014
16. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*. 2001 Feb 24;322(7284):444-5. doi: 10.1136/bmj.322.7284.444
17. Schraiber, L.B. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança.* São Paulo: Editora Hucitec, 2008.
18. Schraiber, L. B., *O Médico e seu Trabalho – Limites da Liberdade.* São Paulo: Editora Hucitec, 1993
19. Caprara, A., Franco, A. L. S. A relação médico-paciente: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro* 15 (3): 647-654, 1999
20. Audet, AM., Davis, K., Schoenbaum, S.C. Adoption of patient-centered practices by physicians. *Arch. Intern. Med.* 166, 754-759 2006
21. Houaiss, A. *Dicionário da língua portuguesa.* Objetiva , 2002.
22. Gadamer, H.G., *O caráter oculto da saúde.* 1ª Ed. Ed. Vozes 2006.
23. Dohmus, M., Tesser, C.D., Grosseman, S. Potencialidades do ensino-aprendizagem da relação médico-paciente em três escolas Brasileira, Espanhola e Holandesa. *Revista Brasileira de Educação Médica* 37 (3), 311-319 2013.
24. Em, www.acgme.org/What-We-Do/Accreditation.
25. Moreira, V., Torres, R.B. Empatia e redução fenomenológica: possível contribuição ao pensamento de Rogers. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 65 (2), 2013.
26. Fontgalland, R. C., Moreira, C. Da empatia à compreensão empática: evolução do conceito no pensamento de Carl Rogers. *Memorandum*, 23, 32-56
27. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski J, Gonnella JS. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of

- empathy in medical school. *Acad Med.* 2009 Sep;84(9):1182-91.
28. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, Callahan CA, Magee M. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ.* 2002 Jun;36(6):522-7.
29. O'Sullivan H, van Mook W, Fewtrell R, Wass V. Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61. *Med Teach.* 2012;34(2):e64-77.
30. Report III Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine - AAMC-1999
31. Cruess, R. L., Cruess, S. R., Steinert, Y., Amending Miller's pyramid to include professional identity formation. *Acad. Med.* 91 (2) 180-185 2016
32. Paro, H. B., Silveira, P. S. P., Gannam, S., Enns, S. C., Giaxa, R. R. B., Bonito, R. F., et al. Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout? *PLOS one* 9 (4), 2014.
33. Em <https://website.abem-educmed.org.br/>, consulta realizada em 13/09/20.
34. Ministério da Educação, Conselho Superior de Educação. Resolução n 3 de 20 de Junho de 2014
35. Pierantoni, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):341-360, 2001
36. Rios, I. C., Schraiber, L. B., *Humanização e Humanidades em Medicina.* São Paulo Ed. Unesp, 2012.
37. Freire, P., *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* 43ª edição. Ed. Paz e Terra 2011.
38. BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* Brasília, 2006.
39. Ramos-Cerqueira, A.T.A., Lima, M.C.P. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface* 6 (11) 107-116 2002.
40. Krupat, E., Pelletier, S., Alexander, E.K., Hirsh, D., Ogur, B., Schwartzstein, R.

- Can changes in the principal year prevent the erosion of students' patient-centered beliefs? *Acad. Med.* 84 (5) 582-586 2009.
41. Beach, M.C., Rosner, M., Cooper, L.A., Duggan, P.S., Shatzer, J. Can patient-centered attitudes reduce racial and ethnic disparities in health? *Acad. Med.* 82 (2) 193-198 2007.
 42. Mead, N., Bower. P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 51 (2000) 1087-1110.
 43. Cockburn, J., Killer, D., Campbell, E., Sanson-Fisher, R. W. Measuring general practitioners' attitudes towards medical care. *Family Practice*, 1987 4(3), 19-199.
 44. deMonchy, C., Richardson, R., Brown, R., & Harden, R. Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient (DP) rating. *Medical Education*, 1988 22, 23-239
 45. Grol, R., de Maeseneer, J., Whitfield, M., & Mokkink, H. Disease-centred versus patient-centred attitudes: comparison of general practitioners in Belgium, Britain and the Netherlands. *Family Practice*, 1990 7(2), 100-104.
 46. Krupat, E., S. M. Putnam, and C. Yeager. "The fit between doctors and patients: can it be measured." *J Gen Intern Med* 11. suppl (1996): 134. Duggan, P.S., Gail, G., Cooper, L.A., Beach, M.C. The moral nature of patient-centeredness: is it "just the right thing to do?" *PEC* 62 (2) 271-276 2006
 47. Krupat, E., Rosenkranz, S.L., Yeager, C.M., Barnard, K., Putnam, S.M., Inui, T.S. The practice orientations of doctors and patients. The effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns.* 2000; 39:49-59.
 48. Tsimtsiou, Z., Kirana, P. S., & Hatzichristou, D. Determinants of patients' attitudes toward patient-centered care: A cross-sectional study in Greece. *Patient education and counseling*, 97(3), 391-395 2014.
 49. Wahlqvist, M., Gunnarsson, R. K., Dahlgren, G., & Nordgren, S. Patient-centred attitudes among medical students: gender and work experience in health care make a difference. *Medical teacher*, 32(4), e191-e198 2010.
 50. Haidet, P., Dains, J. E., Paterniti, D. A., Hechtel, L., Chang, T., Tseng, E., & Rogers, J. C. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Medical education*, 36(6), 568-574 2002.

51. Haidet, P., Dains, J. E., Paterniti, D. A., Chang, T. A. I., Tseng, E., Rogers, J. C. Medical Students' Attitudes toward Patient-centered Care and Standardized Patients' Perceptions of Humanism: A Link between Attitudes and Outcomes. *Academic Medicine*, 76(10), S42-S44 2001.
52. Chan, C. M. H., & Ahmad, W. A. W. Differences in physician attitudes towards patient-centeredness: across four medical specialties. *International journal of clinical practice*, 66(1), 16-20 2012.
53. Ishikawa H, Son D, Eto M, Kitamura K, Kiuchi T. Changes in patient-centered attitude and confidence in communicating with patients: a longitudinal study of resident physicians. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):20. Published 2018 Jan 25.
54. Ribeiro, M. M. F., Krupat, E., & Amaral, C. F. S. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. *Medical Teacher*, 29(6), e204-e208 2007
55. José Maria Peixoto; Maria Mônica Freitas Ribeiro; Carlos Faria Santos Amaral, Atitude do Estudante de Medicina a respeito da Relação Médico-Paciente x Modelo Pedagógico, *Rev. bras. educ. med.* vol.35 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2011
56. Pereira CM, Amaral CF, Ribeiro MM, et al. Cross-cultural validation of the Patient- Practitioner Orientation Scale (EOMP). *Patient Educ Couns*. 2013;91(1):37-43.
57. Em www.ibge.gov.br Consulta em 07/11/2020
58. Hafferty, F.W. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, Vol. 73, No 4, April 1998.
59. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. Reframing medical education to support professional identity formation. *Acad Med*. 2014 Nov;89(11):1446-51
60. Gilligan, C., Loda, T., Junne, F. *et al.* Medical identity; perspectives of students from two countries. *BMC Med Educ* 20, 420 (2020)
61. Scheffer, M. et al., *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020
62. Grenfell, M., *Pierre Bourdieu: Conceitos fundamentais*. Petrópolis, RJ: Vozes,

2018

63. Bourdieu, P. O poder simbólico. Lisboa, 2011. Edições 70.
64. Ávila, R. C., Formação das mulheres Médicas. Rev. Bras. Ed. Med: 38(1): 142-149; 2014
65. Santos, T.S., Gênero e carreira profissional na medicina. Mulher e Trabalho: Porto Alegre, RS. Vol. 4, 2014
66. Rogers, A.C. et al. Gender and speciality influences on personal and professional life among trainees. Annals of surgery: Vol 269, No 2, 2019.
67. Kobayasi, R. Qualidade de vida, resiliência, empatia, sonolência diurna e desempenho acadêmico em reidentes de clínica médica: análise qualitativa e quantitativa. Tese. FMUSP: São Paulo, 2018
68. Kluger MT, Laidlaw TK, Kruger N. Personality traits of anesthesiologists and physicians: an evaluation using the cloning temperament and character inventory (TCI-125). Anaesthesia, 1999;54:926-35.
69. Nava, P. O anfiteatro. Textos sobre medicina. São Paulo, SP: Ateliê editorial, 2002
70. Fernandes, F. Fundamentos empíricos da explicação sociológica. São Paulo, SP: Editora Nacional, 1972.
71. Bellodi, P.L. O clínico e o cirurgião. Estereótipos, personalidade e escolha da especialidade médica. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001
72. Bandini J, Mitchell C, Epstein-Peterson ZD, Amobi A, Cahill J, Peteet J, Balboni T, Balboni MJ. Student and Faculty Reflections of the Hidden Curriculum. Am J Hosp Palliat Care. 2017 Feb;34(1):57-63.
73. Foucault, M. Capítulo 3: O campo livre in O Nascimento da clínica. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.
74. Lampert, J. L. et al. Projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras. Rev. bras. educ. med. 33 (suppl 1), 2009.
75. Lucey CR, Saguil A. The Consequences of Structural Racism on MCAT Scores and Medical School Admissions: The Past Is Prologue. Acad Med. 2020 Mar;95(3):351-356.

76. Ribeiro, M.M.F., Amaral, C.F.S., Medicina centrada no paciente e o ensino médico: a importância com o cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev. bras. educ. med.* 32 (1) Mar 2008.
77. Leite, L.C., Dornelas, L.V., Sechin, L.S. B. Influência da religiosidade na saúde mental dos acadêmicos de medicina. *Rev. Bras. Ed. Med.*, 45 (2) : e062, 2021
78. Em <https://censo2010.ibge.gov.br/> consulta em 15/05/2021.
79. Pinto, A. N., Falcão, E. B. M. Crenças: encontro da formação médica com a assistência. *Ver. Bras. Ed. Med.*, 44 (1): e004; 2020.
80. Silva, A. C. et al. Empathy, well-being, and mental health: do gender differences diminish by the end of medical school?, *Women & Health*, 61:3, 254-264, 2021
81. Yoo, DM., Kim, DH. The relationship between students' perception of the educational environment and their subjective happiness. *BMC Med Educ* **19**, 409 (2019).
82. Enns SC, Perotta B, Paro HB, Gannam S, Peleias M, Mayer FB, Santos IS, Menezes M, Senger MH, Barelli C, Silveira PS, Martins MA, Zen Tempiski P. Medical Students' Perception of Their Educational Environment and Quality of Life: Is There a Positive Association? *Acad Med.* 2016 Mar;91(3):409-17.
83. Aboalshamat KT, Alsiyud AO, Al-Sayed RA, Alreddadi RS, Faqiehi SS, Almehmadi SA. The relationship between resilience, happiness, and life satisfaction in dental and medical students in Jeddah, Saudi Arabia. *Niger J Clin Pract* 2018;21:1038-43.
84. Helliwell, J.F., Aknin, L.B. Expanding the social science of happiness. *Nat Hum Behav* 2, 248–252 (2018).
85. Haidet, P. and Stein, H.F. (2006), The Role of the Student-Teacher Relationship in the Formation of Physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 21: S16-S20.

Anexos

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Características associadas à postura centrada no paciente em egressos do curso de medicina.

Pesquisador: Milton de Arruda Martins

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22448619.9.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.764.711

Apresentação do Projeto:

o projeto revisado apresenta excelente introdução, justificativa, objetivos e métodos. Contém todos os documentos necessários e modificações solicitadas.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo pretende: avaliar as características pessoais e profissionais de médicos recém formados além das suas características de personalidade e correlaciona-las com sua postura e atitudes centradas no paciente. Entre os objetivos secundários estão: - Validar e realizar a adaptação transcultural do Eysenck Personality Questionary – versão abreviada (EPQR-A) para a população brasileira. - Analisar a associação do local de formação (faculdade da graduação) e a postura e atitudes centradas no paciente, tempo de existencia da escola - Avaliar se a idade do egresso está associada a sua postura e atitudes centradas no paciente - Avaliar se a orientação sexual está a associada a uma postura e atitude mais centrada no paciente - Verificar se há diferença entre o sexo e a postura e atitudes centradas no paciente - Avaliar se há relação entre a escolha da especialidade e postura e atitudes centradas no paciente - Verificar se a

presença de suporte social está associada a uma postura e atitude centradas no paciente - Avaliar se a vulnerabilidade financeira está associada a uma postura e atitude centrada no paciente - Avaliar se a percepção de felicidade e satisfação com a própria vida estão associadas a uma postura e atitudes centradas no paciente

- Avaliar se existe associação entre as tendências de personalidade com a postura e

Continuação do Parecer: 3.764.711

atitudes centradas no paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador avaliou como risco mínimo provavelmente pelo desconforto de responder algumas perguntas. E que não haverá benefício direto para os estudantes de medicina.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo transversal será realizado entre graduados médicos no concurso de residência médica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Não há cálculo amostral mas o pesquisador pretende recrutar todos os candidatos do concurso. O projeto é muito interessante, novo, importante e factível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados.

Recomendações:

nd.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

nd.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Pos tag em	Autor	Situação
----------------	---------	------------	-------	----------

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1439614.pdf	26 /1 1/ 20 19 1 7 : 0 7 : 4 7		A c e i t o
Outros	ProjetoCEP_ASizilio_Revisto.pdf	26 /1 1/ 20 19 1 7 : 0 7 : 2 8	Milton de Arruda Martins	A c e i t o
Outros	PPOS_Revisto.pdf	26 /1 1/ 20 19 1 7 : 0 5 : 5 6	Milton de Arruda Martins	A c e i t o
Outros	EPQRA_Revisto.pdf	26 /1 1/ 20 19 1 7 : 0 4 : 5 3	Milton de Arruda Martins	A c e i t o
Outros	CartadeAceite_SantaCasa_ProjASizilio.Pdf	30 /0 9/	Milton de Arruda Martins	A c e

		20 19 18 : 34 : 44		i t o
Outros	FormCEP_ASizilio.pdf	30 /0 9/ 20 19 18 : 34 : 14	Milton de Arruda Martins	A c e i t o
Folha de Rosto	FolhadeRosto_PIBrasil_A Sizilio.pdf	30 /0 9/ 20 19 18 : 33 : 17	Milton de Arruda Martins	A c e i t o
Outros	AnexoIII_EPQRA_ASizili o.pdf	20 /0 9/ 20 19 18 : 57 : 45	Milton de Arruda Martins	A c e i t o

Continuação do Parecer: 3.764.711

Outros	Anexoll_PPOS_ASizilio.pdf	20 /0 9/ 20 19 18 :5 7: 22	Milton de Arruda Martins	A c e i t o
Outros	Anexol_QuestSocioDemo grafico_ASizili o.pdf	20 /0 9/ 20 19 18 :5 7: 03	Milton de Arruda Martins	A c e i t o
Cronogra ma	Cronograma_ASizilio.pdf	20 /0 9/ 20 19 18 :5 5: 04	Milton de Arruda Martins	A c e i t o
TCLE / Termos de Assentim ento / Justificati va de Ausência	TCLE_ASizilio.pdf	20 /0 9/ 20 19 18 :5 4: 50	Milton de Arruda Martins	A c e i t o
Projeto Detalhado /	Projeto_CEP_AlexandreS izilio.pdf	20 /0 9/ 20	Milton de Arruda	A c e i

Brochura		19		t
Investiga dor		18 :5 4: 38	Martins	o

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 12 de Dezembro de 2019

Assinado por:

**Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador(a))**

Anexo 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : M F

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Características associadas à postura centrada no paciente em egressos do curso de medicina.

PESQUISADOR : Alexandre Sizilio

CARGO/FUNÇÃO: médico (a) INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL No 93824

UNIDADE DO HCFMUSP: “Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo” - Centro de Desenvolvimento de Educação Médica

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X 3 – APRESENTAÇÃO

Convidamos o(a) senhor(a) a participar de uma pesquisa científica. Pesquisa é um conjunto de procedimentos que procura criar ou aumentar o conhecimento sobre um assunto. Estas descobertas embora frequentemente não tragam benefícios diretos ao participante da pesquisa, podem no futuro ser úteis para muitas pessoas.

Para decidir se aceita ou não participar desta pesquisa, o(a) senhor(a) precisa entender o suficiente sobre os riscos e benefícios, para que possa fazer um julgamento consciente. Inicialmente explicaremos as razões da pesquisa. A seguir, forneceremos um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), documento que contém informações sobre a pesquisa, para que leia e discuta com familiares e ou outras pessoas de sua confiança. Uma vez compreendido o objetivo da pesquisa e havendo seu interesse em participar, será solicitada a sua rubrica em todas as páginas do TCLE e sua assinatura na última página. Uma via assinada deste termo deverá ser retida pelo senhor(a) ou por seu representante legal e uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável.

5A) Justificativa, objetivos e procedimentos:

A medicina centrada no paciente é hoje um dos marcadores mundiais mais estudados para a excelência do cuidado em saúde. Inúmeros estudos têm se preocupado em estabelecer relações entre o currículo das escolas médicas, as ferramentas de comunicação e entre os fatores sócio demográficos para tecer considerações sobre a tendência dos médicos e estudantes de medicina em ser mais centrados no paciente em relação ao cuidado e ao compartilhamento de informações. Nosso estudo visa construir um perfil de médicos egressos de cursos de medicina de diferentes escolas e áreas do Brasil para contribuir com a construção de uma formação médica mais eficiente para o cuidado dos pacientes e mais centrada nas necessidades dos estudantes de medicina. A pesquisa terá por método o preenchimento de três questionários; um sócio demográfico, um sobre a postura e atitude em relação ao cuidado centrado no paciente e o último sobre perfil de personalidade.

5B) Desconfortos, riscos e benefícios

Se aceitar participar dessa pesquisa o Sr(a) receberá os questionários de forma imediata e será convidado a respondê-los numa de nossas estações de coleta de dados.

Não há risco significativo no preenchimento dos questionários e essa pesquisa não tem nenhuma ligação com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo que gentilmente nos autorizou a usar o dia da primeira fase do seu concurso de residência para a coleta dos dados por ser um dos maiores concursos de residência do país e com uma amostra variada e altamente qualificada dos egressos do curso de medicina do ano de 2019.

Não há benefício direto para o(a) senhor(a). Estudos científicos baseiam-se na análise de grande número de amostras, sendo impossível estimar o benefício individual de cada paciente incluído no estudo. Pode ser que os resultados deste estudo tragam um benefício para uma parcela de estudantes de medicina no futuro. Estes resultados podem levar muitos anos para serem alcançados, por isso qualquer benefício proveniente desse estudo, caso haja, será apenas em longo prazo.

5C) Forma de acompanhamento e assistência

Em qualquer etapa do estudo, o(a) senhor(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa. O investigador principal é Prof Dr. Milton de Arruda Martins, que pode ser encontrado no Centro de Desenvolvimento de Educação Médica (CEDEM) Av. Dr Arnaldo, 455 sala 2349, Telefone (11) 3061-7472. O investigador executante é Alexandre Sizilio que pode ser encontrado na Centro de Desenvolvimento de Educação Médica (CEDEM) Telefone (11)3061-7472

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da

Universidade

de São Paulo (CEP-FMUSP): Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César - São Paulo - SP - 21º andar – sala 36- CEP: 01246-000, horário de atendimento: 8:00-17:00h; Tel: (11) 3893- 4401/4407 E-mail: cep.fm@usp.br

5D) Liberdade de recusar-se e retirar-se do estudo

A escolha de entrar ou não nesse estudo é inteiramente sua. Caso o(a) senhor(a) se recuse a participar deste estudo, o(a) senhor(a) receberá o tratamento habitual, sem qualquer tipo de prejuízo ou represália. O(A) senhor(a) também tem o direito de retirar-se deste estudo a qualquer momento.

5E) Manutenção do sigilo e privacidade

Os seus dados serão analisados em conjunto com outros participantes, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante sob qualquer circunstância.

Solicitamos sua autorização para que os dados obtidos nesta pesquisa sejam utilizados em uma publicação científica, meio como os resultados de uma pesquisa são divulgados e compartilhados com a comunidade científica.

5F) O (A) senhor(a) receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por email.

5G) Garantia de Ressarcimento

O(A) senhor(a) não terá qualquer custo, pois o custo desta pesquisa será de responsabilidade do orçamento da pesquisa. O (A) senhor(a) tem direito a ressarcimento em caso de despesas decorrentes da sua participação na pesquisa.

5H) Garantia de indenização

O (A) senhor(a) poderá recorrer aos meios legais para garantir sua indenização em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo Características associadas à postura centrada no paciente em egressos do curso de medicina.

Eu discuti com Alexandre Sizilio sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar, quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu

consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do paciente/representante

legal

Data ____/____/____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

Sao Paulo, 24 de
Setembro de 2019

DECLARACAO

Declaro, para os devidos fins, que a COREME da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sao Paulo permite que o Dr. Alexandre Sizilio realize sua "pesquisa de campo", para o Projeto de Pesquisa: "Características associadas a postura centrada no paciente em egressos do curso de medicina." por meio de entrevistas com os medicos que estejam prestando prova para ingresso na Residencia Medica em 2020, a ser realizada no dia 23/11/2019. O Projeto de Pesquisa deve estar aprovado pelo CEP na Instituic;:ao onde o Dr. Alexandre Sizilio esta cursando seu Doutorado e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser aplicado nos

sujeitos da pesquisa.

Atenciosamente,

Dr. Diego Figueira Falcochio
Coordenador Geral
da COREME-ISCMSp
CRM-12269
Dr. Diego Figueira Falcochio

Coordenador Geral da Comissao de Residencia Medica da
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sao Paulo
(COREME- ISCMSP)

Rua Santa Isabel 305 - go andar
Fone: (11) 2176-7241 / 2176-7351

eilri;inasilva@santacasasn.org.br rmcelntc,rc,c,;,cn

nra

hr/

Escolaridade do pai		
	Sim	Não
Ensino Médio		
Ensino Superior		
Escolaridade da mãe		
Ensino Médio		
Ensino Superior		

Você já teve algum problema grave de saúde? () Não () Sim E na sua família? () Não () Sim

Você entrou na faculdade por algum programa afirmativo? () Não () Sim

Qual?

- () Programa Universidade para todos (PROUNI)
- () Programa Nacional de assistência estudantil (PNAES) () Sistema de seleção unificada (SISU)
- () Programa de cotas
- () Outros programas ou ações afirmativas.

Realiza ou realizou atividade extracurricular de extensão junto à comunidade? () Não () Sim.

Já realizou algum trabalho voluntário? Sim () Não ()

Trabalho voluntário realizado: Antes da graduação () Depois da graduação ()

Pratica alguma atividade artística? () Não () Sim. Especifique. ____

Com quem você costuma dividir suas angústias e dificuldades em relação à profissão?

	Sem pre (vári as veze s na sem ana)	Quas e semp re (1 vez na sema na ou meno s)	Ocasiona lmente (Quinzen almente)	Quas e nunc a (uma vez ao mês ou men os)	N u n c a
Família					
Amigos da faculdade/hospi tal					
Amigos de fora do ambiente médico					
Parceiros de relacionamento amoroso					

Qual programa de residência você selecionou nesse processo seletivo?

() Anestesiologia () Cirurgia () Clínica Médica. () Dermatologia () Ginecologia e
Obstetrícia () Medicina de Família e Comunidade () Medicina do
Trabalho () Neurocirurgia () .Neurologia. () Oftalmologia () Ortopedia ()
Otorrinolaringologia () Patologia () Pediatria () Psiquiatria () Radiologia ()
Radioterapia

Anexo 5- Escala de orientação médico paciente

As afirmações abaixo referem-se à crenças que as pessoas possam ter a respeito de médicos, pacientes e assistência médica. Leia cada item e marque o número que indica o quanto você concorda ou discorda de cada um. O número 6 indica discordância total e o número 1 indica concordância total

		6	5	4	3	2	1
1	É o médico quem deve decidir o que será conversado durante a consulta						
2	Embora a assistência médica seja mais impessoal hoje em dia, este é um pequeno prejuízo em troca dos avanços da medicina						
3	A parte mais importante da consulta médica é o exame físico						
4	Geralmente é melhor para os pacientes que eles não tenham uma explicação completa de sua condição médica						
5	Os paciente devem confiar no conhecimento de seus médicos e não tentarem descobrir sua condição por si mesmos						
6	Quando os médicos fazem muitas perguntas sobre o histórico dos pacientes eles estão se intrometendo muito em questões pessoais						
7	Se os médicos são realmente bons em diagnóstico e tratamento a maneira com que eles se relacionam com o paciente não é tão importante.						
8	Muitos pacientes continuam fazendo perguntas mesmo se não têm mais nada a aprender na consulta						
9	Os pacientes devem ser tratados como parceiros do médico como poder, direitos e deveres semelhantes.						
10	Os pacientes geralmente querem ser tranquilizados em vez de ter informação sobre sua saúde						

1 1	Se as características principais do médico são ser sincero e amigável ele não terá muito sucesso.						
1 2	Quando o paciente discorda do seu médico é sinal que o médico não tem a confiança e o respeito do paciente						
1 3	Um tratamento pode não ter sucesso se estiver em conflito com o estilo de vida e os valores dos pacientes						
1 4	A maioria dos pacientes quer entrar e sair do consultório do médico o mais rápido possível						
1 5	O paciente deve estar sempre que é o médico quem está no comando						
1 6	Não é importante conhecer a cultura e a história do paciente para tratar a sua doença						
1 7	Humor é um ingrediente principal do médico no tratamento do paciente						
1 8	Quando o paciente procura por informações sobre seu estado de saúde por conta própria isso confunde mais do que ajuda.						