

Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA
Curso de medicina

**A PRÁTICA DA HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA: REALIDADES,
PARADOXOS E PERSPECTIVAS**

Vitória Rezende Megale Bernardes,
Rebecca Perin Sarmiento,
Kálita Oliveira Lisboa,
Isabela Perin Sarmiento,
Giovanna Garcia Manso.

Anápolis, Goiás
2020

Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Curso de medicina

**A PRÁTICA DA HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA: REALIDADES,
PARADOXOS E PERSPECTIVAS**

Trabalho de Curso apresentado à disciplina de Iniciação Científica do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, sob a orientação do Prof^o. Ms. Hígor Chagas Cardoso.

Anápolis, Goiás

2020

FOLHA DE APROVAÇÃO

Professor(a) Orientador(a)



ANEXO 5- CARTA DE ENCAMINHAMENTO

ENTREGA DA VERSÃO FINAL DO TRABALHO DE CURSO PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR

A

Coordenação de Iniciação Científica

Faculdade da Medicina – UniEvangélica

Eu, Prof(ª) Orientador _____ Higor Chagas Cardoso _____ venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) **acadêmicos(as)** Kálita Oliveira Lisboa, Vitória Rezende Megale Bernardes, Giovanna Garcia Manso, Rebecca Perin Sarmiento e Isabela Perin Sarmiento _____, estão com a versão final do trabalho intitulado A prática da humanização na formação pronta para ser entregue a esta coordenação. médica: realidades, paradoxos e perspectivas

Observações:

Aprovado, nota 10,0

Anápolis, 24 de outubro de 2020.



Professor(a) Orientador(a)

RESUMO

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). 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, será 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 quantificará dados psicossociais que possam influenciar os resultados obtidos. Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) UniEVANGÉLICA, seguindo a resolução 466/2012. Foi observado que os alunos participantes da pesquisa têm uma postura predominantemente centrada no próprio médico, e que paradoxalmente, o envolvimento com religião correlacionou-se inversamente com o grau de humanização.

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

ABSTRACT

The word “humanization” has many meanings, integrating a large number of variables, it is interposed by inaccuracies. More widely, humanization can be considered as the act of making something humanized. Despite all the theoretical pomp concerning the humanistic assistance in medical school, the insertion of these requirements in the medical practice still is troubled. The students are not interested in the subjects that treat this matter, considering them disposable. This fact can be explained through the way that these subjects are addressed in class: 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). This is a cross-sectional study, of quantitative nature, accomplished in the medical school of the Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. The target of this research are students of the 4th, 8th and 12th periods. To do so, the Patient Practioner Orientation Scale (PPOS) will be used. This instrument evaluates the student’s attitude towards the clinical practice’s centralization on the physician, on the illness or on the patient. The co-application of a sociodemographic questionnaire will quantify psychosocial data that may weigh the obtained results. This research was submitted and approved by UniEVANGÉLICA’s Ethics Committees in Research (ECR), following resolution 466/2012. The participants worked as volunteers and signed the Informed Consent Form (ICF). It was observed that this research’s participants have a posture mostly centered to the doctor, and that paradoxically the involvement with religion shows an inverse relation to the degree of humanization.

Key words: Humanization of Assistance. Education, Medical, Undergraduate. Attitude of Health Personnel.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
2.1 A história da humanização: entre políticas e diretrizes	11
2.2 Aplicação na prática.....	12
2.3 Obstáculos, realidade e perspectivas	14
2.4 Direitos humanos aplicados na medicina.....	17
2.5 Paradoxos da medicina vigente.....	18
2.6 Discursos sobre a humanização	19
3. OBJETIVOS.....	21
3.1 Objetivo primário.....	21
3.2 Objetivos secundários	21
4. METODOLOGIA	22
4.1 Tipo de estudo e local de realização da pesquisa.....	22
4.2 População e tamanho da amostra.....	22
4.3 Critérios de inclusão e de exclusão.....	22
4.4 Processo de coleta de dados.....	22
4.5 Metodologia de análise de dados	24
4.6 Aspectos éticos	24
5. RESULTADOS	25
6. DISCUSSÃO.....	29
7. CONCLUSÃO... ..	34
8. REFERÊNCIAS	35
9. ANEXOS	40
Anexo I - Escala de Orientação Médico-Paciente (EOMP).....	40
Anexo II - Autorização de Edward Krupat para o uso da Escala de Orientação Médico-Paciente	41
Anexo III - APROVAÇÃO DO CEP.....	42
12. APÊNDICES.....	44

Apêndice I - Questionário Sociodemográfico para o estudante de medicina	44
Apêndice II - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	466
Apêndice III - Artigo Científico.....	50

1. INTRODUÇÃO

O conceito de humanização é polissêmico, integrando inúmeras 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 humana (MOREIRA et al., 2015).

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 extremamente discutida em centros de saúde. Apesar disto, o que se observa é que este assunto tem sido por muitas vezes considerado irrelevante e fatigante (RIOS; SIRINO, 2015).

A ideia 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, apoderando-se do trabalho em equipe acrescentado a uma troca de saberes, abrangendo os usuários e os profissionais (MOREIRA et al., 2015).

A desumanização do 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 anos (MORETO; BLASCO, 2012). Uma pesquisa realizada por Moraes et al. (2017), 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 social.

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 saúde (BRASIL, 2003).

Além disso, é de grande valor entender que muitos estudantes se sentem inseguros no meio educativo do curso. Em um estudo de Rios e Schraiber (2012), 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 laboratorial.

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 humanizada (MEDEIROS; BATISTA, 2016).

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 intelectuais (BLASCO; LEVITES; ALBINI, 2001).

É comum na prática médica o profissional de saúde 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 (PALMEIRA; GEWEHR, 2018).

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 consulta (CAPRARA; FRANCO, 1999).

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 paciente (DE BENEDETTO; GALLIAN, 2018).

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 é importante que a terapia leve em consideração as melhores opções para o paciente, e o médico não deve ser imparcial nesses contextos (PALMEIRA; GEWEHR, 2018).

Tratando-se de um tema que está em voga, a humanização torna-se centro das atenções de muitos estudos contribuindo para a disseminação do conhecimento acerca do assunto. Tais produções científicas criam ferramentas que possibilitam o melhor entendimento desta questão em prol de subsidiar e impactar a saúde brasileira. O resultado é um sentimento de acolhimento dos pacientes e a mudança deve ser iniciada desde a base: os estudantes, os futuros profissionais (MOREIRA et al., 2015).

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

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A história da humanização: entre políticas e diretrizes

Momentos marcantes compõem a história da humanização na área da saúde, a qual teve início nos anos 60, com a busca da implantação de um olhar mais atento à saúde da mulher. Mais tarde, a década de 80 foi marcada por um debate técnico-político nessa área. Somando-se a essa cronologia, a virada do século foi considerada histórica ao se implementar a PNH do Ministério da Saúde, que trouxe a violência como algo além do físico, englobando as formas psicológica e simbólica. Apesar de todo esse histórico, ainda hoje é possível perceber uma dificuldade de inserir a humanização na área da saúde (RIOS; SIRINO, 2015).

A medicina está cada dia mais fragmentada, o que pode ser exemplificado pela existência de 53 especialidades médicas, de acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), o que traz um ar tecnicista ao atendimento, podendo gerar uma desumanização da consulta médica. Isso se dá, pois, o paciente é visto como uma doença ou um órgão e não mais como uma pessoa inteira digna de atenção e de respeito. A anamnese, o exame físico e o contato médico-paciente são substituídos por pedidos de exames e de procedimentos. Além de provocar um distanciamento do médico com o doente gerando uma falta de confiança entre ambas as partes, torna-se oneroso para o SUS, uma vez que uma história bem colhida e um exame físico bem feito muitas vezes podem ser resolutivos (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015).

Como não há o estabelecimento da confiança entre o médico e o paciente, a adesão ao tratamento torna-se difícil. Segundo Ferreira (2018), a adesão ao tratamento é um passo de muita expectativa por parte da equipe multiprofissional que acompanha o paciente, o qual é visto como o principal ator deste momento. Para que o tratamento seja eficaz é de grande valia que o acadêmico entenda precocemente o significado da adesão, culminando no estabelecimento de uma comunicação eficaz que trará autonomia e humanização.

Em prol da tentativa de resolução do problema, o Humaniza SUS criou a estratégia da Clínica Ampliada e Compartilhada, objetivando a humanização por meio de 5 eixos: compreensão holística do processo saúde-doença, compartilhamento da estruturação dos diagnósticos e das terapêuticas delimitadas, expansão do objeto de trabalho, modificação dos meios e dos instrumentos de trabalho e apoio aos profissionais da área da saúde (DE BENEDETTO; GALLIAN, 2018).

Os cursos de graduação em saúde buscam a formação de egressos críticos, reflexivos, generalistas e humanistas. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) destes cursos preconizam a formação de um profissional que tenha uma visão holística da saúde, com destaque ao SUS. Desta forma, a humanização em saúde já é um objetivo claro do Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação do Brasil (DE BENEDETTO; GALLIAN, 2018). Essa situação se baseia na última DCN (BRASIL, 2014), no artigo 6º parágrafo VII, que tem como uma de suas dimensões a “Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade, boa prática clínica e responsável, incrementando o sistema de acesso, com equidade, efetividade e eficiência, pautando-se em princípios humanísticos, éticos, sanitários e da economia na saúde”. Somando-se ainda, o artigo 29º, parágrafo III ratifica a necessidade de "incluir dimensões ética e humanística, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos".

2.2 Aplicação na prática

Apesar de todo esse aparato teórico, a inserção desses quesitos na prática ainda é conturbada. Os alunos não possuem interesse nas matérias que tratam de tal assunto e ainda as acham dispensáveis. Porém, pode-se explicar tal fato pela forma como a matéria é abordada em sala de aula: superficialmente (RIOS; SIRINO, 2015). Devido a esse ensino cada vez mais mecanizado, o recém aprovado no vestibular de medicina mergulha em um curso cada vez mais ríspido, perdendo a essência do que o levou a ser médico (BLASCO, 2010).

As faculdades buscam introduzir em seus Programas Político Pedagógicos (PPP) temas propensos a preencher esta necessidade de humanização do futuro profissional médico. Entretanto, somente incluir nas ementas conceitos sobre humanização não é o bastante para que formandos em medicina sejam humanizados (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015). A humanização está intrinsecamente relacionada com empatia e a empatia com as emoções do indivíduo. Tendo este panorama em vista, para que o acadêmico seja realmente humanizado, além de ter contato com a teoria bem embasada sobre humanização, este deve ter uma boa saúde emocional. Desta forma, o acadêmico estará apto a entender o sofrimento do paciente tendo uma resposta empática efetiva, amparando-se no autoconhecimento, que é essencial para o desenvolvimento da empatia (MORETO; BLASCO, 2012).

Existe ainda uma questão diferente a ser observada: os docentes que ministram essas disciplinas. A simples modificação das ementas e doutrinas com a inserção do tema da humanização não faz com que a formação se modifique instantaneamente, já que grande parte dessa mudança passa pela conduta e conteúdos acolhidos pelos professores em sala de aula. Professores esses que frequentemente se formaram sem receber esses aparatos teórico-humanísticos e que assim não têm bagagem para administrá-lo ou mesmo não veem sentido em falar sobre humanização para futuros médicos (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015).

É de extrema relevância valorizar este tema dentro das universidades, visto que um profissional com instrução teórico-humanista, na presença de situações limites, tem sucesso em ofertar a seus pacientes o apoio e o emprego qualificado da técnica necessária, e é capaz de trazer alternativas que irão repercutir diretamente na qualidade de vida. Ademais, ações humanísticas no decorrer da formação acadêmica têm importância para atribuir qualidade e humanizar os atendimentos ofertados pelos futuros médicos no momento em que estiverem no mercado de trabalho. O conhecimento elaborado no decorrer destas faz com que os futuros profissionais médicos fiquem mais perto de atingir soluções para os problemas da população do país (NEVES et al., 2016).

No intuito de resgatar a alegria que os acadêmicos trazem dentro de si e sabendo que o processo saúde-doença é carente de humanização, nascem projetos que visam a melhoria da qualidade de vida de pacientes em estado de agravo. Segundo Rodrigues et al. (2019), a presença de palhaços gera uma atenuação de um clima de sofrimento, que muitas vezes o hospital passa para os pacientes. Desde a sociedade egípcia com o Deus da alegria “Bess”, sabe-se que há a necessidade da busca pelo equilíbrio humano. Em Atenas, o santuário de Asclépio – Deus da Medicina – era procurado não apenas para a cura da carne, mas também do espírito. Desta forma, acadêmicos de medicina criam trabalhos como o “Doutores da Gargalhada”, desenvolvido pelos estudantes desde 2015 no Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, com o objetivo de levar alegria aos hospitais da região.

Uma estratégia diferente que pode ser empregada com a finalidade de humanizar os acadêmicos de medicina é a monitoria, visto que, a partir dela, é praticável a integração dos conhecimentos aprendidos na semiologia e na psicologia médica, tanto que o monitor é apto a pôr em prática os princípios aprendidos nessas cadeiras, com a finalidade de preparar um especialista com uma visão voltada ao aspecto biopsicossocial do ser humano e não unicamente na doença. A monitoria, por mostrar aspectos análogos às vivenciadas na carreira médica, representa um instrumento interessante no restabelecimento da

humanização médica, necessitando ser refletida com mais atenção, pois propicia ao monitor a ocasião favorável de praticar os conceitos lecionados em outras disciplinas, já que os alunos levam em sua companhia complexas emoções, similares aos pacientes (RAMOS et al., 2017).

2.3 Obstáculos, realidade e perspectivas

A rotina é tratada como um inimigo das mudanças por Ferreira (2018) que traz a incorporação de más práticas ao longo dos anos como uma barreira que deve ser quebrada. Tal estudo cita que há um processo de desumanização do atendimento composto por filas enormes, profissionais insensíveis e desrespeito. O alvo da humanização, além da cura e da prevenção, seria atingir a qualidade de vida. Por outro lado, De Benedetto e Gallian (2018) trazem que o modelo de atuação humanístico em ambientes hospitalares pode ser adquirido através da observação de familiares e de professores que aplicam a empatia rotineiramente. Adicionado a isso, tem-se que na fase precoce de formação a visualização de atitudes consideradas “erradas” executadas por professores motiva o acadêmico a se esforçar para evitá-los. Muitas vezes os estudantes chocam-se quando veem a diferença entre o discurso e a prática do atendimento.

A medicina já passou por diversas mudanças com o intuito de criar acadêmicos mais humanos. Percebeu-se que era necessário um maior contato do estudante com o paciente para desenvolver uma maior empatia e sensibilidade. O modelo para isso foi o do PBL, onde se criou grupos conhecidos como tutoria e aulas interdisciplinares onde se exige do aluno uma maior participação, envolvimento e proatividade. Isso acaba por criar no acadêmico um perfil de agente transformador da realidade, ampliando assim o seu poder de ação como médico no futuro, superando a visão rasa de apenas curar uma doença e sim de poder ajudar o paciente como um todo, em uma visão global e humanística (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015).

A área de saúde também desenvolveu o modelo de Medicina Baseada em Narrativas (MBN) que, basicamente, é escutar atentamente ao que o paciente diz mesmo que seja algo não relacionado à história clínica. Tal mecanismo entende que o médico deve ter a capacidade de reconhecer as dificuldades do paciente e que possa, por meio da assimilação das histórias que o doente conta, estabelecer um instrumento terapêutico baseado em atenção e empatia. É de suma importância associar ao modelo biomédico de ensino tradicional as abordagens pessoais e afetivas que o estudante cria durante a sua formação. A aprendizagem

ocorre por meio da discussão de narrativas reais e fictícias (como por exemplo a leitura do livro “A morte de Ivan Ilitch”) promovendo a reflexão (DE BENEDETTO; GALLIAN, 2018).

Outro aspecto, apontado por diversas pesquisas, seria a inclusão do cinema na prática acadêmica. A sétima arte representa uma realidade de forma a gerar reflexão no telespectador a fim de introduzir conceitos teóricos, criar sentimentos humanizados e extrair de quem assiste, a motivação para refletir uma nova perspectiva. A história dramatiza assuntos delicados como a morte, a eutanásia e a dependência química promovendo a discussão e ressignificando atitudes no estabelecimento de planos de ações do futuro médico (BLASCO, 2010). O estudo de Lima et al. (2014), confirma que a arte é capaz de gerar comoção emocional nos estudantes, a ponto de incorporar em seu cotidiano mudança de mentalidade e de comportamento, favorecendo assim o desenvolvimento da humanização naturalmente.

Um método de enorme importância que está sendo executada tanto nos campos de estágios universitários como em outros setores profissionais é a interdisciplinaridade. Executando-a a partir da graduação, para a construção de um bom profissional médico, leva-se em conta a colaboração entre diferentes cursos para que, no futuro, o mercado de trabalho seja constituído por profissionais mais humanos (NEVES et al., 2016). Isto é possível uma vez que por meio da interdisciplinaridade encontra-se uma filosofia de trabalho que possibilita uma experiência de convergência entre saberes. Esta é cobiçável para a horizontalização dos atos executados por profissionais, com o desmonte das relações fundamentadas em “ilhas de saber” e da predominância de poder de uma especialidade sobre a outra (MENDES; SILVA, 2015).

É necessária uma discussão acerca do porquê debater a humanização de um ato médico se essa é a essência por trás de quem exerce a profissão. Para entender sua importância basta observar a consequência que sua falta gera. Os pacientes saem dos consultórios insatisfeitos pois a consulta não atingiu suas expectativas e ir ao médico torna-se um dever exaustivo e longo. O médico, por sua vez, sai esgotado do plantão e ambas as partes são consumidas por um ambiente desumanizado (BLASCO, 2010). De Benedetto e Gallian (2018) apresentam como já no meio acadêmico é extremamente natural a instrução de que se empregue uma distância com a finalidade de evitar o sofrimento profissional. O atendimento em oncologia se mostra especialmente delicado pois se trata de uma situação em que há incerteza, dor e sofrimento. A falta de norte e de orientação pode fazer com que

o estudante “bloqueie” após presenciar um quadro em que não consiga lidar bem com o sofrimento alheio.

Muitos pensam que humanizar é decorar o ambiente com quadros, colocar música ambiente ou investir em uniformes para os funcionários. O conceito de humanização não envolve gastos financeiros e sim o fator humano (BLASCO, 2010). É preciso apostar esforços na empatia, ou seja, sensibilizar-se com a situação na qual o paciente está vivendo. Tal sentimento se baseia em compreender as emoções e ter altruísmo para tentar ajudar. Todas essas formas de se colocar no lugar do outro geram no paciente um acolhimento que contribui para que se atinja melhores resultados, tanto no diagnóstico como na terapêutica e no prognóstico da doença (DE BRITO NETO et al., 2018).

Outro questionamento frequente é a relação entre a humanização e o gênero, e até mesmo em relação a localização geográfica. Sendo assim, Peixoto, Ribeiro e Amaral (2011) apresentaram que há diferença entre os sexos feminino e masculino no que tange a evolução do escore da escala total da EOMP no decorrer do curso. Comparando com os primeiros períodos e também com os acadêmicos do método tradicional o sexo masculino dos períodos finais do PBL apresentaram atitude mais centrada no paciente. Este escore elevado se equiparou com o das mulheres no final da graduação, grupo que teve pontuação mantida e que é igual nos dois métodos de ensino. Além disso, demonstrou que o escore total da EOMP é variável entre populações distintas. Na literatura foi apresentado que os acadêmicos asiáticos e brasileiros não têm redução do escore total conforme a evolução do curso enquanto os estudantes gregos e americanos apresentam redução do escore no final da graduação.

De acordo com De Benedetto e Gallian (2018), há uma dicotomia entre a opinião acerca da empatia. Esta pode ser tanto caracterizada como algo inato quanto como um estado pessoal. Na segunda visão acerca da empatia, entende-se que as atitudes particulares de cada um podem fazer com que ela diminua ou aumente com o passar dos anos. A melhora de tal característica pode advir do meio exterior por intermédio de atividades da faculdade direcionadas para tal objetivo.

Diante deste fato, nos últimos anos, houve uma melhor visibilidade da humanização no ensino médico, onde, desde os primeiros períodos da faculdade, a relação médico-paciente vem sendo incentivada e ensinada. Nos últimos tempos, as universidades estão incorporando cada vez mais as Visitas Domiciliares (VD), que estão incluídas no método clínico centrado na pessoa, na realidade dos acadêmicos, para que estes possam, por meio da prática, exercitar a empatia. Outro método utilizado é a anamnese abordando os

pontos: Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano (SOAP), onde é possível investigar melhor não só a doença, mas também como o paciente lida com os sentimentos vindos junto com o diagnóstico, se preocupando não só com o corpo físico, mas também com o psicológico que engloba todo o indivíduo como um ser único e merecedor de atenção (DE BRITO NETO et al., 2018).

Tendo em vista a estruturação do atendimento em uma visão humanizada, pode-se ainda estender o método SOAP para algo mais abrangente, o método Subjetivo, Exames, Análise, Meta, Ação (SEAMA), proposto pelo professor doutor Marcelo Fouad Rabahi. Essa nova proposta tem como inovação o incremento da meta, um objetivo tangível, que aborda, não só a ação do médico, mas também de toda a equipe médica, predispondo assim há um atendimento mais humanizado a partir de uma visão mais empática e humanística do profissional de saúde (RABAHI, 2018). Este acrônimo seria de grande utilidade se os acadêmicos fossem estimulados a usá-lo em seu aprendizado, estruturando assim uma política de humanização dentro do ensino médico, sem esquecer assim da técnica que é parte da performance médica.

2.4 Direitos humanos aplicados na medicina

Muito se fala da empatia no processo de humanização do acadêmico médico, mas há o risco de subestimar o real significado dessa ferramenta. Têm-se uma definição de empatia como uma confluência das dimensões cognitiva, emocional e motivacional do ser humano. Estas se expressam na capacidade intrínseca de observar, de perceber e de entender o estado emocional de outrem, combinando-a, porém, com a motivação de cuidar do bem-estar alheio. A partir dessa abordagem, a pesquisa de Triffaux, Tisseron e Nasello (2019) analisou o rebaixamento da empatia no processo educacional como sendo um processo multifatorial. Entre as hipóteses levantadas, tem-se que a persistente minimização dos sentimentos e a habituação para os quadros de estresse emocional é uma estratégia para reduzir e evitar o fenômeno de *burnout*. Além disso, a quebra da expectativa pela mudança da visão idealista para uma realidade diferente do que se imaginava; as duras circunstâncias do ensino médico que sujeitam os alunos à curtos prazos de tempo, a um ambiente de competitividade com os colegas e à uma carga horária muitas vezes desumana; o uso abusivo de tecnologia no ambiente hospitalar são situações que estimulam a uma diminuição da empatia.

Segundo Rodrigues e Rodrigues (2017), retifica-se que a educação em direitos humanos é digna de ser instituída e reforçada em todos estágios de construção do conhecimento e habilidades na educação superior em medicina. Desta maneira, é possível tornar viável uma legítima e efetiva formação médica humanizada dado que as particularidades da profissão médica bem como os obstáculos encontrados no sistema de saúde pública no Brasil demandam do profissional total precaução, temperança e preparação acadêmica para saber enfrentar as adversidades, ponderar os detalhes conflitantes e atingir uma decisão ética, que se fundamente pela adoção da melhor (ou única) medida praticável no caso concreto.

A prática médica influi diretamente na promoção e na proteção dos direitos humanos, particularmente no direito à saúde, desempenhando uma função essencial em sua realização. Os médicos encontram-se na linha de frente da proteção internacional e nacional dos direitos humanos, sendo, em muitas ocasiões, a primeira testemunha do sofrimento físico e mental decorrente de práticas violadoras de direitos humanos (ALBUQUERQUE, 2015).

Desta forma, se a vida acadêmica do graduando for inteiramente permeada pela educação em direitos humanos, corrobora-se a formação médica humanizada, apta a fazer com que o profissional da medicina encontre-se hábil para enfrentar as adversidades e, principalmente, conseguir ponderar os conflitos cotidianos, preferindo pela melhor solução possível sem desconsiderar os princípios humanitários tão postergados para segundo plano na prática da medicina pública no Brasil (RODRIGUES; RODRIGUES, 2017).

2.5 Paradoxos da medicina vigente

Não existe possibilidade de descrever o modelo médico atual sem perceber a clara influência de Abraham Flexner na composição da formação médica. O Relatório Flexner, publicado em 1910, continua a incitar debates sobre seus efeitos que são visíveis até hoje. Um dos pontos mais frisados no documento é concernente à necessidade de base científica sólida para a consistência de um curso de medicina. Entretanto, apesar da importância deste ponto como base, a extensão era pouco humanitária, com a focalização do estudo médico não em uma pessoa holística, mas em uma doença (PAGLIOSA; ROS, 2008).

Um dos maiores desafios do campo da formação médica atual se concentra em ampliar o panorama que abriga a ética, posicionamento humanístico, psíquico e socioambiental, bem como a interação curricular efetiva entre esses âmbitos. Entretanto, carrega-se como herança uma formação proeminentemente Flexneriana, vinda até a década

de 1990. Assim, sofrem-se as consequências desse modelo tanto em nível nacional quanto em nível mundial (WENCESLAU; RÖHR, 2011).

Assim, a medicina contemporânea baseia-se em um modelo de duas trajetórias que ainda não se completam. Por um lado, o avanço tecnológico tem sido capaz de tornar um homem orgânico visto como um todo, a partir do advento e desenvolvimento do diagnóstico por imagem e biologia molecular, por exemplo, e por outro lado a permanência de problemas em relação ao cuidado integral. O que se observa é eminentemente um abismo entre a medicina como ciência biológica e a medicina como ciência humana (SANVITO; RASSLAN, 2012).

Além disso, vê-se como uma das prioridades a inserção de docentes que tenham didática bem desenvolvida, como forma de auxiliar o acesso ao conhecimento e informação, com desenvolvimento de habilidades humanitárias e científicas, mas principalmente a despertar nos alunos o processo de compreensão da realidade em que sua comunidade se encontra, para melhor atendê-la. Desta forma, é patente o peso que os professores têm em relação à qualidade dos profissionais médicos formados (FERREIRA; MOURÃO; ALMEIDA, 2016).

2.6 Discursos sobre a humanização

Muitos são os discursos sobre humanização na área de saúde e estes podem ser analisados pela ótica de dois grupos distintos: os profissionais de saúde e os usuários do serviço de saúde. Os profissionais enfocam que humanização seria a interação entre os profissionais, realizando um trabalho em rede, para não deixar o paciente sem assistência, tendo o ser humano como centro da atenção, além da disponibilização de boas condições para realização do seu trabalho, com liberdade e outras coisas que facilitem o bem-estar no serviço. Já para os usuários ser atendido com uma visão humanizada é ser acolhido todos os prestadores de serviços de saúde; ter acesso a bons recursos; além do médico ter expertise e competência para ouvir e ter sua necessidade compreendida, com o profissional usando linguagem clara e esclarecer dúvidas (FERREIRA; ARTMANN, 2018).

A humanização está atrelada ao que é chamado de “tecnologias leves”. Torres et al. (2018) explica este termo como algo que engloba a conexão afetiva entre o profissional da saúde e o usuário, buscando, assim, enaltecer a habilidade na comunicação com o paciente, de forma verbal e não verbal. A visão de vínculo permite a construção de uma relação baseada em respeito em prol da integralidade do cuidado. Já Heckman e Kautz

(2013) apontaram a deficiência da sociedade na quantificação da habilidade cognitiva. Ao usar testes como o Quociente de Inteligência (QI) e outras escalas os traços de personalidade são desprezados, ignorados ou incapazes de serem captados e, portanto, são perdidos. Estes estudiosos mostram como as “*soft skills*” são preditoras de sucesso e deveriam ser o alvo de políticas públicas.

É possível inferir que, no Brasil, a busca pela visão humanizada se baseia nas “*soft skills*”. Isto é percebido como verdadeiro quando se lê as ideias centrais das respostas dos profissionais da saúde. Porém, é necessário realçar que, principalmente, os usuários lançaram luz à importância da resolutividade. Para tanto, é necessário que haja perfeita harmonia entre o trinômio das tecnologias “leves, leves-duras e duras” (FERREIRA; ARTMANN, 2018).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo primário

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).

3.2 Objetivos secundários

Descrever as características sociodemográficas dos acadêmicos participantes;

Comparar a centralização do cuidado 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 EOMP;

Enunciar 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.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo e local de realização da pesquisa

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.

4.2 População e tamanho da amostra

A população do estudo é composta pelos acadêmicos do 4º, 8º e 12º períodos do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA.

A amostra da pesquisa é por conveniência, portanto ela coincide com a população total que é de 210 acadêmicos: 98 alunos do 4º período, 59 alunos do 8º período e 53 alunos do 12º período.

4.3 Critérios de inclusão e de exclusão

Para devida participação da pesquisa, o acadêmico voluntário deve ser maior de 18 anos, estar devidamente matriculado no curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, no 4º, 8º ou 12º período, e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para critérios de exclusão, convencionou-se que indivíduos que não preenchem os requisitos acima ou aqueles que não responderam adequadamente a todos os inquéritos terão suspensa sua participação na pesquisa.

4.4 Processo de coleta de dados

A pesquisa foi realizada por meio de questionários aplicados aos alunos do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, na cidade de Anápolis, Goiás. Foram abordados alunos que estejam devidamente matriculados em algum dos períodos desta pesquisa, ou seja, 4º, 8º e 12º, durante o primeiro semestre de 2020. Estes foram escolhidos para 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 internato e o último período de faculdade.

A Escala de Orientação Médico-Paciente (EOMP), do inglês Patient-Practitioner Orientation Scale, PPOS (Anexo I) foi aplicada aos alunos momentos antes de uma aula ser lecionada. Assim, foi possível reduzir o viés produzido nesse questionário quando aplicado

anteriormente a uma prova, que pode incluir sentimentos de ansiedade e tensão. Os alunos foram abordados no período da manhã e no período da tarde, sempre respeitando a permissão do professor que irá ministrar a aula.

A escala utilizada originalmente está escrita na língua inglesa. Entretanto, para a aplicação no centro universitário, a versão traduzida do questionário foi o instrumento principal de pesquisa. O inquérito em questão foi traduzido e validado pela pesquisadora Pereira (2012).

Este método avalia a atitude do aluno em relação à centralização da prática da medicina no médico, na doença ou em seu paciente. Este inquérito é um método que já foi traduzido e validado no Brasil. Composto por 18 itens, que quantificam a relação médico-paciente em seis pontos na escala Likert. Metade desses itens avaliam a forma do cuidado, 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 intenta 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 criador da escala EOMP, Dr. E. Krupat, 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 questões (KRUPAT, 2000).

Previamente a utilização da escala, foi obtida a permissão do autor da escala EOMP, criada em 2000, Doutor Edward Krupat (Anexo II).

Juntamente a escala EOMP, foi entregue um questionário sociodemográfico, para a análise de determinadas variáveis (Apêndice I). A aplicação deste inquérito foi responsável por quantificar 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 como a presença de doença grave em família ou pessoalmente, entre outros fatores que podem ser influenciadores no quadro avaliado.

A participação dos alunos foi voluntária, sem nenhuma forma de recompensa pela participação da pesquisa. Entretanto, os participantes terão como retorno os resultados obtidos durante a pesquisa. Para garantir a segurança do aluno, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice II), sendo que o aluno não será identificado no questionário. Foi explicado de maneira rápida e concisa os motivos de

realização da pesquisa, bem como a forma de participar como voluntário do trabalho. Além disso foi orientado que o participante anote o código inserido no canto superior direito da pauta do questionário, pois será assim que o participante terá acesso ao resultado via e-mail.

4.5 Metodologia de análise de dados

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, foi procedida uma análise de variância one-way ANOVA, visando comparar o escore de humanização dentre os períodos investigados.

Outra estatística aplicada foi a correlação entre as características dos entrevistados e o escore alcançado no questionário de humanização. Também foi aplicado um Teste T para amostras independentes comparando os escores de humanização de acordo com o sexo e faixa etária. Para tanto, foi adotado um nível de significância de 0,05.

4.6 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi submetida a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA (CEP-UniEVANGÉLICA) e aprovada sob o número do parecer 3.848.445 (anexo III).

Os aspectos éticos respeitam as orientações da resolução 466 de 2012 e 510 de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram voluntários e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE. Ademais, em qualquer momento os voluntários poderão optar por desligar-se da pesquisa.

É importante ressaltar ainda que haverá retorno para os alunos participantes da pesquisa no sentido de receber os resultados analisados pela equipe de pesquisadores. Este será programado no sentido de enviar via e-mail os resultados obtidos, sendo que os alunos serão identificados por números, e esses alunos serão orientados a guardar o número do questionário para posterior conhecimento de seus resultados. Entretanto, de forma alguma esses alunos serão identificados por nome.

5. RESULTADOS

Ao todo, foram distribuídos 143 questionários, sendo que aqueles indevidamente preenchidos retirados da análise. Desta forma, foram incluídos para o estudo 143 questionários.

A maioria dos estudantes era do sexo feminino, idade entre 21 e 25 anos, de religião católica, envolvimento baixo com a religião, renda maior que 10 salários mínimos, não conta com benefício de bolsa estudantil e tem procedência de Goiânia. Além disso, o perfil da maioria é de não apresentar doença pessoal grave, não possuir pai ou mãe médicos, ter o ensino superior como escolaridade do pai e da mãe e apresentar doença em familiar próximo. A maioria dos alunos não obtém uma atividade artística apesar de apresentar iniciação científica.

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	Frequência	Percentual (%)
<i>Sexo</i>		
Feminino	96	67,1
Masculino	47	32,9
<i>Faixa etária</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

Continuação

Escolaridade da mãe

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
<i>Renda Familiar</i>		
< 10 salários mínimos	61	42,7
Entre 10 e 20 salários mínimos	45	31,5
Entre 20 e 40 salários mínimos	23	16,1
> 40 salários mínimos	14	9,8
<i>Bolsa Estudantil</i>		
Sim	51	35,7
Não	92	64,3
<i>Empregado no momento</i>		
Sim	3	2,1
Não	140	97,9

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

Quanto a divisão dos alunos por renda familiar, constatou-se que 42,7% dos estudantes possuem renda menor que 10 salários mínimos, 31,5% entre 10 e 20 salários mínimos, 16,1% entre 20 e 40 salários mínimos, e que 9,8% dos alunos tinham renda familiar maior que 40 salários mínimos. Além disso, 35,7% contam com algum auxílio do tipo bolsa estudantil, enquanto os outros 64,3% não contam com o benefício. Dos participantes desta pesquisa, apenas 2,1% estão empregados no momento.

Dos participantes da pesquisa, 51,8% têm procedência da capital de Goiás, e 42,0% são provenientes do interior de Goiás. Os voluntários com procedência de outros estados correspondem à 9,4% do total de estudantes.

Quanto ao quesito presença de doença pessoal ou doença em família, apenas 7% dos estudantes relataram doença pessoal grave. Em adição, 55,2% dos alunos 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	Frequência	Percentual (%)
<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
Não	83	58
<i>Iniciação científica</i>		
Sim	120	83,9
Não	23	16,1
<i>Atividade artística</i>		
Sim	56	39,2
Não	87	60,8

Em respeito à especialidade pretendida após término da graduação, 53,2% intentam atuar na área clínica, enquanto 11,9% pretendem atuar como cirurgiões. Os demais 34,9% dos estudantes afirmam não saber de imediato a especialidade pretendida. A forma de exercício da medicina mais almejada será descrita na tabela 3.

Tabela 3: Forma preferencial de exercício da medicina

Forma de exercício	Frequência	Percentual (%)
Profissional liberal	55	38,5

Emprego em serviço público	36	25,2
Emprego em serviço privado	52	36,4

Quando foi comparado a centralização do cuidado 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.

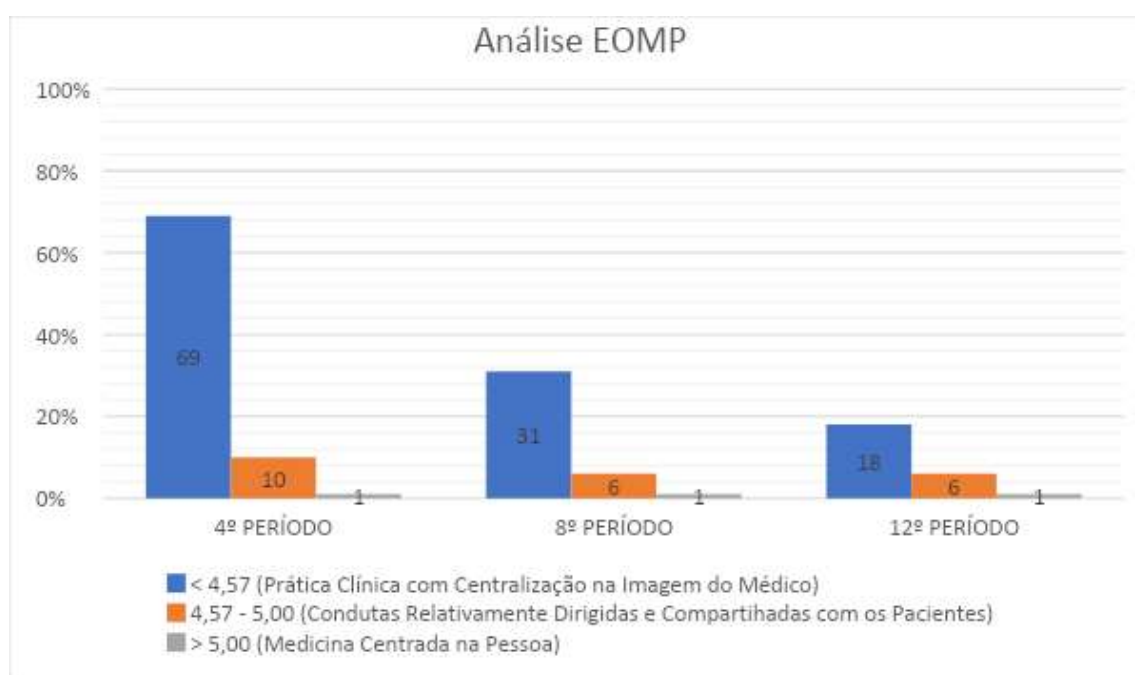


Gráfico 1: Comparação da centralização do cuidado pelos acadêmicos de medicina de diversos períodos.

Quando se investigou fatores que possam estar envolvidos com centralização do cuidado pelo acadêmico de medicina, obteve-se uma análise significativa ($p < 0,05$) com a variável religião (tabela 4).

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%)	
Espirita	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 ($p < 0,05$)

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.

6. 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 psicossociais (PEREIRA, 2012). 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 saúde. 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 curso (HAIDET et al., 2002).

Contrariando esses dados, também foi visto por Peixoto, Ribeiro, Amaral (2011) que os escores entre homens e mulheres se iguaram no final do curso. 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 (HAIDET et al., 2002; RIBEIRO; KRUPAT; AMARAL, 2009).

A maioria dos estudantes voluntários da presente pesquisa têm 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. Em diferentes pesquisas observou-se 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, Peixoto, Ribeiro e Amaral (2011), perceberam que a cada um ano, o escore EOMP reduzia em média em 0,2 pontos.

Dentre os fatores analisados com possível relação significativa perante o escore total adquirido no EOMP pelo acadêmico de medicina, o único que apresentou relação significativa foi o fator “envolvimento com a religião”. Diante disso, é necessário compreender o conceito deste fator. Para Jakovljevic (2017) a religião é tida como a busca por significado em caminhos (complexos e dinâmicos) relacionados com o sagrado. 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 como o HOPE (o qual é um acrônimo que compete 4

pilares: meios de adquirir a fé, religião organizada, espiritualidade pessoal e práticas, efeitos no cuidado médico, problemas relacionados ao suicídio).

As facetas da educação perante o ato do cuidado 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 do cuidado, há de se reduzir essa possibilidade de antipatia por parte do profissional médico. Neste momento, entra a capacidade da religião em proporcionar capacidade de afeto maior do profissional, reduzindo então, a antipatia possível (BORG, 2018).

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 médico.

A presente pesquisa, portanto, vai na contramão dos demais que trazem a religião como propulsora de atitudes centradas no paciente baseadas na empatia. 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 de comunidade.

No presente estudo foi demonstrado que a renda é uma variável que não está relacionada com a centralização do cuidado, tampouco com o grau de humanização dos acadêmicos. Não existem estudos na literatura que avaliem o grau de humanização de acordo com a renda do acadêmico ou de sua família. Entretanto, o estudo de Peixoto, Ribeiro e Amaral (2011), avaliaram a atitude do estudante de medicina a respeito da relação médico-paciente de acordo com o modelo pedagógico da instituição de ensino superior. Os resultados obtidos por estes pesquisadores evidenciaram que os acadêmicos das instituições de Aprendizagem Baseada em Problemas em relação aos acadêmicos dos colégios de medicina com a abordagem tradicional de ensino têm maior chance de ter renda familiar acima de 40 salários mínimos e não terem nenhuma forma de bolsa estudantil. Além deste resultado, os escores do EOMP nos acadêmicos de currículo tradicional foram menores, indicando uma provável relação da humanização com a renda familiar.

O presente estudo percebeu que ainda há poucos estudantes envolvidos com alguma atividade artística e, dentre os que estão envolvidos, a maioria possui um pensamento centrado no médico, não no paciente. Assim sendo, este trabalho concluiu que o

envolvimento em atividades artísticas não desempenhou um papel decisivo para o desenvolvimento de pensamento centrado na pessoa, uma vez que quem desenvolve atividade artística, ou alguma atividade relacionada, não apresentou um comportamento mais humanizado frente seus pacientes.

Esta conclusão, todavia, vai de encontro a observada em outros estudos. Sei e Corsino (2018), por exemplo, citam o artesanato, a narração de história, a música e a palhaço terapia como meios de se alcançar profissionais da área de saúde mais sensíveis para as causas de seus pacientes. 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 atitudes. Além disso, a arte toca em assuntos delicados e expõe diversas realidades, como o morrer e o adoecer. Dessa forma, sua interpretação exige maturidade, reflexão, respeito e sensibilidade. Se bem empregados, 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.

Segundo esses autores, portanto, 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 que é 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 mentais (JAKOVLJEVIC, 2017).

É possível perceber uma atitude paternalista dos acadêmicos de medicina do presente estudo, haja vista que a maioria dos estudantes obtiveram scores que demonstram um posicionamento centrado no médico. Assim como foi observado no estudo de Vidal et al. (2019), os resultados entre os períodos dos ciclos apresentaram resultados similares nos escores globais da escala, não evidenciando, portanto, um deslocamento dos acadêmicos no que tange a humanização. Na avaliação final de Haidet et al. (2002), 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 paciente.

De forma semelhante, outros estudos trazem dados mais neutros, como é o caso de Pereira (2012) que demonstrou 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 curso.

Desta forma, muitos 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 (WAHLQVIST et al., 2010; PEIXOTO; RIBEIRO; AMARAL, 2011).

7. CONCLUSÃO

O processo de humanização do cuidado durante a formação médica ainda não é algo concreto, porém já é realidade em transformação no panorama brasileiro. O tempo urge, a necessidade de mudança da postura médica se faz necessária perante o crescimento da importância das tecnologias leves na consulta médica. Para tanto, é preciso que seja fomentado o estímulo do desenvolvimento de habilidades e competências de comunicação em prol de uma melhor relação médico-paciente. Também é necessário que sejam desenvolvidos mais estudos como este para que seja possível traçar metas que guiem as escolas médicas no sentido de como florescer a empatia dos estudantes.

8. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. Os direitos humanos na formação do profissional de medicina. **Revista de Medicina**, v. 94, n. 3, p. 169–178, 2015.

BLASCO, P. G. É possível humanizar a Medicina? Reflexões a propósito do uso do Cinema na Educação Médica. **O mundo da saúde**, v. 34, n. 3, p. 357–367, 2010.

BLASCO, P.G.; RABAHILEVITES, M.R.; ALBINI, R.R. The Value of Humanistic Resources in Medical Education: Literature and movies for medical students. “What can you teach through Movies?”. In: 16 WONCA MUNDIAL CONGRESS (WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS), 6., 2001, Durban, South Africa. **Anais...Family Medicine**, p 426-428, 2001.

BORGO, F. **A INTERFACE DO ENSINO RELIGIOSO COM A HUMANIZAÇÃO E O CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE**, 69f, 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões), Programa de Pós-Graduação Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: 2003.

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014**. Considerando o art. 9º, § 2º, alínea “c”, da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, Parecer CNE/CES nº 116/2014, Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 e Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. E S. A Relação paciente-médico : para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 15, n. 3, p. 647–654, 1999.

DE BENEDETTO, M. A. C.; GALLIAN, D. M. C. Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 22, n. 67, p. 1197–1208, 2018.

DE BRITO NETO, R. M. et al. Percepção dos internos de medicina sobre as contribuições de um projeto comunitário à prática da empatia na relação médico-paciente. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, v. 1, n. 9, p. 21–30, 2018.

FERREIRA, L. C.; MOURÃO, R. A.; ALMEIDA, R. J. DE. Perspectivas de docentes de medicina a respeito da ética médica. **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, p. 118–127, 2016.

FERREIRA, L. R.; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização : profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde Pronouncements on humanization : professionals and users in a complex health institution. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1437–1450, 2018.

FERREIRA, M.D.A. **Autonomia na adesão: O olhar humanizado do estudante de Medicina**, 16f, 2018. Pré-projeto (Especialização em Educação em Ciências em Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018.

HAIDET, P. et al. Medical student attitudes toward the doctor – patient relationship. **Medical Education**, v. 36, n. 6, p. 568–574, 2002.

HECKMAN, J. J.; KAUTZ, T. Hard evidence on soft skills. **Labour Economics**, v. 19, n. 4, p. 451–464, 2013.

KRUPAT, E., et al. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor–patient congruence on satisfaction. **Patient Education and Counseling**, v. 39, p. 49–59, 2000.

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. **Psychiatria Danubina**, v. 29, n. 3, p. 238–244, 2017.

LIMA, C. C. et al. Humanidades e humanização em saúde: a literatura como elemento humanizador para graduandos da área da saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 48, p. 139–150, 2014.

MAIROT, L. T. DA S. et al. As Artes na Educação Médica: Revisão Sistemática da Literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 4, p. 54–64, 2019.

MEDEIROS, L. M. O. P.; BATISTA, S. H. S. DA S. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise de literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 3, p. 925–951, 2016.

MENDES, A.T.S.; SILVA, G.A.S. **Especialização em Nefrologia Multidisciplinar**.

Módulo 8 - Humanização e Qualidade de Vida na Atenção Básica. 1 ed. São Luís, 2015.

MORAES, J. C. O. et al. A Mídia e sua Relação com a Formação de Opiniões Sobre o Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências de Saúde**, v. 21, n. 2, p. 103–110, 2017.

MOREIRA, M. A. D. M. et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 3231–3242, 2015.

MORETO, G.; BLASCO, P. G. A erosão da empatia nos estudantes de Medicina: um desafio educacional. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 69, n. 3, p. 12–17, 2012.

NEVES, S. A. V. M. et al. Estudo sobre o ensino de uma formação médica mais humana. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 37, n. 2, p. 39–46, 2016.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. DA. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PALMEIRA, A. B. P.; GEWEHR, R. B. O lugar da experiência do adoecimento no entendimento da doença: discurso médico e subjetividade. **Ciência saúde coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2469–2478, 2018.

PEIXOTO, J. M.; RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Atitude do Estudante de Medicina a respeito da Relação Médico-Paciente x Modelo Pedagógico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 2, p. 229–236, 2011.

PEREIRA, C.M.A.S. **Tradução, adaptação cultural e validação da Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) para a língua portuguesa do Brasil.** 111 f, 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2012.

RABAHI, M. F. **A meta da humanização: do atendimento à gestão na saúde.** 1. ed. Rio de Janeiro: DOC Content, 2018.

RAMOS, F. O. DE B. et al. A importância da monitoria como instrumento na recuperação da humanização médica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 11, n. 1, p. 1–4, 2017.

RIBEIRO, M. M. F.; KRUPAT, E.; AMARAL, C. F. S. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. **Medical Teacher**, v. 29, n. 6, p. e204–e208, 2009.

RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. B. A Relação Professor-Aluno em Medicina - Um Estudo sobre o Encontro Pedagógico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 3, p. 308–316, 2012.

RIOS, I. C.; SIRINO, C. B. A Humanização no Ensino de Graduação em Medicina: o Olhar dos Estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 3, p. 401–409, 2015.

RODRIGUES, B. B. et al. Personificação da figura do palhaço para a promoção da saúde humanizada no projeto doutores da gargalhada. **Brasilian Journal of Development**, v. 5, n. 8, p. 12335–12341, 2019.

RODRIGUES, V. M. R.; RODRIGUES, K. A. I. Formação médica humanizada: conexões interdisciplinares entre medicina, educação, direitos humanos e políticas sociais para estudo da ortotanásia. **Revista Unida Científica**, v. 1, n. 1, p. 1–17, 2017.

SANVITO, W. L.; RASSLAN, Z. Os paradoxos da medicina contemporânea. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 6, p. 634–635, 2012.

SEI, M. B.; CORSINO, D. Sensibilizarte e humanização da formação do profissional da saúde. **Actas do 12o Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**, 2018.

SILVA, L. A.; MUHL, C.; MOLIANI, M. M. Ensino Médico e humanização: análise a partir dos currículos de curso de medicina. **Psicologia Argumento**, v. 33, n. 80, p. 298–309, 2015.

TORRES, G. M. C. et al. O emprego das tecnologias leves no cuidado ao hipertenso na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 3, p. 1–8, 2018.

TRIFFAUX, J. M.; TISSERON, S.; NASELLO, J. A. Decline of empathy among medical students : Dehumanization or useful coping process? **L’Encephale**, v. 45, n. 1, p. 3–8, 2019.

VIDAL, C. E. L. et al. Atitude de estudantes de medicina a respeito da relação médico paciente. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, v. 29, n. Supl 8, p. 19–24, 2019.

WAHLQVIST, M. et al. Patient-centred attitudes among medical students: Gender and work experience in health care make a difference. **Medical Teacher**, v. 32, n. 4, p. e191–e198, 2010.

WENCESLAU, L. D.; RÖHR, F. O desafio da humanização da formação médica e as possíveis contribuições da medicina antroposófica. **Arte médica ampliada Ano XXXI**, v.

31, n. 2, p. 12–18, 2011.

Anexo II - Autorização de Edward Krupat para o uso da Escala de Orientação Médico-Paciente

Edward Krupat

Para: Higor Chagas

12:33

[Detalhes](#)



Dear Dr. Chagas,

You have my permission to use the PPOS in your project. There has been some wonderful work done in Brazil using the scale, and I look forward to your efforts producing interesting results as well. I would love to hear of your findings once the project is completed, and please send my regards to Dr. Pereira.

Best,

Ed krupat

Edward Krupat, PhD
Associate Professor
Dept of Medicine
Beth Israel Deaconess Medical Center
Boston, MA 02215

Anexo III - APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A humanização do cuidado na formação médica

Pesquisador: Hígor Chagas Cardoso

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25267019.7.0000.5076

Instituição Proponente: ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA EVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.848.445

Apresentação do Projeto:

Informações retiradas do PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1462196.pdf e do Projeto A_HUMANIZACAO_DO_CUIDADO_NA_FORMACAO_MEDICA_PARADOXOS_PERSPECTIVAS_E_REALIDADE.doc

Resumo

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 básico, ciclo clínico e internato). 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 1º, 4º, 8º e 12º períodos. Para este fim, será utilizada a Escala de Orientação Médico Paciente (EOMP) - do inglês, PatientPractitioner Orientation Scale (PPOS). Este instrumento avalia a atitude do estudante em relação à centralização

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO **Município:** ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 3.848.445

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	A_HUMANIZACAO_DO_CUIDADO_NA _FORMACAO_MEDICA_PARADOXOS _PERSPECTIVAS_E_REALIDADE.doc	07/11/2019 19:38:37	Kálita Oliveira Lisboa	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/11/2019 12:15:42	VITORIA REZENDE MEGALE BERNARDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	A_HUMANIZACAO_DO_CUIDADO_NA _FORMACAO_MEDICA_PARADOXOS _PERSPECTIVAS_E_REALIDADE.pdf	06/11/2019 12:10:42	VITORIA REZENDE MEGALE BERNARDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_escla recido.pdf	06/11/2019 12:09:25	VITORIA REZENDE MEGALE BERNARDES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_pesquisadores .pdf	06/11/2019 12:06:03	VITORIA REZENDE MEGALE BERNARDES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Compromisso_Pesquisador_ Responsavel.pdf	03/11/2019 23:36:20	Hígor Chagas Cardoso	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 19 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
Brunno Santos de Freitas Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br

10. APÊNDICES

Apêndice I – Questionário Sociodemográfico para o estudante de medicina

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA O ESTUDANTE DE MEDICINA

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

11. Período que você está cursando:

1° 4° 8° 12°

12. Idade: _____ anos

13. Sexo:

Masculino Feminino

14. Renda Familiar:

< 10 SM 10-20 SM 20-40 SM > 40 SM

15. Procedência (onde você morava antes de estudar

medicina): _____ Estado: _____

16. Possui bolsa de estudo:

Sim Não Se sim especificar: _____

17. Experiência com doença grave pessoal:

Sim Não

18. Experiência com doença grave na família:

Sim Não

19. Tem alguma atividade artística (Exemplo: faz pinturas, faz teatro, toca instrumento musical, escreve poesias, versos, contos, etc):

Sim Não

20. Escolaridade do pai:

Fundamental Médio Superior

21. Escolaridade da mãe:

Fundamental Médio Superior

22. Pai ou mãe médicos:

Sim Não

23. Estágios extracurriculares:

Sim Não

24. Atividade de iniciação científica:

Sim Não

25. Especialidade pretendida após a formatura :

Área clínica – Especificar _____

Área cirúrgica – Especificar _____

Outras – Especificar _____

Não sei

26. Pretende exercer a medicina principalmente como:

Profissional liberal

Emprego em serviço público

Emprego em empresa privada

Outra modalidade - Especifique

27. Está empregado no momento:

Sim Não

28. Religião a que pertence:

Católica

Evangélica

Espírita

Budismo

Ortodoxica

Afro-Brasileira

Judaísmo

Outras: _____

Nenhuma

29. Grau de envolvimento com a religião:

Nenhum

Baixo

Moderado

Alto

Apêndice II - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NA FORMAÇÃO MÉDICA: PARADOXOS, PERSPECTIVAS E REALIDADE

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **“A humanização do cuidado na formação médica”**. Desenvolvida por Giovanna Garcia Manso, Isabela Perin Sarmiento, Kálita Oliveira Lisboa, Rebecca Perin Sarmiento, Vitória Rezende Megale Bernardes, discentes de Graduação em Medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, sob orientação do Professor Ms. Hígor Chagas Cardoso. O objetivo central do estudo é **identificar a humanização do acadêmico de medicina ao longo da graduação, bem como possíveis mudanças neste domínio**.

O convite a sua participação se deve à sua condição de acadêmico do curso de medicina do Centro Acadêmico de Anápolis - UniEVANGÉLICA. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir desta. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas já que o seu nome não será identificado no questionário e em nenhum momento da pesquisa será mencionado. Cada questionário receberá um número, o qual será usado como forma de identificação do questionário respondido, mas apenas você saberá que determinado código corresponde aos seus resultados. Sendo assim, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, que será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Sendo assim, asseguramos que todas as informações prestadas por você serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa.

Se você quiser fazer alguma pergunta antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la e a qualquer momento poderá desistir de participar do projeto sem nenhum prejuízo para você, como já foi dito. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você

poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de dois questionários às pesquisadoras do projeto. Um questionário será para avaliação sociodemográfica e o outro questionário, principal objeto da pesquisa, será a escala EOMP. O tempo de duração do questionário será de aproximadamente 10 minutos e a coletas de dados serão realizadas antes do período de aula, após a autorização do professor.

Os questionários serão armazenados e terão acesso a eles apenas as pesquisadoras

e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, e após esse período, serão incinerados, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA.

O benefício em participar da pesquisa consiste em obter resultados através de plataforma online sobre o escore individual de humanização. Este processo será realizado em plataforma online, e o participante terá acesso ao código próprio do voluntário. Assim, serão disponibilizados os resultados em tabela bem como os significados destes, oferecendo também recomendações sobre como manter a humanização ou sobre como melhorá-la em prol de uma melhor relação médico-paciente. Além disso, pode-se citar o proveito em participar dessa pesquisa no que consta em estimular uma discussão acerca da humanização dos estudantes de medicina.

O conhecimento gerado por essa pesquisa será revertido em benefícios para a sociedade e para pacientes no que se refere a um atendimento mais humanístico em assistência médica e espera-se com isso conhecer ainda a situação atual do quadro estudado. Essas informações poderão contribuir para a formação de estratégias que possam auxiliar no cuidado médico como sendo uma prática mais humana desde a formação acadêmica, efetivando assim melhorias na saúde.

A presente pesquisa tem um risco mínimo, porém pode gerar desconforto para o participante durante a aplicação do questionário, como a manifestação de ansiedade e inquietação. Qualquer sensação desagradável concernente à participação da pesquisa poderá ser imediatamente comunicada à equipe de pesquisadores, o que caracterizará, de acordo com sua vontade e disposição, seu desligamento deste trabalho. Há ainda um risco diminuto

de quebra de sigilo, que será minimizado pela utilização de códigos numéricos que impeçam sua identificação e em sala reservada para os pesquisadores.

Os resultados serão divulgados através de artigos científicos em revistas nacionais

e internacionais, na defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) das pesquisadoras, na defesa de Doutorado do orientador da pesquisa. Além disso, os dados obtidos serão levados para a direção do curso de medicina da UniEVANGÉLICA em prol da construção de planos de ação que visem melhorar a realidade retratada pelos resultados.

Será garantido ao senhor participante uma cópia contendo todo o conteúdo deste documento denominado TCLE.

Assinatura do Pesquisador Responsável – Docente da
UniEVANGÉLICA

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:

Hígor Chagas Cardoso

Telefone: +55 (62) 9090 98235-1547

E-mail: medhigor@gmail.com

Endereço: Avenida Universitária, Km 3,5 Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75083-580

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE
DE PESQUISA**

Eu, _____ RG
nº _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como participante. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores Giovanna Garcia Manso, Isabela Perin Sarmento, Kálita Oliveira Lisboa, Rebecca Perin Sarmento, Vitória Rezende Megale Bernardes sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato com o CEP - UniEVANGÉLICA (telefone 3310-6736), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via deste documento.

Anápolis, ___ de _____ de 2019.

Assinatura do participante da pesquisa

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA:

Tel e Fax - (62) 33106736

E-mail: cep@unievangelica.edu.br

Apêndice III – Artigo Científico

Manuscrito submetido para RBEM

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

A PRÁTICA DA HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA: REALIDADES, PARADOXOS E PERSPECTIVAS

THE PRACTICE OF HUMANIZATION IN MEDICAL TRAINING: REALITIES,
PARADOXES AND PERSPECTIVES

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 Practioner 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.

Key words: Humanitarian Assistance. Medical Education, Undergraduate. Staff Attitude.

INTRODUÇÃO

O conceito de humanização é polissêmico, integrando inúmeras 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 extremamente discutida em centros de saúde. 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, apoderando-se do trabalho em equipe acrescentado a uma troca de saberes, abrangendo os usuários e os profissionais¹.

A desumanização do 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 anos³. 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 social⁴.

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 saúde⁵.

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 laboratorial⁶.

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 humanizada⁷.

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 intelectuais⁸.

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 recuperação⁹.

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 consulta¹⁰.

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 paciente¹¹.

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 é importante que a terapia leve em consideração as melhores opções para o paciente, e o médico não deve ser imparcial nesses contextos⁹.

Ao se abordar um tema que está em voga, a humanização torna-se centro das atenções de muitos estudos contribuindo para a disseminação do conhecimento acerca do assunto. Tais produções científicas criam ferramentas que possibilitam o melhor entendimento desta questão em prol de subsidiar e impactar a saúde brasileira. O resultado é um sentimento de acolhimento dos pacientes e a mudança deve ser iniciada desde a base: os estudantes, os futuros profissionais¹.

Diante do exposto o processo de fomentar a humanização do cuidado médico 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 humanização do cuidado 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 do cuidado 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.

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 participantes cujos questionários não foram preenchidos adequadamente.

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 Brasil¹² como Escala de Orientação Médico-Paciente (EOMP), sendo esta versão aplicada nesse estudo. 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 forma do cuidado, 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 questões¹³. 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.

RESULTADOS

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 referiram 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.

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.

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 centralização do cuidado 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.

Quando se investigou fatores que possam estar envolvidos com centralização do cuidado 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.

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 psicossociais¹². 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 saúde¹⁴. 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 curso¹⁵.

Contrariando esses dados, também observou-se que os escores entre homens e mulheres se igualaram no final do curso¹⁶. 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^{15,17}.

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 pontos¹⁶.

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 sagrado¹⁸. 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 o ato do cuidado 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 do cuidado, 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 profissional¹⁹.

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 médico²⁰. 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 de comunidade¹⁸.

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 humanização com a renda familiar¹⁶.

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 pacientes²¹. 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 atitudes²². 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 mentais¹⁸.

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 humanização²⁰. 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 paciente¹⁵.

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 curso¹².

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^{14,16}.

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.

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 BIBLIOGRÁFICAS

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. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Blasco PG, Levites MR, Albin 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.
9. 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.
10. 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.

11. 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.
12. 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.
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 Educ Couns.* 2000;39:49–59.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. Ribeiro MMF, Krupat E, Amaral CFS. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. *Med Teach.* 2009 Jul;29(6):e204–8.
18. 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.
19. 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.
20. 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.

21. Sei MB, Corsino D. Sensibilizarte e humanização da formação do profissional da saúde. 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – ACTAS. 2018 Jan: 583–91. Portuguese.
22. 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.

