

Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico*

Patient-centered care and medical teaching: The importance of caring and sharing

Maria Mônica Freitas Ribeiro¹
Carlos Faria Santos Amaral¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Educação Médica;
- Atitude do Pessoal de Saúde;
- Medicina do Comportamento;
- Relações Médico-Paciente;
- Assistência Centrada no Paciente;
- Assistência à Saúde.

KEY-WORDS:

- Medical Education;
- Attitude of Health Personnel;
- Behavioral Medicine;
- Physician Patient Relations;
- Patient-Centered Care;
- Delivery of Health Care.

Recebido em: 29/03/2007

Reencaminhado em: 24/08/2007

Aprovado em: 11/10/2007

RESUMO

Este artigo apresenta uma revisão da medicina centrada no paciente e da importância de ensinar na nas escolas médicas, em virtude das repercussões para o exercício da medicina advindas da mudança na nosologia prevalente e da maior disponibilidade de informações sobre saúde e doenças para os leigos. Também discute o uso de escalas para avaliação de atitudes a respeito da relação médico-paciente, particularmente da escala Patient-practitioner orientation scale (PPOS), em que escores mais elevados estão associados a atitudes mais centradas no paciente. Apresenta os resultados da aplicação dessa escala em 738 estudantes de seis diferentes períodos do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, comparando-os com os obtidos com estudantes norte-americanos com uso da mesma escala. Os escores foram mais elevados entre estudantes brasileiros, com atitudes mais centradas no paciente do que os estudantes norte-americanos. A análise das subescalas de poder e cuidado mostra que há uma valorização do cuidado. Entretanto, houve uma tendência à concentração de poder no médico.

ABSTRACT

This study addresses patient-centered care and the importance of teaching and learning it in medical schools. Changes in disease prevalence and available information about diseases and their treatments require shared patient and physician decision-making. The use of different scales for measuring patient-centeredness was reviewed, particularly the "Patient-practitioner orientation scale" (PPOS). Higher PPOS scores are associated with more patient-centered attitudes. The study presents data on the attitude with respect to patient-centered care collected from 738 students in six different years of the medical course of the Federal University of Minas Gerais using the patient-practitioner orientation scale (PPOS) and compares these data with scores obtained from American medical students. The PPOS scores of the Brazilian students were higher than those of the American students. However, although the caring scores were higher among Brazilian students, their sharing scores tended to be lower.

*Este trabalho é parte da tese de doutorado de Maria Mônica Freitas Ribeiro, com orientação do professor Carlos Faria Santos Amaral, e contou com o apoio financeiro do Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG. O trabalho foi aprovado pelo Coep-UFMG em agosto de 2004.

¹Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, Brasil.

CONCEITO

Muito se discute atualmente sobre a humanização da medicina, e uma das metodologias propostas para alcançá-la é a medicina centrada no paciente, denominada por alguns autores como um novo método clínico¹.

A medicina centrada no paciente ou no cuidado é um tema muito amplo e com implicações diferentes quando se trata de saúde pública^{2,3} ou de atenção médica individual. Comporta ainda definições diferentes quando se utiliza a oposição entre centrada no médico *versus* no paciente ou centrada no paciente *versus* na doença. Quando se opõe a atitude centrada no médico à atitude centrada no paciente, o ponto em discussão é o poder do médico *versus* a autonomia do paciente. Quando a oposição é entre doença e doente, a medicina centrada no paciente é mais abrangente, busca entender as necessidades e desejos do paciente e não se restringe à doença⁴.

Os trabalhos de Stewart e colaboradores na década de 1990 definem medicina centrada no paciente buscando incorporar essas duas vertentes. Segundo esses autores, a medicina centrada no paciente tem seus princípios na antiga escola de medicina grega de Cos, que considerava as particularidades de cada paciente na abordagem de sua enfermidade, ao contrário da escola de Cnidianos, cuja preocupação era classificar as doenças de acordo com sua taxonomia e independentemente do doente^{1,5,6}. Ainda de acordo com esses autores, desde então, a dicotomia entre tratar o doente ou a doença vem acompanhando a medicina ao longo dos séculos, às vezes com preponderância de uma abordagem ou de outra.

O método clínico baseado em modelo biomédico – surgido no início do século 19 e que alcançou hegemonia durante o século 20 – trouxe grandes avanços para a ciência médica e conferiu grande poder ao médico, mas tornou o diagnóstico da doença preponderante sobre o doente. Acontece que nem todas as pessoas adoecem da mesma forma ou se enquadram numa doença bem definida, e isso provocou questionamentos ao método clínico desde o início do século passado. Peabody⁷, em 1927, já havia escrito que “o tratamento de uma doença pode ser totalmente impessoal, o cuidado do paciente precisa ser totalmente pessoal” e que o médico que se propõe a cuidar do paciente e negligencia sua vida emocional é “tão pouco científico quanto o investigador que negligencia o controle das condições que podem afetar seu experimento”.

Com o avanço da tecnologia médica que o método clínico proporcionou, além da fragmentação corpo-mente, houve a fragmentação do próprio corpo, com a medicina se tornando cada vez mais especializada e subespecializada ao longo do século 20. Novos questionamentos se tornaram mais

freqüentes, e começaram a surgir críticas ao modelo biomédico. Em meados do século 20, os trabalhos de Balint⁸, com a valorização da escuta para perceber o paciente e responder às suas necessidades e com a valorização do papel do médico como agente terapêutico, inclusive com efeitos colaterais, questionaram o diagnóstico apenas físico do modelo biomédico. Mais tarde, Engel⁹, a partir do pressuposto de que os modelos dominantes de organização do conhecimento e da experiência, nem sempre explícitos, são importantes na maneira de o médico abordar o paciente, propôs o modelo biopsicossocial. Neste modelo, o nível do sistema de onde se deve partir é sempre a pessoa, ao contrário do modelo biomédico, em que o ponto de partida é o corpo e a doença, com a negligência da pessoa. Nessa mesma época, estudos mostraram que os aspectos culturais do paciente e médico interferiam nos resultados da atenção médica. A discordância entre médico e paciente na visão da doença e do processo de adoecer e nos objetivos a atingir com o tratamento repercutiu negativamente nos resultados obtidos¹⁰.

É a partir desses e de outros trabalhos que Stewart *et al*⁵, em 1995, propõem a medicina centrada no paciente como uma transformação do método clínico. Definem os princípios componentes da medicina centrada no paciente como:

- 1 – exploração e interpretação, pelo médico, da doença e da experiência de adoecer do paciente, tendo a experiência de adoecer quatro dimensões: o sentimento de estar doente; a idéia a respeito do que está errado; o impacto do problema na vida diária; e as expectativas sobre o que deveria ser feito;
- 2 – entendimento global da pessoa;
- 3 – a busca de objetivos comuns, entre o médico e o paciente, a respeito do problema ou dos problemas e sua condução;
- 4 – a incorporação de medidas de prevenção e promoção de saúde;
- 5 – a melhora ou intensificação da relação médico-paciente;
- 6 – a sua viabilidade em termos de custos e tempo.

Resumidamente, pode-se dizer que são dois os componentes principais da medicina centrada no paciente: um deles se refere ao cuidado da pessoa, com a identificação de suas idéias e emoções a respeito do adoecer e a resposta a elas; e o segundo se relaciona à identificação de objetivos comuns entre médicos e pacientes sobre a doença e sua abordagem, com o compartilhamento de decisões e responsabilidades. Levar em consideração o desejo do paciente de obter informações e de compartilhar responsabilidades e responder apropriadamente a esse desejo também fazem parte da prática médica centrada no paciente⁶.

É importante salientar que a decisão compartilhada se aplica tanto ao tratamento de uma infecção urinária quanto à abordagem de violência doméstica, e o paciente é um participante ativo, co-responsável por seu tratamento¹¹. Para isto, é preciso que o médico seja profissional e competente com seu instrumental técnico, não sendo possível prescindir de conhecimentos e habilidades necessários ao desempenho profissional. Não é possível para o médico compartilhar decisões quando não tem segurança do seu conhecimento para discuti-las com o paciente, permitindo questionamentos. Por isto, a atualização crítica do conhecimento médico científico é indispensável. Mas o cuidado é também parte da competência e é preciso ter em mente que muitos protocolos, que orientam a prática médica hoje, são fundamentalmente reducionistas e que o seu uso torna ainda mais necessárias as habilidades interpessoais e humanísticas para o atendimento da pessoa¹².

As vantagens da medicina centrada no paciente em relação ao modelo biomédico tradicional, centrado no médico, são muitas, incluindo maior satisfação do paciente, maior adesão ao tratamento e melhor resposta à terapêutica¹³, maior satisfação do médico, menor número de processos por erro médico, maior eficiência do cuidado, com necessidade de menor número de exames complementares e frequência menor de encaminhamentos a especialistas, com conseqüente custo menor para o sistema de saúde e para o paciente^{5,11}. Desde o seu surgimento, a medicina centrada no paciente foi sendo incorporada às leis relacionadas à saúde – a exemplo do consentimento informado e da decisão pessoal prévia sobre medidas a serem tomadas no final da vida; à educação médica; à pesquisa e à verificação da qualidade dos serviços de saúde, além do cuidado com o paciente¹⁴.

Segundo Sullivan¹⁵, para a medicina, a transição epidemiológica com a mudança de domínio de doenças agudas para doenças crônico-degenerativas tornará obrigatória a reincorporação da arte da medicina, com a substituição de objetivos de cura e de evitar a morte para o objetivo de cuidado das pessoas, considerando a perspectiva dessas pessoas. Ao estudar a importância de considerar a autonomia do paciente e a valorização de seu ponto de vista em relação à saúde e ao cuidado com a mesma, esse autor alerta para uma mudança radical no paradigma da medicina vigente há cerca de duzentos anos. A aliança dos elementos objetivos e subjetivos na ciência médica clínica viria substituir a visão puramente objetiva da doença com a incorporação da subjetividade do paciente, e o objeto da medicina deixaria de ser o corpo para ser a pessoa. O paciente-sujeito estaria sendo reintroduzido na medicina, e a medicina centrada no paciente

seria capaz de prover os meios necessários para alcançar esse objetivo de incorporar a perspectiva do paciente aos fatos biológicos.

A IMPORTÂNCIA DE ENSINAR MEDICINA CENTRADA NO PACIENTE NAS ESCOLAS MÉDICAS

Pesquisa realizada com médicos que trabalham com atenção básica no Brasil revelou que os médicos pesquisados não reconhecem o paciente como capaz de assumir o cuidado com a própria saúde e não estimulam o paciente a desenvolver autonomia para as práticas de prevenção e promoção de saúde ou adesão ao tratamento. Além disso, os médicos não exploram aspectos relacionados a medos e ansiedades dos pacientes, pois eles seriam aspectos próprios da cultura do paciente com os quais o médico não estaria preparado para lidar. Para os autores, essa deficiência ocorre em conseqüência de uma formação médica que valoriza apenas ou predominantemente os aspectos biomédicos¹⁶.

Há um reconhecimento da necessidade e da dificuldade de educar o aprendiz de medicina no sentido de formar um médico cuidador¹⁷. Entretanto, acredita-se que a educação profissional implica transmitir, além de conhecimento, valores e atitudes de uma geração para outra¹⁸.

Briani¹⁹, em avaliação teórica sobre as mudanças no ensino médico no Brasil, questiona se os novos currículos têm realmente ocasionado mudanças na educação médica no sentido de formar profissionais comprometidos com a concepção ideológica de saúde como qualidade de vida. Segundo a autora, a manutenção do ingresso nas faculdades de Medicina por meio de vestibulares que exigem apenas disciplinas de conteúdo científico, com discriminação de conteúdos humanitários para uma profissão que lida diretamente com vidas humanas, a integração apenas em teoria de conteúdos, com justaposição de enfoques de cada professor, mesmo para as áreas tradicionais do conhecimento médico, e a ausência ou a marginalidade de disciplinas de caráter humanístico seriam evidências de que a medicina parece ainda não estar aberta à mudança de paradigma que é necessária para que se mude realmente o ensino médico e o profissional formado.

Para Fox²⁰, o modelo biomédico dominante é um modelo curativo, e seus pressupostos, atitudes e valores tendem a definir a cultura dos centros acadêmicos. Embora a cura seja um objetivo apropriado para a medicina, ele é incompleto, pois não considera a promoção da saúde, prevenção de enfermidades e lesões, restauração de capacidade funcional, prevenção de morte prematura, alívio de sofrimento e o cuidado com aqueles que não podem ser curados.

Como o modelo biomédico tem como referencial a doença, os estudantes apresentam dificuldades em lidar com pessoas que não têm doenças orgânicas. Isto porque estes pacientes não são bons modelos de patologia e diagnóstico e, por sua complexidade, colocam à prova a competência do estudante em sua necessidade de objetivar, buscando certezas²¹.

Segundo Branch²², o excesso de treinamento biológico e a necessidade do estudante de se agregar à equipe médica dos hospitais, nem sempre ética, seriam fatores responsáveis pela formação de profissionais distantes e frios. O modelo centrado em aspectos apenas biomédicos tenderia a inibir o crescimento moral do estudante de Medicina, comprometendo sua capacidade de sentir empatia e compaixão, e a boa prática clínica não existe separada de comportamentos éticos e profissionais, que dependem de maturidade moral.

Lind²³ estudou o desenvolvimento da competência para julgamento moral entre estudantes de vários cursos, incluindo o de Medicina, entre estudantes alemães. Concluiu que os estudantes de Medicina apresentaram regressão em sua competência para o julgamento moral, ao contrário de outros estudantes universitários, que apresentaram um aumento notável nessa competência. Atribuiu esse achado ao fato de as escolas médicas ensinarem habilidades técnicas e científicas e não valorizarem os aspectos éticos e humanos, sendo esse um problema mundial e antigo. Acrescentou ainda que a capacidade para o julgamento moral pode ser aprendida na idade adulta, com eficácia de estudos de casos em pequenos grupos.

O ensino da comunicação centrada no paciente tem sido considerado uma nova revolução após Flexner^{14,24}, permitindo melhorar a competência cultural e desenvolver o profissionalismo no estudante.

AVALIAÇÃO DE ATITUDES DE ESTUDANTES DE MEDICINA A RESPEITO DA MEDICINA CENTRADA NO PACIENTE

O interesse na avaliação da atitude do estudante de Medicina se consolidou a partir do final da década de 1950. A socialização do estudante de Medicina, entendida como incorporação de atitudes, comportamentos e valores profissionais, vem sendo objeto de preocupação e estudos por muitos educadores e tem motivado mudanças curriculares em algumas escolas médicas. É importante citar os trabalhos pioneiros de Merton²⁵ e de Becker et al²⁶ a partir da década de 1950.

A partir da definição da medicina centrada no paciente, tem havido preocupação em avaliar a atitude e o comportamento de estudantes de Medicina a respeito tanto do poder médico como do cuidado, na atenção ao paciente.

Embora se disponha de metodologias diversas para avaliar a atitude de estudantes de Medicina a respeito da relação médico-paciente, uma ferramenta freqüentemente utilizada com esta finalidade são as escalas, principalmente a de Likert, ou escala de soma de médias. Trata-se de uma escala de auto-respostas que permite medir a intensidade de sentimentos referentes a um objeto, com a classificação de afirmativas que variam de favorável a desfavorável, em graus variados, em relação a esse objeto. Tais sentimentos seriam responsáveis pela atitude da pessoa frente ao objeto. Atitude é definida como a predisposição para responder de certa maneira frente a um objeto ou pessoa, mais permanente que uma opinião ou razão de momento, porém menos cristalizada que o temperamento.

Embora as escalas de medidas de atitude comportem críticas, como não é possível ver uma atitude, elas permitem inferir sua magnitude²⁷. É importante salientar que os resultados obtidos com uma escala só podem ser comparados com aqueles obtidos por meio da mesma escala, não havendo valores absolutos; entretanto, pontos de corte podem ser estabelecidos dentro de uma escala. Embora não possa haver comparação direta entre elas, os resultados têm mostrado muitos pontos em comum.

Howe²⁸, considerando que é na atenção primária que mais se valoriza a relação médico-paciente com objetivo terapêutico, estudou a percepção de estudantes de Medicina ingleses a respeito da importância da medicina centrada no paciente durante estágio ambulatorial em comunidades, para avaliar a validade dessa prática comunitária para o aprendizado. Aplicou questionários abertos aos estudantes, com discussão posterior – o que denominou grupos nominativos –, para construir uma escala que medisse o impacto desse estágio no aprendizado. Participaram do projeto 89 estudantes, com 70% de respostas na primeira fase e 88% de respostas à escala. Os estudantes consideraram que a relação mais prolongada e pessoal com os pacientes, a percepção da influência do ambiente social na saúde, a importância de lidar com pessoas e não com doenças e a equipe multiprofissional para o cuidado foram importantes no aprendizado durante a prática comunitária.

Pfeiffer et al²⁹, ao estudarem a anamnese feita por 292 estudantes de Medicina no decorrer do curso médico e utilizarem a escala *Arizona Clinical Interviewing Rating Scale* (Acir), observaram que há redução nas habilidades interpessoais e que os aspectos sociais da história vão sendo perdidos no decorrer do curso. Creditam a perda de valores interpessoais e de habilidades na comunicação à maior valorização de dados científicos (duros). Chamam a atenção para o papel do currículo oculto, baseado na percepção do

que é feito e valorizado no método clínico, como um fator que contribui para essa perda.

Embora haja críticas a respeito de escalas traduzidas, elas têm sido utilizadas em países com línguas diferentes, como pode ser visto em alguns trabalhos que utilizam escalas de medida de atitudes de estudantes a respeito da relação médico-paciente relacionados a seguir.

Monchy *et al*³⁰ desenvolveram uma escala baseada num questionário de 48 itens com cinco opções cada, utilizando a escala de Likert, que denominaram escala DP (*doctor-patient*). Avaliaram quatro grupos – 92 estudantes de Medicina do segundo ano, 54 estudantes do último ano, 39 médicos generalistas e 29 integrantes do pessoal administrativo da Faculdade de Medicina de Dundee (Holanda) – em relação à atitude centrada no paciente ou no médico. Concluíram que estudantes do último ano e médicos generalistas têm atitudes mais centradas no paciente do que o pessoal administrativo e estudantes do segundo ano e que mulheres têm atitudes mais centradas no paciente do que os homens. Sublinharam o fato de que atitudes profissionais derivam de um conjunto de atitudes em relação ao outro, que é influenciado em parte por personalidade, caráter e temperamento. Em 1993, com outros autores, fizeram um estudo de validação da escala com 119 estudantes italianos que confirmou a diferença esperada de gênero, com atitudes mais centradas no paciente entre estudantes do sexo feminino³¹.

Para avaliar o efeito de gênero, escolha da especialidade e nível de treinamento na atitude profissional de estudantes ao final do curso e de médicos residentes holandeses, Batenburg *et al*³² utilizaram a escala DP de Monchy. Participaram do estudo 120 estudantes do final do curso e 68 médicos residentes, 37 de medicina geral e 31 de cirurgia. Obtiveram respostas de 84% dos estudantes e de 78% e 58% dos residentes de medicina geral e de cirurgia, respectivamente. Encontraram diferença apenas em relação à especialidade escolhida, com atitudes mais centradas no paciente entre os que escolheram clínica geral do que entre os que optaram por cirurgia. Consideraram que o grande número de pacientes com problemas sociais e psicológicos na atenção primária seria o fator responsável por atitude mais centrada no paciente entre os estudantes e residentes de medicina geral.

De Valck *et al*³³ utilizaram a mesma escala DP num estudo em que compararam 88 estudantes de primeiro ano de Medicina da Bélgica com 434 estudantes da Alemanha em relação a atitudes cuidadoras e atitudes centradas na cura. Os resultados mostraram atitudes mais centradas no cuidado entre os estudantes alemães, e não houve diferença de atitudes

entre homens e mulheres para os belgas. Esses autores propõem que o modelo cuidador não deveria se opor ao modelo curativo e que o médico ideal deveria ser profissional em seu instrumental e no componente afetivo de sua prática.

Haidet *et al*³⁴, em estudo com 673 estudantes de Medicina, analisaram as diferenças de atitude em relação ao cuidado do paciente no início e no final do curso médico e os fatores associados às mudanças de atitude. Utilizaram a escala *Patient-practitioner orientation scale* (PPOS ou escala de orientação médico-paciente), com 18 itens, que avalia a atitude individual quanto à relação médico-paciente de práticas centradas no médico ou no paciente. Os escores variam de 1 a 6, e escores mais altos significam atitudes mais centradas no paciente. Encontraram escores de $4,47 \pm 0,03$ para estudantes masculinos e $4,65 \pm 0,04$ para as estudantes femininas, com $p < 0,01$. O escore para a amostra total foi $4,57 \pm 0,48$, com variação de 2,50 a 5,94. A conclusão foi que as atitudes centradas no médico tenderam a aumentar com o progredir do curso, com um declínio das atitudes centradas no paciente, mas o padrão de mudanças foi diferente para homens e mulheres. Estas apresentaram redução no escore no decorrer do curso, enquanto os homens apresentaram inicialmente um aumento, seguido de redução do escore. Estudantes de origem euro-americana apresentaram médias para os escores mais altas (4,57) que os não americanos (4,32). Já os que pretendiam fazer especialidades básicas (clínica médica, pediatria e medicina de família) obtiveram escores significativamente mais altos (4,56), isto é, mais centrados no paciente do que os demais (4,34). O nível de significância considerado foi de 0,05.

A escala PPOS já foi utilizada também para medir atitudes de pacientes e de médicos a respeito da relação médico-paciente^{35,36}, tendo sido estabelecidos pontos de corte que definem atitude centrada no médico para valores abaixo de 4,57 e centrada no paciente acima de 5,00. Os valores entre 4,57 e 5,00 foram considerados medianamente centrados no paciente.

Com o objetivo de conhecer a atitude do estudante de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) a respeito da relação médico-paciente, esta mesma escala PPOS foi traduzida para o português e utilizada pelos autores para medir essa atitude entre os estudantes matriculados na faculdade em agosto de 2004. O autor da escala autorizou sua utilização. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UFMG, e os estudantes que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram avaliados 738 estudantes de seis períodos do curso médico, compreendendo estudantes do primeiro até o 12º

período, com idade mediana de 20 anos no início do curso e de 24 no final, com apenas três estudantes acima de 30 anos em toda a amostra. Os resultados mostraram um escore de $4,66 \pm 0,44$ para o conjunto de estudantes da escola. A variação de escores foi de 2,83 a 6,00. Quando se analisaram

separadamente cuidado e poder, como subescalas, verificaram-se escores de $5,20 \pm 0,45$ (1,89 - 6,00) e $4,10 \pm 0,66$ (1,78 - 6,00), respectivamente, para cuidado e poder.

A comparação entre os resultados obtidos por Haidet et al³⁴ e os obtidos na UFMG encontra-se no Quadro 1.

QUADRO 1
Comparação de escores da PPOS obtidos por Haidet et al³⁴, entre estudantes americanos e os obtidos entre os estudantes da UFMG

Estudo	nº estudantes	Escore Amostra total	Escore de estudantes de origem não euro-americana
Haidet et al ³⁴	673	$4,57 \pm 0,48$ (2,50 - 5,94)	4,32
UFMG	738	$4,66 \pm 0,44$	

DISCUSSÃO

Embora sabendo que atitude nem sempre implica comportamento correspondente, observamos, como professores dessa faculdade, que a maioria dos estudantes tinha a atenção mais voltada ao caso interessante do que ao paciente, havendo certo desinteresse por aqueles que não apresentavam doença orgânica bem definida. Em busca de referencial teórico para a discussão do assunto, considerou-se que os pressupostos da medicina centrada no paciente permitiriam uma adequada discussão do tema, e isso motivou a revisão da literatura sobre o assunto.

Buscou-se, então, um instrumento capaz de avaliar a atitude do estudante de Medicina, se centrada no paciente ou no médico e na doença, para verificar se essa impressão era verdadeira. Os escores obtidos na escala PPOS foram comparados por Haidet et al³⁷ com um escore de atitudes humanísticas destes mesmos estudantes, avaliadas por cinco pacientes simulados. Foi encontrada associação entre atitude dos estudantes centrada no paciente e atitudes humanísticas percebidas pelos pacientes simulados, sugerindo correspondência entre atitude e comportamento. Este foi um dos motivos da escolha da escala PPOS; outro motivo foi a inexistência de instrumentos, no Brasil, com o objetivo de medir atitudes a respeito de relação médico-paciente que permitissem comparar os dados obtidos.

Os escores obtidos para os estudantes de Medicina da UFMG foram muito próximos dos encontrados por Haidet et al³⁴ na amostra total de estudantes norte-americanos, porém mais elevados que os escores do grupo de estudantes de origem não

americana dessa amostra. Esse resultado contrariou, em parte, a impressão inicial que motivou a pesquisa, com os estudantes brasileiros apresentando escores intermediários entre centrado no médico e doença, e centrado no paciente. Apesar de os estudantes americanos não terem contato com o paciente real e sim com pacientes simulados, a maioria dos trabalhos que abordam o tema da relação estudante de Medicina-paciente foi realizada nos Estados Unidos^{34,37}. Esse fato sugere ser esta uma preocupação dos educadores americanos e, muito provavelmente, reflete a incorporação desse tema ao ensino médico, independentemente do modelo pedagógico adotado.

Embora tenha um modelo de ensino que difere, pelo menos parcialmente, do modelo biomédico tradicional, a Faculdade de Medicina da UFMG não adota a medicina centrada no paciente no modelo proposto por Stewart et al^{1,5,6}. Entretanto, o contato desde o início do terceiro ano com pacientes do Sistema Único de Saúde, com participação ativa no atendimento, traz inevitavelmente para a discussão alguns pontos da medicina centrada no paciente. Na literatura, a prática médica em comunidades é considerada um fator que contribui para atitudes centradas no paciente²⁸, e o curso de Medicina da FM-UFMG tem carga horária considerável de atividades desenvolvidas nas comunidades, fora do ambiente hospitalar, em unidades de atenção básica, inclusive em pequenas comunidades rurais.

É importante observar que o escore para a subescala de poder foi muito menor do que o obtido para a subescala de cuidado entre os estudantes avaliados. Isto sugere uma dificuldade de compartilhar com o paciente as decisões a respeito

de seu problema. Essa dificuldade de compartilhar decisões – com os médicos não reconhecendo que os pacientes têm capacidade para assumir responsabilidades com a própria saúde – foi encontrada por Caprara *et al*¹⁶ em trabalho realizado com médicos do programa de saúde da família. Concordamos com esses autores em que o predomínio da valorização de aspectos biomédicos em detrimento de valores humanos nos cursos de Medicina é um fator importante na determinação desse comportamento. Acrescentamos que um dos fatores externos à escola médica que poderia explicar, em parte, esse achado é o fato de a maioria da população atendida pelos estudantes ser pouco questionadora e apresentar baixo índice sociocultural. Esse fato, ao contrário de isentar a escola médica de sua responsabilidade na formação de médicos capazes de tornar o paciente um co-participante na atenção à sua saúde, salienta a necessidade de ensinar que a medicina cuida de pessoas inseridas num ambiente cultural, muitas vezes diverso daquele do médico, mas nem por isso menos rico em conhecimentos que podem interferir no cuidado com a própria saúde.

Sublinhe-se ainda que o médico, cada vez mais, será confrontado com o conhecimento divulgado pela mídia, nem sempre comprovado cientificamente e nem sempre entendido de forma adequada pelo paciente, mas que passa a fazer parte de sua cultura sobre saúde.

Outro aspecto que ressalta a importância da discussão a respeito do poder do médico nas faculdades de Medicina é a transição epidemiológica, com aumento de prevalência das doenças crônico-degenerativas. O médico precisa desenvolver a capacidade de definir com o paciente metas a alcançar frente a essa mudança de nosologia. Para a maioria dessas doenças, o objetivo não é mais a cura, mas a prevenção de seu aparecimento e dos danos decorrentes, objetivos cujo alcance depende da efetiva participação do paciente. Além disso, uma vez instaladas as doenças crônicas, a qualidade de vida na perspectiva do paciente é a meta a ser alcançada.

Conclui-se que a medicina centrada no paciente pode melhorar a atenção médica individual e coletiva, trazendo à discussão aspectos culturais e expectativas do paciente e tornando-o um co-participante do cuidado com sua saúde. Mesmo considerando que não é o currículo que implica o cumprimento de determinados objetivos de aprendizagem, politicamente ele pode favorecê-los ou inviabilizá-los totalmente. Por isso, para alcançar a mudança do modelo puramente biomédico para o modelo centrado no paciente, as escolas médicas precisam incorporar em seus currículos conhecimentos de ciências humanas e sociais, além das disciplinas técnico-científicas tradicionais. A introdução de disciplinas da área de ciências humanas nos concursos para ingresso nas escolas médicas poderia já sinalizar uma mudança.

Além disto, é necessário conhecer e explicitar elementos do currículo oculto, que são tão ou mais importantes do que o currículo tradicional na formação do médico, tentando pelo menos discuti-los com os estudantes. Bons exemplos de currículo oculto são o que se valoriza no *curriculum vitae* do estudante para o ingresso na residência médica, os critérios utilizados na escola médica para avaliar seus professores e estudantes ou até mesmo o que se passa dentro do consultório ou sala de aula entre professor, estudantes e paciente.

A mudança de abordagem da semiologia, com enfoque no paciente e não na doença, é outro ponto a ser enfatizado e se relaciona com o modelo pedagógico adotado.

Esta avaliação de atitude do estudante de Medicina numa grande escola médica brasileira mostrou que, embora preocupados com o cuidado, os estudantes estão pouco predispostos a discutir com o paciente suas prioridades na atenção à própria saúde e seus conhecimentos e crenças sobre o processo saúde-enfermidade. Estas questões serão um grande desafio para o médico nos próximos anos, e a escola médica não pode ignorá-las.

REFERÊNCIAS

1. McWhinney IR. Clinical Method. In: McWhinney. A textbook of family medicine. New York:Oxford;1997. p.129-178.
2. Queiroz MS, Campos GWS, Merhy EE. Rede básica de serviços de saúde: médicos e suas representações sobre o serviço. Rev Saúde Pública 1992; 26 (1): 34- 40.
3. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública 1999; 15 (2): 345-353.
4. Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. Patient Educ Counsel 2000; 39:17-25.
5. Stewart M, Brown JB, Donner A, Mcwhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J J. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract 2000; 49(9): 796-804.
6. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care: the patient should be a judge of patient centred care. BMJ 2001; 322(7284): 444-5.
7. Peabody FW. The care of the patient. JAMA 1927; 88 (2):877-882.
8. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Tradução de Roberto Musachio. Rio de Janeiro: Atheneu;1984.
9. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980; 137 (5): 535-544.
10. Kleinman A, Eisenberg J, Good B. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Ann Inter Med 1978; 88 (2): 251-258.

11. Epstein R. The Science of patient-centered-care. *J Fam Pract* 2000; 49 (9): 805-807
12. Howell JD. The physician's role in a world of technology. *Acad Med* 1999; 74 (3): 244-247.
13. Putnam SM, Lipkin M. The patient-centered interview-research support. In: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A. *The medical interview. Clinical care, education and research.* New York: Springer;1995. p.530-537.
14. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine: a professional evolution. *JAMA* 1996; 275 (2): 152-156.
15. Sullivan M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Soc Sci Med* 2003; 56: 1595-1604.
16. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Rev C S Col* 2004; 9(1):139-146.
17. Balint JA. Brief encounters: speaking with patients. *Ann Inter Med* 1999; 131(3): 231-234.
18. Burach JH, Irby DM, Carline JD, Root RK, Larson EB. Teaching compassion and respect. *J Gener Intern Med* 1999; 14: 49-55.
19. Briani MC. O ensino médico no Brasil está mudando? *Rev Bras Educ Med* 2001; 25(5): 73-77.
20. Fox E. Predominance of the curative model of medical care. *JAMA* 1997; 278 (9):761-763.
21. Atkinson P. Training for certainty. *Soc Sci Med* 1984; 19 (9):949-956.
22. Branch WT. Supporting the moral development of medical students. *J Gen Intern Med* 2000;15:503-508.
23. Lind G. Moral regression in medical students and their learning environment. *Rev Bras Educ Med* 2000; 24(3):24-33.
24. Braddock CH, Eckstrom E; Haidet P. The "new revolution" in medical education. Fostering professionalism and patient-centered communication in the contemporary environment. *J Gen Intern Med* 2004; 19 (5 pt2):610-611.
25. Merton RK, Reader GG, Kendall PL, editores. *The student-physician - introductory studies in the sociology of medical education.* 2.ed. Cambridge: Harvard University Press; 1969.
26. Becker HS, Geer B, Hughes EC, Strauss AL. *Boys in white.* 4ª ed. New Brunswick: Transaction publishers; 1992.
27. Churchil Júnior GA. Measuring attitudes, perceptions and preferences. In: Churchil Júnior. *Basic Marketing Research.* Orlando: Dryden; 1988. p.418-471.
28. Howe A. Patient-centred medicine trough student-centred teaching: a student perspective on the key impacts of community-based learning in undergraduate medical education. *Med Educ* 2001; 35(7):666-672.
29. Pfeiffer C, Madray H, Ardolino A, Willms J. The rise and fall of student's skill in obtainig a medical history. *Med Educ* 1998; 32 (3): 283-288.
30. Monchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM. Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient (DP) rating. *Med Educ* 1988; 22: 231-239.
31. Lingiardi V, Maffei C, Monchy C. Evaluating sex as a variable in doctor-patient relationship of na Italian medical student sample. *Med Educ* 1993; 27:188.
32. Batenburg V, Smal JA, Lodder A, Melker RA. Are professional attitudes related to gender and medical specialty? *Med Educ* 1999; 33:489-493.
33. De Valck C, Bensing J, Bruynooghe R; Batenburg V. Cure-oriented versus care oriented attitudes in medicine. *Patient Educ Counsel* 2001; 45:119-126.
34. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechet L, Chang T, Tseng E, et al. Medical students attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ* 2002; 36 (6): 568-574.
35. 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 Counsel* 2000; 39 (1): 49-59.
36. Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Azari R. When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *J Fam Pract* 2001; 50(12): 1057-1062.
37. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechet L, Chang T, Tseng E et al. Medical students attitudes toward patient-centered care and standardized patients' perceptions of humanism: a link between attitudes and outcomes. *Acad Med* 2001; 76(Supl. 10): S42-44.

CONFLITOS DE INTERESSE

Declarou não haver

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Mônica Freitas Ribeiro
 Faculdade de Medicina – Departamento de Clínica Médica
 Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – sala 4072
 30130-190 – Belo Horizonte – MG
 E-mail: mmonica@medicina.ufmg.br