

A prática da humanização na formação médica: realidades, paradoxos e perspectivas

The practice of humanization in medical training: realities, paradoxes and perspectives

DOI:10.34117/bjdv7n6-442

Recebimento dos originais: 07/05/2021

Aceitação para publicação: 01/06/2021

Kálita Oliveira Lisboa

Graduanda em Medicina

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA

E-mail: kalitalisboa7@gmail.com

Giovanna Garcia Manso

Graduanda em Medicina

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA

E-mail: gi.manso@hotmail.com

Isabela Perin Sarmento

Graduanda em Medicina

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA

E-mail: isabelapsarmento@gmail.com

Rebecca Perin Sarmento

Graduanda em Medicina

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA

E-mail: rebeccapsarmento@gmail.com

Vitória Rezende Megale Bernardes

Graduanda em Medicina

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA

E-mail: vitoriamegale@hotmail.com

Priscila Maria Alvares Usevicius

Médica Pediatra. Professora do Curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA.

E-mail: priscila_usevicius@hotmail.com

Hígor Chagas Cardoso

Médico Cirurgião Vascular. Mestre e Doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás (UFG).

Professor do Curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA.

E-mail: medhigor@gmail.com

RESUMO

Introdução: A palavra “humanização” tem muitos significados, integrando inumeráveis variáveis, sendo interposta por imprecisões. Mais amplamente, a humanização pode ser

considerada como o ato de tornar algo mais humano. Apesar de todo o aparato teórico concernente à assistência humanizada na formação médica, a inserção desses quesitos na prática ainda é conturbada. Os alunos não possuem interesse nas matérias que tratam deste assunto, considerando-as dispensáveis. Pode-se explicar tal fato pela forma como a matéria é abordada em aula: superficialmente. Assim, o objetivo desta pesquisa é identificar as percepções dos acadêmicos de medicina acerca da humanização do cuidado ao longo da graduação, observando as diferentes etapas que compõem o curso (ciclo inicial, ciclo intermediário e internato). Método: Trata-se de um estudo transversal e descritivo, de natureza quantitativa, realizado no curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA. O público alvo da pesquisa são alunos do 4º, 8º e 12º períodos. Para este fim, foi utilizada a Escala de Orientação Médico Paciente (EOMP) - do inglês, *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS). Este instrumento avalia a atitude do estudante em relação à centralização da prática da medicina no médico, na doença ou no paciente. A coadministração de um questionário sociodemográfico quantificou dados psicossociais que possam influenciar os resultados obtidos. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) UniEVANGÉLICA, seguindo a resolução 466/2012. Os participantes foram voluntários e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Resultados: Foi observado que 82,5% dos acadêmicos possuem prática clínica com centralização na imagem do médico, 15,3% têm condutas relativamente dirigidas e compartilhadas com os pacientes e, por fim, apenas 2,0% apresentaram uma conduta condizente com a medicina centrada na pessoa. Além disso, quando se investigou possíveis fatores envolvidos com centralização do cuidado pelo acadêmico de medicina, obteve-se uma análise significativa ($p < 0,05$) com a variável religião. Conclusões: A percepção final do presente estudo é de que a maioria dos acadêmicos de medicina apresentam uma postura mais focada no próprio médico. Para tanto, é preciso fomentar o estímulo do desenvolvimento de habilidades e competências de comunicação em prol de uma melhor relação médico-paciente.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Educação de Graduação em Medicina. Atitude do Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The word “humanization” has many meanings, integrating many variables as it is interposed by inaccuracies. More widely, humanization can be considered as the act of making something humanized. Despite all the theoretical apparatus related to humanistic assistance in medical school, the insertion of these requirements in the medical practice is still troubled. The students are not interested in the subjects that treat this matter as they consider them disposable. This fact can be explained through the way that these subjects are taught in classroom: superficially. Thereby, the final objective of this research is identifying the academic’s perceptions toward the humanization of assistance over the graduation, observing the different phases that make up the medical school (initial cycle, intermediate cycle and medical internship). Method: This is a cross-sectional study, of quantitative nature, accomplished in the medical school of Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. This research’s target are students of the 4th, 8th and 12th periods. And for this purpose, the Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS) was used. This instrument evaluates the student’s attitude towards the clinical practice’s centralization on the physician, on the illness or on the patient. There is also the co-application of a sociodemographic questionnaire which quantifies psychosocial data that may have influence over the obtained results. This research was submitted to the UniEVANGÉLICA’s Ethics Committees in Research (ECR), following resolution

466/2012. The participants are volunteers and signed the Informed Consent Form (ICF). Results: It was noticed that 82.5% of the students have clinical practice centered in the image of the doctor, 15.3% have medical conduct relatively shared with the patients and, finally, only 2.0% showed a person-centered medicine. In addition, when researched which factors could be involved with the centralization of the medical treatment, only the variable religion had a significant statistic ($p < 0.05$). Conclusions: The need to change the medical posture is necessary in view of the growing importance of soft skills in medical consultation. Therefore, it is necessary to encourage the development of communication skills and competences in order to establish a better doctor-patient relationship.

Keywords: Humanitarian Assistance. Medical Education, Undergraduate. Staff Attitude.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de humanização é polissêmico, integrando inumeráveis variáveis, sendo interposto por imprecisões. Como significado mais amplo, tem-se a humanização como o ato de tornar algo mais humano. Contudo, as formas de identificar ou compreender a humanização não se desagregam de suas práticas, já que pode ser entendida como um elo entre profissionais e usuários, alicerçado em atitudes guiadas pela percepção e pela valorização dos sujeitos, reflexo de uma conduta ética e humana¹.

A medicina, além de uma ciência biológica, é também uma ciência humana. Entretanto, o que se observa ao longo do tempo é a desumanização do médico, ou, de forma mais precoce, a desumanização do estudante de medicina. A humanização da medicina tem sido discutida em centros de saúde de forma recorrente. Apesar disto, o que se observa é que este assunto tem sido por muitas vezes considerado irrelevante e fatigante².

A ideiação de um sentido possível para a expressão “humanização da saúde” se enuncia na Política Nacional de Humanização (PNH). Para aqueles que a formulam, a humanização não estabelece seus limites com ações humanitárias, nem é exercida por seres humanos compenetrados de uma benevolência supra-humana na execução de serviços ideais. Atualmente a humanização é uma consequência das novas condutas no modo de se fazer o trabalho em saúde que foram propostas por meio da Clínica Ampliada, uma das diretrizes da PNH^{1,3,4}.

Essas condutas apoderam-se do trabalho em equipe acrescentado a uma troca de saberes, abrangendo os usuários e os profissionais, uma vez que a clínica ampliada propõe qualificar o modo de se fazer saúde. Esta visa aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade, além de integrar a equipe de trabalhadores da saúde

de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. A clínica ampliada não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar. Ao contrário, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional^{1,3,4}.

A desumanização dos profissionais, de maneira geral, que atendem no sistema público de saúde brasileiro torna-se alvo dos holofotes da mídia e, conseqüentemente, da população, trazendo à tona vários questionamentos que podem ser sintetizados em um só: o estudante de medicina perde a sua humanidade com o passar dos anos? Esse cenário comprova-se a partir da observação de que a humanização pode sofrer mudanças negativas muito mais do que positivas com o passar dos anos⁵. Uma pesquisa teve como resultado a percepção de que a mídia é realmente responsável por moldar o ponto de vista da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), e que este fato também é responsável pelo comprometimento da efetividade do sistema como meio de participação social⁶.

No Brasil, uma pesquisa de parecer geral realizada pelo Ministério de Saúde (MS) comprovou que a falta de médicos em hospitais e ambulatórios, lotação de leitos hospitalares e carência de medicamentos são elementos menos valorizados que a falta de abordagem humanística e disponibilidade em reconhecer os problemas relatados pelos pacientes. Isso quer dizer que pacientes se sentem mais incomodados com uma postura médica desumanizada do que com a falta de recursos disponibilizados pelo sistema de saúde⁷.

Além disso, é de grande valor entender que muitos estudantes se sentem inseguros no meio educativo do curso. Em um estudo, cita-se a existência de um ambiente de competição e de medo criado pelo ensino centrado no professor, o qual na maioria das vezes tenta estimular o aluno a estudar por meio de ameaças e de intimidações. Paradoxalmente, muitos professores afirmam a necessidade de enxergar o paciente de maneira holística, entretanto mantém pouco contato com alunos, e na prática clínica se interessam apenas pelos exames clínico e laboratorial⁸.

Neste sentido, é importante perceber a relevância da relação entre alunos e professores na formação acadêmica do estudante de medicina. Esta relação é firmada principalmente em espaços de aprendizagem, como campos de estágio, ou seja, na vivência prática, que é essencial para a fundamentação de uma formação humanizada⁹.

Com o devido conhecimento dessa prática, algumas escolas médicas têm atualmente o intuito de reverter esse panorama preocupante a partir da inserção de disciplinas que despertem no estudante o desejo de conhecer o paciente de forma holística. Assim, o principal intuito das escolas médicas atuais consiste não apenas em desenvolver conhecimento teórico ilibado, mas principalmente construir um saber harmônico entre valor humanístico e recursos intelectuais¹⁰.

Na prática médica o profissional de saúde tende a negligenciar o processo de sofrimento ou ainda a fala de seu paciente em relação a sua doença. Assim, é necessário que, de outro modo, a sua subjetividade, ou seja, sua percepção acerca de sua doença deva ser levada em conta como parte essencial do processo de tornar-se doente e recuperação, para assim tornar a relação médico-paciente mais humanizado¹¹.

É de grande valor a percepção de que a forma mais eficaz para a evolução dos serviços em saúde leva em consideração principalmente uma boa relação médico-paciente. A consulta não é um instrumento isolado na busca pela melhoria do paciente. A ela agregam-se também fatores importantes como o direito à informação dada ao paciente, a assistência personalizada bem como a humanização do atendimento de forma geral, desde a recepção até a consulta¹².

Apesar da inquestionável importância do aprimoramento do conhecimento científico para a formação do profissional médico, a inclusão predominante desta vertente de conhecimento tem sido - de certa forma - responsável pela perda da humanização do ensino médico. Esta é uma queixa expressa por grande parte dos usuários dos serviços de saúde. Desta maneira, é indispensável que o médico seja provido tanto de conhecimento humanístico quanto de conhecimento biológico para uma adequada abordagem de seu paciente¹³.

O reconhecimento desse panorama é o primeiro passo para se alcançar uma prática médica humana, que agrega conhecimento científico à prática da humanização de forma eficaz, sem que sejam ignorados nenhum desses pilares básicos da saúde. Entretanto, ainda é importante deixar claro que humanizar o atendimento não é sinônimo de incluir a subjetividade da experiência de doença no processo terapêutico, pois o encontro assistencial é um elemento, microssociológico e, portanto, microinteracional da humanização, foco esse necessário problematizar. Sendo assim, também é importante que a terapia leve em consideração as melhores opções para o paciente, e o médico não deve ser imparcial nesses contextos¹¹.

Diante do exposto o processo de fomentar a dimensão do encontro assistencial médico-usuário se justifica em meio às súplicas da atualidade no que tange à relação médico-paciente. Isto, pois se observa a necessidade de que a visão holística perante paciente seja verdadeiramente aplicada pelos profissionais da saúde.

Desta forma, a presente pesquisa tem como objetivo principal identificar as percepções dos acadêmicos de medicina acerca da dimensão do encontro assistencial médico-usuário ao longo da graduação, observando as diferentes etapas que compõem o curso (ciclo inicial, ciclo intermediário e internato). Além de descrever as características sociodemográficas dos acadêmicos participantes e comparar a centralização da dimensão do encontro assistencial médico-paciente pelos acadêmicos de medicina (considerando a prática clínica voltada para o médico, para a doença ou para o paciente) dos diversos períodos do curso de graduação de um ensino PBL (Problem Based Learning) através do escore da Escala de Orientação Médico-Paciente (EOMP). Por fim, o atual estudo enunciará fatores que possam estar envolvidos com centralização do cuidado pelo acadêmico de medicina, como idade, período de curso, sexo, envolvimento com religião e prática de atividades artísticas, através da comparação entre os diferentes períodos analisados.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de natureza quantitativa. Foi realizada no curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, com os alunos do 4º, 8º e 12º períodos. A população do estudo foi composta pelos acadêmicos do 4º, 8º e 12º períodos do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, sendo que a amostra inicial coincidiu com a população total de 210 acadêmicos: 98 alunos do 4º período, 59 alunos do 8º período e 53 alunos do 12º período. Entretanto foram excluídos 67 acadêmicos cujos questionários não foram preenchidos adequadamente, se recusaram a preencher o questionário, eram menores de 18 anos ou não estavam presentes em sala de aula no dia da pesquisa. Dessa forma foram avaliados 143 participantes com o grau de confiança de 95% e erro amostral de 5%.

Para devida participação da pesquisa, o acadêmico voluntário foi maior de 18 anos, estar devidamente matriculado no curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram abordados alunos que estejam devidamente matriculados nos 4º, 8º e 12º períodos,

durante o primeiro semestre de 2020, a fim de tentar abranger os principais momentos de mudança que os alunos passam, ou seja, logo quando irão adentrar o ciclo clínico, o último período antes do ciclo clínico e o último período de graduação.

Utilizou-se a escala Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) originalmente escrita na língua inglesa, traduzida e validada para língua portuguesa no Brasil¹⁴ como Escala de Orientação Médico-Paciente (EOMP), sendo esta versão aplicada nesse estudo. O instrumento de pesquisa foi validado no ano de 2009, sendo convidados médicos, residentes e estudantes de medicina e pacientes entre 18 e 60 anos. Durante o processo de validação, foram desconsiderados aqueles questionários com ausência de resposta em dois ou mais itens de algum dos domínios avaliados. O questionário foi aplicado a 360 pessoas. A tradução do teste foi feita de acordo com as normas internacionais de tradução de instrumentos. A validade do instrumento traduzido e adaptado culturalmente ao Brasil foi feita por meio da validade de construto, que avalia se a representação comportamental avaliada pelo teste é legítima.

Através da EOMP é possível avaliar a atitude do aluno em relação à centralização da prática da medicina no médico, na doença ou em seu paciente. A EOMP é composta por 18 itens, que quantificam a relação médico-paciente em seis pontos na escala Likert. Metade desses itens avalia a dimensão do encontro assistencial médico-usuário, que procura o quanto o estudante julga como real a influência de variáveis psicossociais no adoecer ou se o paciente sofre a doença apenas como forma de desordem biológica. A outra metade dos itens busca avaliar o quanto o estudante considera importante que haja o compartilhamento do seguimento clínico e decisões terapêuticas ou se ele imagina que apenas o médico deve compreender as situações de seus pacientes.

O autor da escala PPOS considera que um escore médio abaixo de 4,57 aponta a prática clínica com centralização na imagem do médico. Entre 4,57 e 5,0, condutas relativamente dirigidas e compartilhadas com os pacientes. Escores acima de 5,0 confirmam a realização da medicina centrada na pessoa. O escore total é obtido pela média dos valores atribuídos às questões¹⁵. Previamente a utilização da escala, foi obtida a permissão do autor da escala EOMP, criada em 2000, Doutor Edward Krupat.

Juntamente a escala EOMP, foi aplicado um questionário sociodemográfico, para a análise de determinadas variáveis. Este instrumento quantificou dados como idade, religião e grau de envolvimento individual com esta, sexo, profissão, escolaridade, renda familiar e presença de profissional médico na família. Também foram avaliadas

informações relacionadas à presença de doença grave em família ou pessoalmente, entre outros fatores que podem ser influenciadores no quadro avaliado.

Os dados foram tabulados no software Microsoft Excel e em seguida foram transferidos para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), para o Windows, versão 22.0. Neste foram conduzidas a estatística descritiva na forma de média, desvio padrão, frequência simples e percentual. Em seguida, realizou-se uma análise de variância one-way ANOVA e o Teste T, sendo considerado um nível de significância de 0,05.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA (CEP - UniEVANGÉLICA) sob parecer nº 3.848.445, em 19 de fevereiro de 2020, sendo seguidas as diretrizes das Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS

Dos 210 acadêmicos estimados para a pesquisa, não compareceram em sala de aula no dia da pesquisa: 15 alunos do 4º período, 18 alunos do 8º período e 27 alunos do 12º período. Sendo assim, foram analisados 143 questionários preenchidos pelos estudantes. A maioria dessa amostra era do sexo feminino (67,1%), com idade entre 21 e 25 anos (61,5%), de religião católica (46,9%), envolvimento baixo com a religião (49,7%), renda maior que 10 salários mínimos (42,7%), não contam com benefício de bolsa estudantil (64,3%) e com procedência de Goiânia - GO (51,9%). Além disso, a maioria dos participantes referiu não apresentar doença pessoal grave (93%), não possuir pai ou mãe médicos (92,3%), ter o ensino superior como escolaridade do pai (56,6%) e da mãe (67,8%) e apresentar doença em familiar próximo (55,2%). A maioria dos alunos relataram não participar de uma atividade artística (60,8%) e refeririam participar de programas de iniciação científica (83,9%).

A Tabela 1 descreve as variáveis sociodemográficas dos acadêmicos de medicina participantes da pesquisa, incluindo gênero, idade e religião praticada. Além disso, foram inclusos dados a respeito do nível de escolaridade dos pais dos estudantes voluntários.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos acadêmicos e escolaridade dos pais e presença de pai ou mãe médicos em família.

Características sociodemográficas	n (%)
<i>Gênero</i>	
Feminino	96 (67,1)
Masculino	47 (32,9)
<i>Idade</i>	
18 a 20 anos	43 (30,1)
21 a 25 anos	88 (61,5)
26 a 30 anos	12 (8,4)
<i>Religião</i>	
Católica	67 (46,9)
Evangélica	44 (30,8)
Espírita	18 (12,6)
Budista	2 (1,4)
Outra	3 (2,1)
Nenhuma	9 (6,3)
<i>Escolaridade da mãe</i>	
Fundamental	8 (5,6)
Médio	38 (26,6)
Superior	97 (67,8)
<i>Escolaridade do pai</i>	
Fundamental	18 (12,6)
Médio	44 (30,8)
Superior	81 (56,6)
<i>Pai ou mãe médicos</i>	
Sim	11 (7,7)
Não	132 (92,3)

Os acadêmicos também foram questionados a respeito do grau de envolvimento com um possível credo individual. 11 estudantes (7,7%) relatam não ter envolvimento algum com a religião, 21 (14,7%) afirmam envolvimento baixo, 71 (49,7%) tem envolvimento moderado com a religião, enquanto 39 (27,3%) tem um grau elevado de envolvimento. Dos 143 alunos voluntários, 1 (0,7%) não respondeu a esta pergunta.

Quanto à distribuição dos alunos por renda familiar, constatou-se que 61 estudantes (42,7%) possuem renda menor que 10 salários mínimos, 45 (31,5%) entre 10 e 20 salários mínimos, 23 (16,1%) entre 20 e 40 salários mínimos, e que 14 alunos (9,8%) tinham renda familiar maior que 40 salários mínimos. Além disso, 51 (35,7%) contam com algum auxílio do tipo bolsa estudantil, enquanto os outros 92 (64,3%) não contam com o benefício. Dos 143 voluntários, apenas 3 (2,1%) estão empregados no momento.

Dos participantes da pesquisa, 74 (51,8%) têm procedência da capital de Goiás, e 60 (42,0%) são provenientes do interior de Goiás. Foram 7 (4,9%) os participantes com procedência de outros estados.

Quanto ao quesito presença de doença pessoal ou doença em família, apenas 11 estudantes (7%) relataram doença pessoal grave. Em adição, 79 alunos (55,2%) confirmam presença de doença em familiares próximos.

A tabela 2 elenca os participantes envolvidos em estágios extracurriculares, participantes de atividades de iniciação científica e aqueles que praticam atividades artísticas, como pintura, música, recitação de poemas entre outros, bem como o período letivo atual. Além disso, foram incluídos os dados a respeito de bolsa de auxílio estudantil.

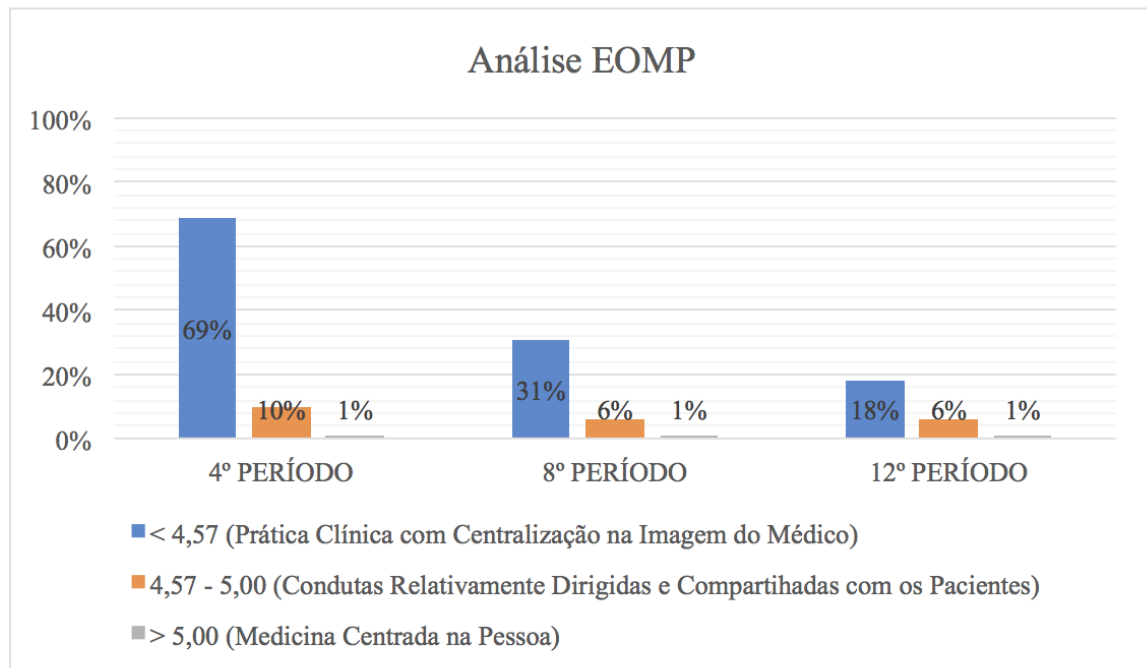
Tabela 2. Caracterização dos acadêmicos quanto às atividades institucionais e extra institucionais

Variáveis	n (%)
<i>Período letivo</i>	
4º período	80 (55,9)
8º período	38 (26,6)
12º período	25 (17,5)
<i>Bolsa estudantil</i>	
Sim	51 (35,7)
Não	92 (64,3)
<i>Estágios extracurriculares</i>	
Sim	60 (42,0)
Não	83 (58,0)
<i>Iniciação científica</i>	
Sim	120 (83,9)
Não	23 (16,1)
<i>Atividade artística</i>	
Sim	56 (39,2)
Não	87 (60,8)

Ao se considerar a variável especialidade pretendida após término da graduação, 76 (53,2%) intentam atuar na área clínica, enquanto 17 (11,9%) pretendem atuar como cirurgiões. Os demais 50 estudantes (34,9%) afirmam não saber de imediato a especialidade pretendida. A forma de exercício da medicina mais almejada encontrada foi que 55 (38,5%) visam trabalhar como profissionais liberais, 36 (25,2%) têm em vista o emprego público enquanto 32 (36,4%) aspiram ao emprego em serviço privado.

Quando foi comparado a dimensão do encontro assistencial médico-paciente pelos acadêmicos de medicina (considerando a prática clínica voltada para o médico, para a doença ou para o paciente) dos diversos períodos do curso de graduação através do escore EOMP, foram obtidos os resultados expressos no gráfico 1.

Gráfico 1. Comparação da centralização do cuidado pelos acadêmicos de medicina de diversos períodos.



Quando se investigou fatores que possam estar envolvidos com a dimensão do encontro assistencial médico-usuário pelo acadêmico de medicina, obteve-se uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com a variável religião (tabela 3). As demais variáveis como idade, sexo, renda, grau de envolvimento com a religião e atividade artística também foram analisadas, porém não apresentaram relação significativa com o escore EOMP no presente estudo.

Tabela 4. Associação entre escore EOMP e a religião.

Religião	<4,57	4,57 – 5,0	>5,0	P – valor
Católica	57 (48,3%)	9 (40,9%)	1 (33,3%)	0,044*
Evangélica	39 (33,1%)	5 (22,7%)	0 (0,0%)	
Espírita	15 (12,7%)	3 (13,6%)	0 (0,0%)	
Budista	1 (0,8%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	
Outra	2 (1,7%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	
Nenhuma	4 (3,4%)	4 (18,2%)	1 (33,3%)	

* Teste Qui-Quadrado ($p < 0,05$)

4 DISCUSSÃO

No presente estudo, durante a avaliação da relação do sexo com o escore EOMP não se obtiveram resultados significativos, ao contrário de outras pesquisas, que demonstraram que o sexo feminino apresenta melhores abordagens biomédicas e psicossociais¹⁴. Outra pesquisa realizada por Wahlqvist et al. (2010) também demonstrou que as mulheres são mais centradas no paciente quando comparadas com os homens, já

que possuíam uma maior experiência com cuidados em saúde¹⁶. Além disso, verificou-se que as mulheres revelaram serem mais centradas no paciente do que os homens no 4º ano, e estes apresentaram ser mais centrados no paciente no 3º ano da escola médica assim como nos últimos anos do curso¹⁷.

Contrariando esses dados, também observou-se que os escores entre homens e mulheres se igualaram no final do curso¹⁸. A inalteração de atitudes ou até progresso para atitudes mais centradas no médico no final do curso para estudantes femininas é relatada na literatura e infere-se que se deva à influência de atitudes e valores masculinos até agora predominantes nas escolas de medicina^{17,19}.

A maioria dos estudantes voluntários da presente pesquisa apresentava idade entre 21 e 25 anos. Entretanto, essa variável não se correlacionou com a perda da humanização com o passar dos anos. Assim, este estudo evidenciou uma ausência de relação direta entre o escore EOMP e idade dos acadêmicos participantes. Peixoto, Ribeiro e Amaral (2011) observaram a relação inversa entre idade e escore total, ou seja, que com o passar dos anos, os estudantes demonstram perda da postura humanizada no atendimento médico. Neste sentido, perceberam que a cada um ano, o escore EOMP reduzia em média em 0,2 pontos¹⁸.

Dentre os fatores analisados com possível relação significativa perante o escore total adquirido no EOMP pelo acadêmico de medicina, a única variável que apresentou relação significativa foi o fator “envolvimento com a religião”. Diante disso, é necessário compreender o conceito deste fator. Para alguns autores a religião é tida como a busca por significado em caminhos (complexos e dinâmicos) relacionados com o sagrado²⁰. De acordo com o DSM-V, a religião é reconhecida como parte do contexto cultural da experiência do processo de saúde-doença. Acessar a espiritualidade e as crenças religiosas se tornou algo comum na história da psiquiatria e, portanto, da medicina, a ponto de promover a criação de protocolos.

As facetas da educação perante a dimensão do encontro assistencial médico-paciente perpassam pela virtude baseada em empatia e a possibilidade de indisponibilidade do profissional por meio da tendência à rejeição. Isto posto, o cuidado poder ser seletivo, mas para que não haja rejeição e em prol da universalização da dimensão do encontro assistencial médico-usuário há de se reduzir essa possibilidade de ausência de empatia por parte do profissional médico. Neste momento, entra a capacidade da religião em proporcionar capacidade de maior empatia do profissional²¹.

Corroborando com estes estudos, a pesquisa de Vidal et al. (2019), observou que os alunos que se declaram religiosos demonstraram atitudes com centralização na pessoa, ao contrário do que foi apresentado no presente estudo em que a maioria dos acadêmicos com tendência religiosa na verdade obtiveram atitudes centradas no médico²². De acordo com Jakovljevic (2017), o direcionamento e a modelagem do comportamento social por meio da formulação de cenários explicativos e de visões de mundo são efeitos benéficos da religião sobre a saúde mental. Isto, em consequência, promove uma atmosfera de bem-estar tanto a nível individual quanto a nível comunitário²⁰.

Neste sentido, algumas escolas médicas do Brasil, como a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP e o curso de medicina da Universidade de Taubaté têm inserido o tema espiritualidade como uma de suas disciplinas. Concomitantemente, percebe-se que nos Estados Unidos da América (EUA) a espiritualidade tem sido cada vez mais discutida, seja com um currículo focado no tema ou ainda componentes como competência cultural, cuidados paliativos ou o enfoque humanitário abarcando a espiritualidade²³.

Balboni et al. (2015) analisou a influência da religião e da espiritualidade em estudantes de medicina. Além do aumento da empatia, esta pesquisa evidenciou que o envolvimento com religião e espiritualidade são fatores protetores para o estresse emocional, a perda de compaixão durante os anos de estudo na faculdade de medicina, o desbalanço entre a vida profissional e pessoal e conflitos entre colegas de classe²⁴.

Um estudo australiano observou que os pacientes não desejam serem questionados sobre religião em prol de receber um norte ou guia, mas sim para que possa ser construída uma relação mais forte na qual eles receberão cuidado holístico. Embora haja, por parte do médico, um medo significativo de ofender os pacientes e de fazer proselitismo inadvertidamente a discussão sobre religião e espiritualidade não precisa ameaçar a autonomia do paciente. Existem diretrizes que associadas à compreensão do processo e o treinamento de profissionais médicos permitem a dissolução do desconforto médico²⁵.

No presente estudo a renda familiar não se relacionou com a centralização do cuidado, tampouco com o grau de humanização dos acadêmicos. Entretanto, o estudo de Peixoto, Ribeiro e Amaral (2011), demonstrou que os acadêmicos das instituições de medicina com a abordagem tradicional de ensino apresentavam renda familiar e escores do EOMP inferiores aos acadêmicos de instituições de Aprendizagem Baseada em Problemas, indicando uma provável relação da assistência centrada na pessoa com a renda familiar¹⁸.

Na amostra avaliada por esta pesquisa, poucos estudantes relataram envolvimento com alguma atividade artística e, dentre os que estavam envolvidos, a maioria possui um pensamento centrado no médico, não no paciente. Atividade como artesanato, a narração de história, a música e a palhaço terapia são ferramentas úteis para se alcançar profissionais da área de saúde mais sensíveis para as causas de seus pacientes²⁶. Corroborando com esta ideia, Mairot et al. (2019) afirma que a arte, a qual compreende a pintura, literatura, cinema e teatro, gera reflexão e discussão por mostrar diferentes visões e atitudes²⁷. Além disso, a arte toca em assuntos delicados e expõe diversas realidades, como o morrer e o adoecer, sendo que sua interpretação exige maturidade, reflexão, respeito e sensibilidade. Por conseguinte, os recursos artísticos são capazes de formar no acadêmico de medicina um pensamento crítico e uma atitude capaz de lidar e aceitar opiniões diferentes, como por exemplo, dos seus pacientes. A arte é uma ferramenta capaz de desenvolver nos acadêmicos de medicina habilidades como ética, empatia, sensibilidade e escuta, melhorando a relação médico paciente e criando profissionais aptos para exercer sua profissão de forma mais humanizada. Diante disso, o ensino médico não deve se basear apenas na ciência, mas sim se interligar com um campo mais subjetivo como a arte.

A promoção da saúde mental é um processo complexo em que se proporciona a possibilidade de o indivíduo proteger, melhorar e promover a sua saúde em níveis tanto individuais quanto coletivos. As atividades que visam a saúde mental buscam cada vez mais alcançar positividade, significado e engajamento na própria vida do que o mero controle ou até eliminação de doenças mentais²⁰.

É possível perceber uma atitude paternalista dos acadêmicos de medicina do presente estudo, haja vista que a maioria dos estudantes obteve scores que demonstram um posicionamento centrado no médico. Assim como foi observado em outro estudo realizado por Vidal et al. (2019), os resultados entre os períodos dos ciclos apresentaram resultados similares nos escores globais da escala, não evidenciando, um deslocamento dos acadêmicos no que tange a centralização do cuidado no paciente²². Em uma avaliação final, os resultados indicaram que as atitudes dos estudantes de medicina, nos últimos anos da escola médica, eram mais centradas no médico, quando comparadas aos primeiros anos, quando o cuidado era predominantemente centrado no paciente¹⁷.

De forma semelhante, o estudo de Pereira (2012) traz dados mais neutros, demonstrando que não houve variação da atitude dos estudantes do início para o final do curso de medicina em nenhuma das escolas estudadas, mas que os estudantes do sexo

masculino dos períodos finais do curso da escola com currículo inovador mostraram atitudes mais centradas no paciente em relação aos estudantes dos períodos iniciais e aos da escola com currículo tradicional e se igualaram aos estudantes do sexo feminino no final do curso¹⁴.

Diversos autores expõem que a abordagem centrada no paciente é um componente necessário da competência clínica e uma aptidão demandada para os futuros médicos, visto que os resultados apresentaram que o desenvolvimento das atitudes centradas no paciente, instituído ao longo do programa do currículo médico, tem sido efetivo para que os estudantes obtenham atitudes centradas no paciente no decorrer da educação médica^{16,18}.

Cita-se que esse estudo apresenta limitações relacionadas aos dados auto referidos durante a realização do questionário, por isso algumas variáveis podem estar subestimadas ou superestimadas. Por fim, descreve-se ainda a impossibilidade do estabelecimento de relação entre causa e efeito entre a variável dependente e as independentes devido ao delineamento transversal da pesquisa.

5 CONCLUSÕES

A percepção final do presente estudo é de que a maioria dos acadêmicos de medicina apresentaram uma postura mais centrada no próprio médico. Observou-se que as questões biológicas e sociais atreladas ao ser humano abarcadas no questionário sociodemográfico não apresentaram associação estatisticamente significativa com os escores de atitudes humanizadas dos estudantes de medicina dessa amostra, com exceção da variável religião que, paradoxalmente, correlacionou-se de forma inversa com o grau de humanização do aluno.

A partir das informações obtidas por este estudo, recomenda-se que seja fomentado o estímulo do desenvolvimento de habilidades e competências com implementação da relação médico-paciente, bem como a necessidade do desenvolvimento de estudos que busquem traçar metas que guiem as escolas médicas no sentido de como florescer a empatia dos estudantes.

REFERÊNCIAS

1. Moreira MADM, Lustosa AM, Dutra F, Barros EO, Batista JBV, Duarte MCS. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. *Cien Saude Colet*. 2015 Oct;21(2):3231–42. Portuguese.
2. Rios IC, Sirino CB. A Humanização no Ensino de Graduação em Medicina: o Olhar dos Estudantes. *Rev Bras Educ Med*. 2015;30(3):401–9. Portuguese.
3. bvsms.saude.gov.br [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; c2020 [cited 2020 Dec 22]. Available from: bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html
4. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica Ampliada e Compartilhada*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 Jan. 64 p.
5. Moreto G, Blasco PG. A erosão da empatia nos estudantes de Medicina: um desafio educacional. *Rev Bras Med*. 2012 Feb;69(3):12–7. Portuguese.
6. Moraes JCO, Carneiro CR, Cruz HRFV, Costa IP, Almeida MR. A Mídia e sua Relação com a Formação de Opiniões Sobre o Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Ciências Saúde*. 2017 Jan;21(2):103–10. Portuguese.
7. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 20 set 1990; Seção 1:018055.
8. Rios IC, Schraiber LB. A Relação Professor-Aluno em Medicina - um Estudo sobre o Encontro Pedagógico. *Rev Bras Educ Med*. 2012 Jun;36(3):308–16. Portuguese.
9. Medeiros LMOP, Batista SHSS. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise de literatura. *Trab Educ e Saúde*. 2016 Apr;14(3):925–51. Portuguese.
10. Blasco PG, Levites MR, Albini RR. The Value of Humanistic Resources in Medical Education: Literature and movies for medical students. *Proceedings of the 16th WONCA - World Congress of Family Doctors*. 2001 May 13-17; Durban, RSA.
11. Palmeira ABP, Gewehr RB. O lugar da experiência do adoecimento no entendimento da doença: discurso médico e subjetividade. *Ciência saúde coletiva*. 2018 Aug;23(8):2469–78. Portuguese.
12. Caprara A, Franco ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública*, Rio Janeiro. 1999 Sep;15(3):647–54. Portuguese.
13. de Benedetto MAC, Gallian DMC. Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. *Interface Comun saúde e Educ*. 2018 Nov;22(67):1197–208. Portuguese.
14. Pereira CMAS. Tradução, adaptação cultural e validação da Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) para a língua portuguesa do Brasil [dissertation]. Uberlândia (MG): Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia; 2012. Portuguese.

15. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: The effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns.* 2000;39:49–59.
16. Wahlqvist M, Gunnarsson RK, Dahlgren G, Nordgren S. Patient-centred attitudes among medical students: Gender and work experience in health care make a difference. *Med Teach.* 2010 Jan;32(4):e191–8.
17. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, et al. Medical student attitudes toward the doctor – patient relationship. *Med Educ.* 2002 Jun;36(6):568–74.
18. Peixoto JM, Ribeiro MMF, Amaral CFS. Atitude do Estudante de Medicina a respeito da Relação Médico-Paciente x Modelo Pedagógico. *Rev Bras Educ Med.* 2011 Aug;35(2):229–36. Portuguese.
19. Ribeiro MMF, Krupat E, Amaral CFS. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. *Med Teach.* 2009 Jul;29(6):e204–8.
20. Jakovljevic M. Resilience, Psychiatry And Religion From Public And Global Mental Health Perspective - Dialogue and Cooperation in the Search for Humanistic Self, Compassionate Society and Empathic Civilization. *Psychiatr Danub.* 2017 Sep;29(3):238–44.
21. Borgo F. A interface do ensino religioso com a humanização e o cuidado na atenção à saúde [dissertation]. Vitória (ES): Programa de Pós-Graduação Faculdade Unida de Vitória; 2018. Portuguese.
22. Vidal CEL, Andrade AFM, Mariano IGGF, Silveira Junior J, Silva JCF, Azevedo MDO, et al. Atitude de estudantes de medicina a respeito da relação médico paciente. *Rev Med Minas Gerais.* 2019 Jun;29(8):19–24. Portuguese.
23. Mendes MC. Atenção à Saúde da Comunidade no Âmbito da Atenção Primária à Saúde na FRMP-USP. 1ª ed. Ribeirão Preto; FUNPEC editora; 2017. Capítulo 8, Espiritualidade e Saúde, p. 130-49.
24. Balboni et al. Religion, Spirituality, and the Hidden Curriculum: Medical Student and Faculty Reflections. *J Pain Symptom Manage.* 2015 Oct;50(4):507–515.
25. Best M, Butow P, Olver I. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. *Palliative Medicine.* 2015 Aug; 1–11.
26. Sei MB, Corsino D. Sensibilizar e humanização da formação do profissional da saúde. 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – ACTAS. 2018 Jan: 583–91. Portuguese.
27. Mairot LTS, Costa BBG, Heringer TPM, Borges RC, Moura EP. As Artes na Educação Médica: Revisão Sistemática da Literatura. *Rev Bras Educ Med.* 2019 Dec;43(4):54–64. Portuguese.