

Avaliação da Relação Médico-Paciente em Alunos Internos de um Curso de Medicina

Evaluation of the Medical-Patient Relationship in Internal Students of a Medicine Course

Gabriel Mendes Nascimento¹
Sérgio Luiz de Almeida Júnior¹
Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva¹
Iracema Gonzaga Moura de Carvalho¹
Sônia Maria Ribeiro dos Santos¹
Rogério José de Almeida¹

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica.
- Internato e Residência.
- Relações Médico-Paciente.

RESUMO

Objetivo: Avaliar as atitudes dos alunos internos de um curso de Medicina a respeito da relação médico-paciente, tendo como dimensões desta relação o cuidar e o compartilhar. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa. No desenvolvimento da pesquisa foi utilizado um questionário com dados sociodemográficos ocupacionais e a Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS), que avalia a relação médico-paciente na perspectiva de estudantes. Foram entrevistados 136 alunos internos de um curso de Medicina de uma universidade de Goiânia (GO). **Resultados:** A média de idade dos alunos internos pesquisados foi de 24,7 ($\pm 2,8$), sendo 90 do sexo feminino (66,7%) e 128 (94,1%) solteiros. Os escores entre todos os alunos internos foram: global ($4,48 \pm 1,56$), compartilhar ($3,92 \pm 1,59$) e cuidar ($5,04 \pm 1,31$). As mulheres apresentaram escores maiores no que tange ao fator “compartilhar” ($3,97 \pm 1,61$) em relação aos homens ($3,82 \pm 1,54$), com $p = 0,034$, e também na média global, feminino ($4,51 \pm 1,57$) e masculino ($4,40 \pm 1,55$), com $p = 0,047$. No fator “compartilhar”, aqueles que afirmaram ter realizado estágio extracurricular ($3,98 \pm 1,62$) tiveram melhor escore do que os que não fizeram ($3,81 \pm 1,53$), com $p = 0,033$. Os estudantes que apontaram a contribuição social na escolha do curso de Medicina ($4,00 \pm 1,58$) apresentaram melhor escore no fator “compartilhar”. **Conclusão:** A maioria dos alunos internos pesquisados teve a atenção voltada à figura do médico e não à do paciente, o que é demonstrado principalmente pelo decréscimo dos escores no final dos períodos de formação. Em contrapartida, os acadêmicos acreditam que as expectativas, sentimentos e circunstâncias da vida do paciente possam interferir no tratamento. Mulheres, alunos que realizaram atividades extracurriculares durante o curso e estudantes que apontaram a contribuição social na escolha do curso apresentaram melhores resultados sob o ponto de vista de dialogar e permitir que o paciente faça parte do tratamento.

KEYWORDS:

- Education, Medical;
- Internship and Residency;
- Doctor-Patient Relations.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the attitudes of the medical intern students regarding the doctor-patient relationship, in terms of the aspects of caring and sharing. **Methods:** This is a cross-sectional descriptive study with a quantitative approach. Two questionnaires were used in the development of the study, one with occupational sociodemographic data and the other the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS), which aims to evaluate the doctor-patient relationship from the student's perspective. A total of 136 medical intern students from a university in Goiânia/GO were interviewed. **Results:** the mean age of the sample population was 24.7 (± 2.8), 90 were female (66.7%) and 128 (94.1%) were single. Among all the students the scores were: overall (4.48 ± 1.56), sharing (3.92 ± 1.59) and caring (5.04 ± 1.31). The women presented higher scores in the "sharing" aspect (3.97 ± 1.61) than the men (3.82 ± 1.54), with $p = 0.034$, and in the global mean, female (4.51 ± 1.57) and male (4.40 ± 1.55), with $p = 0.047$. For the "sharing" factor, those who said they had completed extracurricular internship (3.98 ± 1.62) reported a better score than those who had not (3.81 ± 1.53), with $p = 0.033$. The students that specified social contribution as a factor in their decision to follow the medical course (4.00 ± 1.58) presented a better score in the "sharing" factor. **Conclusion:** Most of the intern students focused their attention on the doctor figure rather than the patient, especially with the lower scores at the end of the training period. By contrast, the academics believed that the patient's expectations, feelings, and life circumstances may interfere with their treatment. Women, students who performed extracurricular activities during the course and students who pointed out social contribution as a factor in their decision to follow a medical career, presented better results from the point of view of dialogue and allowing the patient to be part of the treatment.

Recebido em 25/7/2017

Aceito em 12/9/2017

INTRODUÇÃO

Na atualidade, mesmo com um cenário de modificações tecnológicas e de informações, verifica-se um interesse comum de retorno às origens humanísticas da medicina, tendo como base novos paradigmas da formação médica. Ressalta-se a importância do princípio bioético da autonomia na relação médico-paciente, demonstrando que o médico deve respeitar a condição de escolha do paciente e estar apto a se adequar às mudanças que os avanços tecnológicos podem trazer ao contato entre médico e paciente¹.

Os cursos de Medicina no Brasil vêm passando por modificações em suas matrizes curriculares, a fim de que o egresso internalize uma nova mentalidade. O profissional deve se formar com uma visão humanista e crítica, abandonando de vez o conceito de médico puramente voltado para as questões técnicas². O grande desafio está na perspectiva de desenvolver a autonomia individual em íntima relação com o coletivo. Para isto, o ensino deve estar voltado para uma visão mais global, com foco na transdisciplinaridade, possibilitando a construção de redes de mudanças sociais. Nesta lógica, existe uma tendência à busca de métodos inovadores,

que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora³.

O Ministério da Educação, por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, cita no artigo terceiro:

*O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.*²

Depreende-se que os cursos de Medicina no Brasil estão passando por várias modificações, com o protagonismo de novos modelos pedagógicos que priorizam o ensino de forma ativa. A ideia é possibilitar uma conexão entre a instituição de ensino, o serviço de saúde e a sociedade, viabilizando uma

análise e uma mediação sólida sobre a realidade, edificando todos os protagonistas no seguimento da concepção coletiva e suas distintas competências e favorecendo a liberdade no raciocínio e no trabalho em grupo⁴. Tais modelos baseiam-se na melhoria da habilidade do acadêmico em envolver-se com responsabilidade na transformação social, um processo de percepção de problemas e de investigação por resoluções próprias⁴.

Um dos objetivos da formação médica é que o futuro profissional saiba abordar seu paciente de maneira holística, sustentada numa adequada relação médico-paciente^{1,4,5}. Esta se configura como a base da prática clínica, sendo o seu ensino de suma importância para o desenvolvimento da formação médica. O relacionamento passa a ser centrado no paciente como ser humano e não mais apenas na patologia que o consome⁵.

A ideia é criar um vínculo entre o médico e o paciente, respaldado no entendimento técnico-científico e relacionado com a responsabilidade individual e social numa dimensão humanística e ética. Tal prática visa contribuir positivamente tanto para o paciente quanto para o médico, sendo que o primeiro se torna mais adepto do tratamento proposto, além de se ajustar melhor no que diz respeito aos aspectos emocionais e psicológicos associados à sua doença⁵.

Sendo assim, torna-se imprescindível que a abordagem médica na prática seja pautada em ações que incluam a análise do paciente além do modelo biomédico. O paciente passa a ser compreendido por meio de variáveis que se complementam e ajudam a formar o quebra-cabeça de sua enfermidade, estabelecendo uma conexão entre as possíveis causas e a futura terapêutica⁶, de modo que “o adoecer é constituído de múltiplas questões que abrangem o sujeito em suas várias dimensões: sua atuação no mundo do trabalho, seu processo de aquisição de conhecimentos (vida escolar), suas vivências existenciais e afetivas, suas crenças e mitos (p. 247)”⁶.

É importante que o médico consiga entender e aprender que a relação deve ser baseada no envolvimento com o paciente, evocando valores, motivações e ideias por meio de um planejamento do encontro clínico⁷. Destaca-se a importância dessa relação, evidenciando fatores que prejudicam o encontro médico, como, por exemplo, a descrição pouco clara dos sintomas do paciente até a utilização muito técnica e a escrita muitas vezes ilegível⁸.

O encontro clínico deve enfatizar a participação do médico e do paciente na tomada de decisão sobre o melhor tratamento possível. Tal encontro deve basear-se numa relação colaborativa, empática e bidirecional. É necessário que aspectos pessoais dos pacientes tenham importância e destaque, sem desconsiderar aspectos do ambiente que influenciam a dinâmica

da relação, como a organização empregatícia, a equipe de saúde, o meio social e o familiar⁹. Espera-se que um médico comece exercendo na universidade e termine sua graduação com esses conceitos enraizados e os utilize segundo uma visão holística durante a sua vida profissional⁹.

A prática médica requer relações interpessoais amparadas num entendimento amplo de saúde. As pessoas precisam ser avaliadas em suas múltiplas variáveis, levando-se em consideração o que elas mais necessitam no momento e que vão ao encontro de situações de sua vida, ao lado de prevenção e promoção de saúde adequadas. Por isso, o presente estudo se justifica, pois se direciona o olhar para o estudante de Medicina em vias de se tornar um médico e entrar no mercado de trabalho. Assim, teve por objetivo avaliar as atitudes dos internos de um curso de Medicina a respeito da relação médico-paciente.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa. Este é um método de pesquisa que se baseia numa abordagem epidemiológica que se caracteriza pela observação direta da população em questão em uma única oportunidade, levando em conta a descrição das características de determinado fenômeno¹⁰.

A pesquisa foi realizada por meio de questionários aplicados aos alunos internos de um curso de Medicina localizado na cidade de Goiânia (GO). Foram pesquisados os acadêmicos que estavam regularmente matriculados no internato (nono, décimo, 11º e 12º períodos) durante o segundo semestre de 2016. A escolha do período do internato se deu por serem estudantes em vias de término do curso e também por ser nesse momento que se intensificam os encontros clínicos entre aluno interno e paciente.

No desenvolvimento da pesquisa foram utilizados dois instrumentos. O primeiro deles foi um questionário semiestruturado para avaliar questões sociodemográficas ocupacionais e que continha perguntas referentes a idade, sexo, estado civil, módulo em que se encontrava no curso de Medicina, renda, religião, emprego, bolsa de estudo, experiência com doença grave pessoal, experiência com doença grave na família, escolaridade do pai, escolaridade da mãe, se possuía pai ou mãe médicos, estágios extracurriculares, atividades de iniciação científica e especialidade pretendida após conclusão do curso.

O segundo instrumento foi o questionário para avaliar a relação médico-paciente denominado *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS). Este instrumento, que avalia a atitude individual quanto às práticas centradas no médico e na doença ou no paciente, foi desenvolvido por Krupat *et al.*¹¹, já

adaptado e validado no Brasil¹². Com 18 itens, tem por objetivo avaliar a relação médico-paciente em seis pontos na escala Likert. Nove itens se referem à abordagem “cuidar”, que está relacionada a quanto o pesquisado considera que as variáveis psicossociais interferem no adoecer ou se meramente as questões biológicas estão ligadas a esse processo. Os outros nove itens se relacionam à abordagem “compartilhar”, que se refere a quanto o respondente considera que o paciente deve se envolver no seguimento de tomada de decisão ou quanto isto deve estar em poder apenas do clínico¹².

Nesse sentido, um escore médio abaixo de 4,57 indica ações centradas na figura do médico, entre 4,57 e 5,0 condutas mediamente dirigidas ao paciente, e acima de 5,0 ações centradas no paciente¹³⁻¹⁵.

Os dados coletados foram utilizados para a confecção de um banco de dados no *software* Excel. Posteriormente, foi empregado o *software* BioEstat 3.0 para realizar estatística descritiva com o cálculo de medidas de tendência central para as variáveis contínuas, como média, mediana e desvio padrão, e cálculo das frequências absoluta e relativa percentual para as variáveis descontínuas. Em seguida, aplicou-se teste de normalidade (D’Agostino-Pearson) para distinguir as distribuições paramétricas e não paramétricas, com o intuito de comparar os resultados do questionário estratificados pelas variáveis sociodemográficas. Assim, foram utilizados, para as distribuições paramétricas, os testes t de Student e Anova, e para as distribuições não paramétricas os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Para todos os testes comparativos foi assumido p-valor inferior ou igual a 0,05 como significativo.

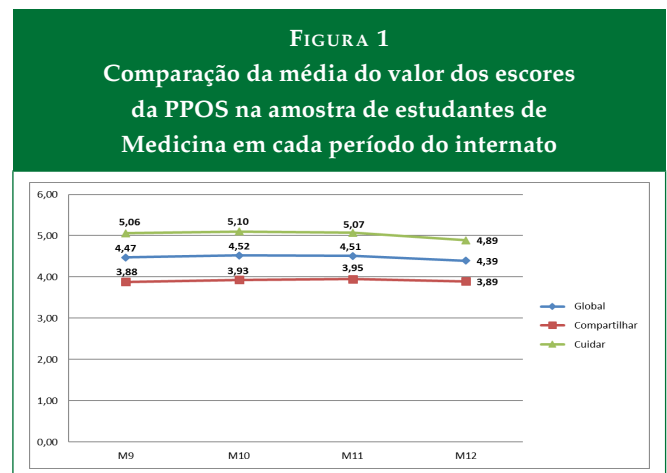
De acordo com a Resolução 466/2012, antes da aplicação dos questionários, os participantes foram devidamente orientados em relação às questões éticas da pesquisa. Após orientação, o estudante lia e assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que deixava clara a garantia de sigilo sobre a sua identidade. A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde sob o protocolo CAAE: 56701316.8.0000.0037 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás com o parecer nº 1.592.000.

RESULTADOS

A pesquisa incluiu 136 estudantes, representando 75,5% do total de alunos matriculados no internato no período da pesquisa. Desse total, foram investigados 31 do nono período, 30 do décimo período, 45 do 11º período e 30 do 12º período. Ao todo, foram 90 do sexo feminino (66,7%) e 46 do sexo masculino (33,8%). A idade mínima identificada foi de 20 anos, e a máxima foi de 39 anos, com média de 24,7 ($\pm 2,8$) (Tabela 1).

A maioria dos estudantes era solteira (94,1%), de religião católica (58,8%), referiu ter doença grave na família (66,2%) ou não identificou doença grave pessoal (74,3%). Esse grupo de estudantes participava de estágios (63,2%), iniciação científica (56,6%), programas de extensão (68,4%), procurava fazer atividade física regularmente (66,2%) e afirmou ter escolhido o curso de Medicina por aptidão pessoal e vocacional (64,0%) (Tabela 1).

Na análise dos escores médios da escala PPOS, em se tratando da média global do questionário, identificou-se uma elevação dos escores do nono período (4,47) para o décimo período (4,52). Entretanto, do 11º período (4,51) para o 12º período (4,39) houve uma tendência contínua de queda. Tal panorama se repete no fator “cuidar”, em que os escores foram: nono: 5,06; décimo: 5,10; 11º: 5,07; e 12º: 4,89. Já o fator “compartilhar” teve as seguintes médias, respectivamente: 3,88, 3,93, 3,95 e 3,89 (Figura 1).



No conjunto dos alunos do internato, os escores foram: global ($4,48 \pm 1,56$), compartilhar ($3,92 \pm 1,59$) e cuidar ($5,04 \pm 1,31$). Os dados referentes ao escore global e ao fator compartilhar evidenciaram condutas centradas na figura do médico. Em contrapartida, o fator cuidar demonstrou atitudes dos estudantes concentradas no paciente.

Na análise estatística utilizando-se os valores obtidos na escala PPOS de todos os alunos do internato juntamente com as variáveis sociodemográficas, identificou-se que no fator compartilhar os estudantes do sexo feminino ($3,97 \pm 11,61$) tiveram escores maiores do que os do sexo masculino ($3,82 \pm 1,54$), com $p = 0,034$. Tal achado em relação ao sexo também foi identificado na média global da escala, com feminino ($4,51 \pm 1,57$) e masculino ($4,40 \pm 1,55$), com $p = 0,047$.

Um achado estatisticamente significativo foi a realização de estágios pelos estudantes do internato pesquisados. No

TABELA 1
Proporções de alunos em cada módulo do internato, segundo variáveis do questionário sociodemográfico ocupacional

Variáveis	Módulo 9 (n = 31)		Módulo 10 (n = 30)		Módulo 11 (n = 45)		Módulo 12 (n = 30)		Total (n = 136)	
	n	f (%)	n	f (%)	n	f (%)	n	f (%)	n	f (%)
Idade (anos)										
20 a 24	19	61,3	18	60,0	24	53,3	9	30,0	70	51,5
25 a 29	10	32,3	11	36,7	18	40,0	18	60,0	57	41,9
30 a 39	2	6,5	1	3,3	3	6,7	3	10,0	9	6,6
Média (DP)	24,2 (2,9)		24,1 (2,1)		24,7 (3,1)		25,9 (2,6)		24,7 (2,8)	
Sexo										
Feminino	23	74,2	19	63,3	28	62,2	20	66,7	90	66,2
Masculino	8	25,8	11	36,7	17	37,8	10	33,3	46	33,8
Estado civil										
Solteiro	30	96,8	30	100,0	44	97,8	24	80,0	128	94,1
Casado	1	3,2	0	0,0	1	2,2	6	20,0	8	5,9
Religião										
Católica	22	71,0	18	60,0	21	46,7	19	63,3	80	58,8
Espírita	2	6,5	4	13,3	12	26,7	3	10,0	21	15,4
Evangélica	5	16,1	4	13,3	8	17,8	4	13,3	21	15,4
Nenhuma	2	6,5	4	13,3	4	8,9	4	13,3	14	10,3
Bolsa										
Sim	12	38,7	11	36,7	12	26,7	12	40,0	47	34,6
Não	19	61,3	19	63,3	33	73,3	18	60,0	89	65,4
Doença na família										
Sim	24	77,4	18	60,0	28	62,2	20	66,7	90	66,2
Não	7	22,6	12	40,0	17	37,8	10	33,3	46	33,8
Doença pessoal										
Sim	1	3,2	11	36,7	10	22,2	13	43,3	35	25,7
Não	30	96,8	19	63,3	35	77,8	17	56,7	101	74,3
Estágio										
Sim	12	38,7	18	60,0	30	66,7	26	86,7	86	63,2
Não	19	61,3	12	40,0	15	33,3	4	13,3	50	36,8
Iniciação científica										
Sim	12	38,7	25	83,3	18	40,0	22	73,3	77	56,6
Não	19	61,3	5	16,7	27	60,0	8	26,7	59	43,4
Extensão										
Sim	22	71,0	20	66,7	27	60,0	24	80,0	93	68,4
Não	9	29,0	10	33,3	18	40,0	6	20,0	43	31,6
Atividade física										
Sim	20	64,5	19	63,3	34	75,6	17	56,7	90	66,2
Não	11	35,5	11	36,7	11	24,4	13	43,3	46	33,8
Motivo escolha do curso										
Aptidão e vocação	22	71,0	19	63,3	25	55,6	21	70,0	87	64,0
Contribuição social	3	9,7	4	13,3	5	11,1	2	6,7	14	10,3
Mercado de trabalho	3	9,7	3	10,0	6	13,3	5	16,7	17	12,5
Influência da família	3	9,7	4	13,3	9	20,0	2	6,7	18	13,2

fator compartilhar, aqueles que afirmaram ter realizado estágio extracurricular ($3,98 \pm 1,62$) tiveram melhor escore do que aqueles que não fizeram ($3,81 \pm 1,53$), com $p = 0,033$. Outro dado importante foi a identificação de que os estudantes que apontaram a contribuição social na escolha do curso ($4,00 \pm 1,58$) apresentaram melhor escore no fator compartilhar.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo evidenciaram, de maneira geral, valores abaixo de 4,57 no que diz respeito ao escore global. Tais resultados são indicativos de que alunos no final do curso de Medicina tendem a sair da graduação com atitudes centradas em suas próprias figuras como médicos, principalmente quando se identifica que os menores escores se encontram no último período do curso. Uma pesquisa que analisou atitudes de acadêmicos de Medicina identificou que, à medida que se dirigem ao término do curso, tende a ocorrer uma mudança nas atitudes, que ressaltam um olhar médico voltado ao paciente e seu sofrimento pessoal anterior ao aparecimento da doença, assim como ao dever do médico de participar de atividades culturais ou associativas da comunidade que atende¹⁶.

É preciso melhorar as habilidades médicas de comunicação, já que os direitos e opiniões dos pacientes devem ser respeitados, cabendo ao médico recuperar o papel de protagonista do paciente, adaptando os cuidados de saúde, deixando o pedestal do orgulho e promovendo um relacionamento menos assimétrico na prática clínica¹⁷. Uma boa relação médico-paciente, por si só, já representaria um avanço considerável no processo saúde-doença¹⁸.

Assim como o escore global, o fator “compartilhar” também apresentou, em todos os períodos investigados, valores abaixo de 4,57. Na escala PPOS, o compartilhar se refere a quanto o respondente considera que o paciente deve se envolver no seguimento de tomada de decisão ou o quanto isto deve estar em poder apenas do médico. Os resultados revelaram ações voltadas à figura do médico como detentor do poder em uma consulta, não envolvendo o paciente na tomada de decisão. Fica o questionamento: como em um encontro clínico o paciente não é inserido nas decisões sobre seu corpo e sua vida? Esse encontro deve ser considerado algo íntimo, abordando problemas pessoais das vidas dos pacientes, dando a correta dimensão às queixas e às suas consequências, orientando a melhor conduta terapêutica¹⁹.

Aliado a isso, um estudo identificou a relação médico-paciente com uma abordagem sociológica como algo que faz

parte de uma relação macrosocial numa comunidade que descobre vários aspectos além da relação de duas pessoas²⁰. Uma forma de voltar o olhar para o paciente, defendem os autores, e fazer um reexame da relação médico-paciente segundo uma abordagem interdisciplinar, que deve levar em conta as essências filosófica, psicológica e sociológica dessa relação²⁰.

Tal perspectiva é corroborada por outro estudo que descreveu que o passo fundamental na construção de uma relação terapêutica é reconhecer que alguns pacientes podem ter maiores necessidades e que uma mesma abordagem pode não caber a todos. De fato, os profissionais que reconhecem isto podem estar mais sintonizados com aspectos psicossociais dos pacientes. Os autores citam ainda que muitos pacientes querem desempenhar um papel ativo em seus próprios cuidados médicos, desejam se envolver num diálogo no intuito de esclarecer expectativas, expressar preocupações e fazer perguntas, mas muitas vezes se sentem relutantes, com medo de serem percebidos como pacientes difíceis²¹.

O fator “cuidar”, diferentemente dos anteriores, mostrou, em sua quase totalidade, valores acima de 5,0 (exceto no último período do curso), apresentando ações centradas no paciente. Esse fator está relacionado a quanto o respondente considera que as variáveis psicossociais interferem no adoecer ou se apenas questões biológicas estão ligadas a esse processo. Um estudo que analisou a relação do paciente com o serviço em Unidades Básicas de Saúde sob a ótica dos médicos e dos pacientes identificou que, na visão dos usuários, o modelo biomédico e organicista da medicina tradicional só impõe uma posição hierárquica e reducionista, que leva em conta quase exclusivamente os sinais e sintomas biologicamente considerados, não abarcando diversos aspectos subjetivos da saúde humana²².

Os aspectos subjetivos de um paciente durante um encontro clínico são inerentes à prática médica. A união de todos esses aspectos ajuda a formar o indivíduo como uma entidade holística e integralizada, algo contrário ao modelo biomédico. É importante considerar que o paciente precisa ser compreendido como ser biopsicossocial, suscetível às alterações em seu meio ambiente ou em sua mente²³. Para o médico, compreender essa condição é derrubar todo e qualquer pensamento organicista e mecânico, que reduz a relação médico-paciente a um processo de restabelecimento da normalidade de padrões biologicamente estabelecidos²³. Diante disso, os resultados do presente estudo demonstram que os internos estudados acreditavam numa medicina não organicista, baseada numa prática de saúde de caráter mais humanizado e social, por meio de uma profunda reflexão acerca das reais necessidades dos pacientes.

O presente estudo identificou, com significância estatística, que as mulheres apresentaram valores mais elevados em relação aos homens, significando atitudes mais centradas no paciente entre as acadêmicas. Ao se analisarem os fatores, observou-se que o “compartilhar” também mostrou maior tendência das mulheres em valorizar o diálogo com os pacientes e inseri-los nas decisões. Numa investigação que utilizou a escala PPOS, houve aumento estatisticamente significativo do escore da escala entre estudantes do sexo feminino em comparação aos do sexo masculino²⁴.

Em pesquisas que tratam de cuidados à saúde, são frequentes as diferenças de gênero encontradas em relação às atitudes centradas no paciente²⁴⁻²⁶. Um estudo que analisou as implicações da feminização da medicina no que se refere à atenção primária em vários países identificou evidências de que as mulheres destinam maior tempo a cada paciente, lidando com mais problemas da vida do doente por encontro clínico. As mulheres se mostraram mais propensas a lidar com problemas sociais e psicológicos dos pacientes, bem como com educação em saúde e aconselhamento²⁵.

De modo semelhante, há evidências de que as mulheres médicas são mais predispostas do que os homens a estabelecer uma boa relação médico-paciente. Elas têm um estilo mais democrático de comunicação, que visa promover relacionamentos colaborativos, preocupam-se em discutir mais os tratamentos e procuram envolver os pacientes nas tomadas de decisão²⁶. Além disso, as condutas e práticas das mulheres médicas podem conduzir a melhor eficácia das ações preventivas; as mulheres médicas se adaptam mais facilmente ao funcionamento e à liderança de equipes multidisciplinares de saúde e levam a otimizar recursos, pois são menos inclinadas a incorporar tecnologias desnecessárias; atendem mais adequadamente às populações em contextos de vulnerabilidade; e respondem a situações que requerem a compreensão de singularidades culturais e de preferências individuais dos pacientes. Diante do exposto, fica nítida a diferenciação do cuidar quando praticado por médicos do sexo masculino comparado às médicas, sendo estas mais inclinadas aos aspectos biopsicossociais do paciente²⁶.

Foi também observada associação significativa da participação ou não em estágios extracurriculares quando analisado o fator “compartilhar”. Tanto os alunos que realizaram quanto os que não realizaram estágios extracurriculares durante o curso apresentaram escores abaixo de 4,57, indicando ações centradas na figura do médico. Entretanto, aqueles que afirmaram ter realizado estágio extracurricular durante o curso apresentaram melhor escore do que os que não fizeram. Esses resultados indicam que o acesso a diferentes experiências, ser-

viços e cenários de prática em saúde diferentes dos ofertados na universidade de origem pode significar uma tendência de melhora na relação médico-paciente.

Um estudo que analisou a importância da inserção precoce de alunos em ambientes fora de sala de aula, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, identificou que o acesso a esse tipo de serviço logo no início do curso pode fazer com que o estudante crie vínculos com a comunidade e melhore a capacidade de comunicação com o paciente no decorrer dos anos de formação médica²⁷. A presença do aluno em ambientes externos se vincula a maior tempo para conversar e ter contato com o paciente. A consequência é a superação de barreiras como timidez e dificuldade de articulação, melhorando a capacidade de dialogar, fato substancialmente necessário para desenvolver a capacidade de compartilhar e inserir o paciente na tomada de decisão²⁷.

Foi identificado também que os alunos que apontaram a contribuição social na escolha do curso de Medicina apresentaram melhor escore no fator compartilhar. Valores como engajamento político, religiosidade e convicção humanitária são preditores de melhor relação com pacientes. Os estudantes de Medicina com essa base social tendem a apresentar melhores resultados sob o ponto de vista de ouvir e se colocar no lugar do seu paciente²⁸.

O cenário atual de facilidade de acesso às informações enfatiza a necessidade de uma medicina cada vez mais voltada para o paciente, cuja autonomia vem aumentando gradativamente. Ele procura informações acerca da sua enfermidade, mas também considera muito importante associar as informações trazidas com as orientações que o seu médico fornece, unindo as duas coisas. O paciente deseja que o caminho do seu tratamento seja traçado de maneira integral e compartilhada²⁹.

É preciso criar uma rede de confiança do paciente com seu médico, que se torna essencial para se atingir o efeito terapêutico desejado, com dedicação do profissional a cada paciente durante o tempo que for necessário³⁰. É fundamental implantar estratégias e ações que permitam, durante a relação médico-paciente, capturar informações e ganhar confiança, e que sejam capazes de responder às necessidades dos pacientes numa perspectiva holística, que possa levar ao alcance de níveis mais elevados de satisfação do usuário e do profissional de saúde³⁰.

Exemplos de estratégias e ações responsáveis pela conquista da confiança foram mostrados no trabalho de Dang et al.²¹, que propuseram cinco ações para reduzir a ansieda-

de de pacientes HIV positivos analisados no estudo: fornecer tranquilidade aos pacientes; dizer que estão livres para fazer perguntas; mostrar aos pacientes os resultados do laboratório, explicando o que significam; evitar linguagem e comportamentos que possam ser interpretados como julgamento; ouvir a opinião sobre o que eles querem (ou seja, objetivos e preferências de tratamento). A utilização de estratégias é determinante para alcançar a confiança necessária para que médico e paciente sigam um planejamento terapêutico compartilhado²¹.

É preciso que as escolas médicas reconheçam a necessidade e a dificuldade de educar o estudante de Medicina no sentido de formar um médico cuidador³¹. Esta vem sendo uma temática predominante: fazer com que o médico saia da graduação com o conceito de medicina voltada para o paciente enraizado na sua formação³¹.

CONCLUSÃO

O presente estudo, que objetivou analisar as atitudes relacionadas à relação médico-paciente de alunos na fase final do curso de Medicina, trouxe questões relacionadas aos fatores que podem influenciar de maneira positiva ou negativa essa relação em estudantes que se encontram tão próximos de ingressar no mercado de trabalho.

Mesmo sabendo que atitudes nem sempre resultam em comportamentos equivalentes, foi identificado que a maioria dos internos teve a atenção mais voltada à figura do médico, existindo certo desinteresse em ações concentradas no paciente, o que foi revelado, principalmente, pelo decréscimo dos escores nos períodos de formação. Foi mostrado que os acadêmicos não acreditam tanto que o paciente deseje informação ou deva participar ativamente do processo de decisão numa consulta, por exemplo. Em contrapartida, foi demonstrado que os acadêmicos entrevistados acreditavam que as expectativas, sentimentos e circunstâncias da vida do paciente, que caracterizam o biopsicossocial, poderiam interferir no tratamento.

Ficou também constatado que as mulheres se mostraram mais propensas a estabelecer uma relação mais voltada à figura do paciente do que os internos que realizaram estágios extracurriculares durante a graduação e que apontaram a contribuição social na escolha do curso de medicina e se destinam a aceitar maior envolvimento do paciente no encontro clínico.

A relação médico-paciente é de árdua construção. Ela possibilita que médicos e pacientes consigam desenvolver uma comunicação clara, que contribui para a formação de um vínculo entre dois indivíduos. Em face dessa questão, torna-se interessante que o paciente possa se envolver e cooperar com o profissional, expondo suas opiniões e decisões, colabo-

rando para uma simetria num encontro clínico. Diante disso, tornam-se necessárias mudanças relacionadas à aquisição de conhecimento e de competências ainda na formação dos médicos para que se entenda a importância do compartilhamento entre paciente e médico no processo saúde-doença.

É de fundamental importância que o médico conclua sua formação com conceitos consolidados a respeito da relação médico-paciente, levando em conta que as pessoas necessitam ser avaliadas de maneira holística e que o encontro clínico deve possuir uma vertente bidirecional, de forma que o médico e o paciente tenham voz na tomada de decisões. Quando existe essa boa relação, os efeitos positivos tendem a ser maximizados, e os negativos minimizados.

Histórias de pacientes adicionam uma essência física a conceitos intangíveis, como dor, compaixão, angústia ou colaboração. Tendem a colocar rostos em estatísticas e pontuações em experiência do paciente e fazem lembrar de como cuidadores de saúde se tornaram cuidadores em primeiro lugar.

REFERÊNCIAS

1. Marques Filho J, Hossne WS. A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. *Rev. bioét.* 2015;23(2):304-10.
2. Brasil. Ministério da Educação. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília; Ministério da Educação, 2014.
3. Tonhom SFR, Higa EFR, Pinheiro OL, Hafner MLMB, Moreira HM, Taieiro EF, et al. Indicadores de avaliação do cuidado individual: subsídios para a formação médica orientada por competência. *Rev. bras. educ.* 2014;38(3):331-6.
4. Mitre SM, Batista RS, Mendonça JMG, Pinto NMM, Meirelles CAB, Porto CP, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc. saúde coletiva.* 2008;13(2):2133-44.
5. Stock FS, Sisson MC, Grosseman S. Percepção de estudantes de medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente após mudança curricular. *Rev. bras. educ. Med.* 2012;36(1):5-13.
6. Branco, RFG. Reflexões sobre o processo ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. *RevBioét.* 2012;20(2):244-54.
7. Graves E, Watkins RW. Motivation interviewing: patient engagement as the key to healthy practices, patients, and practitioners. *NC Medical Journal.* 2015;76(3):175-6.

8. Fleitas BA. La relación médico-paciente. Dimensiones. *RevUrugCardiol*. 2014;29(3):290-4.
9. Barletta JB, Gennari MS, Cipolotti R. A perspectiva cognitivo-comportamental dos aspectos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente. *Psicologia em Revista*. 2011;17(3):396-413.
10. Guimarães NA. Métodos e técnicas de pesquisa: os desenhos de pesquisa. Faculdade de filosofia, letras e ciências humanas – USP [homepage da internet]. [Acesso em 23 mar 2016]. Disponível em: <http://www.fflch.usp.br/sociologia/nadya/Aula4.pdf>.
11. Krupat E, Hiam CM, Fleming MZ, Freeman P. Patient-centredness and its correlates among first-year medical students. *International Journal of Psychiatry in Medicina*. 1999;29(3):347-56.
12. Pereira CMAS. Tradução, adaptação cultural e validação da Patient-PractitionerOrientationScale (PPOS) para a língua portuguesa do Brasil. [Dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2012.
13. 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 EducCounsel*. 2000;39(1):49-59.
14. Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Azari R. When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *J FamPract*. 2001;50(12):1057-62.
15. Peixoto JM, Ribeiro MMF, Amaral CFS. Atitudes de estudantes de medicina a respeito da relação médico-paciente x modelo pedagógico. *Rev. bras. educ. med*. 2011;35(2):229-36.
16. Carvalho IGM. Avaliação do desenvolvimento de atitudes dos estudantes de medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás [tese]. Goiânia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, 2014.
17. Lifshitz A. El futuro de la relación médico-paciente. *Gac-Med Mex*. 2015;151(4):437.
18. Thomason M, Toman M, Potter M. Giving a voice to patients and caregivers. *NC Medical Journal*. 2015;76(3):165-7.
19. Camanho GL. The difficult doctor-patient relationship. *Revbras ortop*. 2013;48(6):469-70.
20. Namazi H, Aramesh K, Larijani B. The doctor-patient relationship: toward a conceptual re-examination. *J MedEthicsHist Med*. 2016;9(10):1-6.
21. Dang BN, Westbrook RA, Njue SM, Giordano TP. Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship: a longitudinal qualitative study. *BMC Med Educ*. 2017;17(32):1-10.
22. Machado FA, Venturini RR, Manzan ALA, Silva GR. Relação do paciente com o serviço em Unidades Básicas de Saúde sob a óptica dos médicos e dos pacientes. *RevBras-MedFam Comunidade*. 2015;10(37):1-11.
23. Silva JLCL, Silva TCM, Alencar LCA. O paciente e a vivência da visita médica à beira do leito. *RevBrasEduc Med*. 2016;40(4):704-12.
24. Wahlqvist M, Gunnarsson RK, Dahlgren G, Nordgren S. Patient-centred attitudes among medical students: gender and work experience in health care make a difference. *MedTeach*. 2010;32(4):e191-8.
25. Hedden L, Barer ML, Cardiff K, McGrail KM, Law MR, Bourgeault IL. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: a systematic review. *Hum Resour Health*. 2014;12(32):1-11.
26. Scheffer MC, Cassenote AJF. A feminização da medicina no Brasil. *Rev. Bioét*. 2013;21(2):268-77.
27. Dohms M, Tesser CD, Grosseman S. Potencialidades no ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente em três escolas brasileira, espanhola e holandesa. *RevBrasEducMed*. 2013;37(3):311-9.
28. Sá RF. A identidade profissional do médico generalista: lições a serem aplicadas pela instituição formadora. *ABCS Health Sci*. 2015;40(3):241-6.
29. Celedón CL. Relación Médico Paciente. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*. 2016;76(1):51-4.
30. Arrastía DS, Olivé YC. La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *RevistaCubana de Medicina Militar*. 2014;43(4):528-33.
31. Balint JA. Brief encounters: speaking with patients. *Ann Inter Med*. 1999;131(3):231-4.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Gabriel Mendes Nascimento: Contribuiu na concepção do artigo, pesquisa bibliográfica, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e na redação final do texto

Sérgio Luiz de Almeida Júnior: Contribuiu na concepção do artigo, pesquisa bibliográfica, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e na redação final do texto

Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva: Contribuiu na concepção do artigo, pesquisa bibliográfica, análise e interpretação dos dados e na redação final do texto

Iracema Gonzaga Moura de Carvalho: Contribuiu na concepção do artigo, pesquisa bibliográfica, análise e interpretação dos dados e na redação final do texto

Sônia Maria Ribeiro dos Santos: Contribuiu na concepção do artigo, pesquisa bibliográfica, análise e interpretação dos dados e na redação final do texto

Rogério José de Almeida: Contribuiu na concepção do artigo, pesquisa bibliográfica, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação final do texto e orientador do trabalho.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Gabriel Mendes Nascimento
Av. Universitária, n° 1440, Área 4,
Bloco K – Setor Universitário, CEP: 74605-010, Goiânia, GO,
Brasil.
E-mail: gabrielmendesmed@gmail.com