



FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO
NA ÁREA DE SAÚDE

CARLA LEMOS DIAS

PROFISSIONALISMO MÉDICO NA PERSPECTIVA DO
PACIENTE: UM ESTUDO QUALITATIVO
IDENTIFICANDO CONTEÚDOS PARA INSTRUMENTO
DE AUTOAVALIAÇÃO DOS ESTUDANTES DE
MEDICINA

RECIFE

2019



FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO
NA ÁREA DE SAÚDE

CARLA LEMOS DIAS

PROFISSIONALISMO MÉDICO NA PERSPECTIVA DO
PACIENTE: UM ESTUDO QUALITATIVO
IDENTIFICANDO CONTEÚDOS PARA INSTRUMENTO
DE AUTOAVALIAÇÃO DOS ESTUDANTES DE
MEDICINA

Dissertação apresentada em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Educação para o Ensino na Área de Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde-FPS

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Taciana Duque

Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Reneide Muniz

Linha de pesquisa: planejamento, gestão e avaliação de estratégias educacionais

RECIFE

2019

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

D541p Dias, Carla Lemos

Profissionalismo médico na perspectiva do paciente: um estudo qualitativo identificando conteúdos para instrumento de autoavaliação dos estudantes de medicina. / Carla Lemos Dias; orientadora Taciana Duque; coorientadora Reneide Muniz. – Recife: Do Autor, 2019.

75 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde, 2019.

1. Pacientes. 2. Profissionalismo. 3. Estudantes de medicina. I. Duque, Taciana, orientadora. II. Muniz, Reneide, coorientadora. III. Título.

CDU 616-052:616-051

Curso: Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde

Avaliação de Defesa de Dissertação

Título:

“Profissionalismo médico na perspectiva do paciente: um estudo qualitativo identificando conteúdos para instrumento de auto avaliação dos estudantes de medicina”

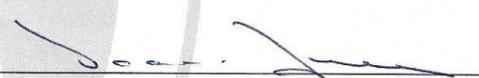
Orientadora: **Profa. Dra. Taciana Barbosa Duque - FPS**

Membros da Banca Examinadora:

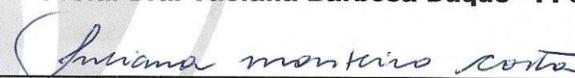
Profa. Dra. Taciana Barbosa Duque - FPS
Profa. Dra. Juliana Monteiro Costa - FPS
Prof. Dr. Paulo Roberto de Santana - UFPE

Analizando o trabalho escrito, a exposição oral e as respostas apresentadas às observações e questionamentos da arguição, a candidata **Carla Lemos Dias** foi considerada aprovada.

Recife, 27 de junho de 2019



Profa. Dra. Taciana Barbosa Duque - FPS



Profa. Dra. Juliana Monteiro Costa - FPS



Prof. Dr. Paulo Roberto de Santana - UFPE

05.834.842/0001-62
AECISA - Associação Educacional de Ciências da Saúde
Av. Marechal Mascarenhas de Moraes 4861
Imbiribeira - CEP: 51150-000
RECIFE - PE

Av. Mal. Mascarenhas
de Moraes, 4861 -
Imbiribeira, Recife - PE
CEP: 51150-000
Tel.: (81) 3035-7777 |
(81) 3312.7777
www.fps.edu.br

DEDICATÓRIA

*Aos pacientes, com esperança de que
a Medicina possa servi-los sempre
a partir dos seus princípios fundamentais.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Taciana, minha orientadora e à Professora Reneide, minha co-orientadora, pela competência, respeito e dedicação com que conduziram esse trabalho, acompanhando os passos da pesquisa sem deixar de oferecer liberdade suficiente para o meu aprendizado e desenvolvimento.

Aos colegas da turma do Mestrado em Educação na Área de Saúde agradeço pelos momentos compartilhados com tanta alegria, compromisso e entusiasmo com a Educação. Ainda quando era apenas uma pergunta de pesquisa, esse trabalho foi discutido nas aulas do mestrado e sou grata pela atenção e contribuição dos meus colegas e professores.

Agradeço especialmente às professoras Juliana Monteiro e Mônica Melo pelas valiosas contribuições na Qualificação do projeto e Pré-banca.

Desde 2014 tenho a oportunidade de trabalhar como docente na FPS. Reconheço e sou grata ao grupo de tutores com quem trabalho desde o início dessa jornada, Dani, Fred, Carlos, Ozanil, sempre comprometidos com excelência no processo de Ensino. Às coordenadoras, Raquel e Suênia, minha gratidão pela contribuição e incentivo à minha formação docente.

À minha família pelo acolhimento às minhas escolhas e pelo afeto sem medidas. Um especial agradecimento às minhas irmãs Ana e Dulcinha e também a minha irmã de afeto Isa, pela felicidade nas conquistas e pelo acolhimento nas intempéries.

Às minhas filhas, minhas meninas, “*que passam por mim e embarçam as linhas da minha mão*”. Agradeço por estarem na minha vida, permitindo um exercício diário de aprender a aprender, com os desafios de educar.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<i>ABIM</i>	<i>American Board of Internal Medicine</i>
<i>ABIM Foundation</i>	<i>American Board of Internal Medicine Foundation</i>
<i>ACP-ASIM Foundation</i>	<i>American College of Physicians-American Society of Internal Medicine Foundation</i>
CNE/CES	Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
IES	Instituições de Ensino Superior
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof Fernando Figueira
FPS	Faculdade Pernambucana de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SUS	Sistema Único de Saúde

RESUMO

Introdução: O profissionalismo médico tem se tornado tema preocupante nas sociedades médicas, inclusive internacionalmente, que apontam o seu declínio, tornando o desenvolvimento dessa competência um desafio para as escolas médicas. O ensino do profissionalismo precisa compreender aspectos individuais, interpessoais e socioculturais, respeitando sua constituição multidimensional. Deve contemplar o olhar de todos os envolvidos, refletindo a relação entre a medicina e a sociedade. Instrumentos que pretendem avaliar o desenvolvimento do profissionalismo devem alcançar a perspectiva do paciente sobre o tema, respeitando os princípios fundamentais do profissionalismo: bem estar do paciente; autonomia do paciente; justiça social. **Objetivo:** Compreender o profissionalismo médico na perspectiva do paciente e identificar “conteúdos” para compor um instrumento de autoavaliação de estudantes de medicina. **Método:** abordagem qualitativa, com entrevistas áudio-gravadas e semiestruturadas, produzidas em outubro de 2018 com pacientes do ambulatório de Clínica Médica de um hospital da rede pública de saúde em Recife. O referencial teórico metodológico considerou a análise de conteúdo temática, realizada em três etapas: pré análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP conforme Parecer N° 2.766.207 e CAAE 90822418.5.0000.5201. O pesquisador declara a ausência de conflitos de interesses. **Resultados:** Foram entrevistados nove pacientes, com idades entre 22 e 65 anos, com escolaridade variando entre analfabetos e pós graduados. Os pacientes opinaram que a realização do exame físico, a análise dos exames complementares e gostar do que faz estão associados com o bom médico. Conhecer a vida do paciente, como vivem, orientar sobre os cuidados que devem e o que não devem fazer foram atitudes esperadas pelos pacientes. Valorizam o olhar nos olhos, a escuta e relacionam essas atitudes a uma maior chance de diagnosticar corretamente e de aplicar bem o conhecimento. **Conclusão:** Um instrumento de autoavaliação de estudantes deve contemplar aspectos do exercício da medicina, da contextualização e individualização do paciente e também características pessoais dos médicos. O exame físico e a análise dos exames complementares são deveres do exercício da medicina e devem ser observados quanto ao seu significado para os pacientes. A visão global do paciente tem um impacto positivo na correta aplicação do conhecimento e a satisfação com a profissão favorece o dever profissional. Perceber o paciente na sua integralidade, observar os resultados da comunicação verbal e não verbal e refletir sobre a equidade são atitudes vinculadas ao profissionalismo médico. Buscar uma relação respeitosa e empática assim como acolher, valorizando o olhar e a escuta, são habilidades essenciais para a competência médica e para o cumprimento dos deveres e responsabilidades profissionais. Ao final da dissertação, e como produto da pesquisa, foram sugeridas atitudes de profissionalismo para compor um instrumento de autoavaliação pelos estudantes. Um roteiro com o passo a passo do processamento de dados foi produzido como produto educacional de apoio à análise temática. **Palavras-chaves:** pacientes; profissionalismo; estudantes de medicina.

ABSTRACT

Introduction: Medical professionalism has become a matter of concern in medical societies, including internationally, which point to its decline, making the development of this competence a challenge for medical schools. The teaching of professionalism must understand individual, interpersonal and sociocultural aspects, respecting its multidimensional constitution. It must contemplate the eyes of all involved, reflecting the relationship between medicine and society. Instruments that aim to evaluate the development of professionalism should reach the patient's perspective on the subject, respecting the fundamental principles of professionalism: patient well-being; autonomy of the patient; social justice. **Objective:** To understand medical professionalism from the perspective of the patient and to identify "contents" to compose a self-assessment instrument for medical students. **Method:** qualitative approach, with audio-taped and semi-structured interviews, produced in October 2018 with patients from the clinic of a public health hospital in Recife. The theoretical methodological reference considered the analysis of thematic content, carried out in three stages: preanalysis; exploitation of the material; treatment of results obtained and interpretation. The project was approved by the Ethics and Research Committee of the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP according to Opinion No. 2.766.207 and CAAE 90822418.5.0000.5201. The researcher declares the absence of conflicts of interest. **Results:** Nine patients, aged between 22 and 65 years, with education varying between illiterates and postgraduates, were interviewed. Patients felt that performing the physical examination, analyzing the complementary exams and liking what they do are associated with the good doctor. Knowing the life of the patient, how they live, guiding them about the care they should and should not do were expected by patients. They value eye contact, listening, and relate these attitudes to a greater chance of correctly diagnosing and applying knowledge well. **Conclusion:** A student self-assessment tool should contemplate aspects of the practice of medicine, the contextualization and individualization of the patient and also the personal characteristics of the physicians. The physical examination and the analysis of the complementary examinations are duties of the exercise of the medicine and must be observed as to their meaning for the patients. The patient's global vision has a positive impact on the correct application of knowledge and satisfaction with the profession favors professional duty. Perceiving the patient in its entirety, observing the results of verbal and non-verbal communication and reflecting on equity are attitudes linked to medical professionalism. Seeking a respectful and empathetic relationship as well as welcoming, valuing the look and listening, are essential skills for medical competence and for the fulfillment of professional duties and responsibilities. At the end of the dissertation, and as a research product, attitudes of professionalism were suggested to compose an instrument of self-assessment by the students. A step-by-step roadmap of data processing was produced as an educational product in support of thematic analysis.

Keywords: patients; professionalism; medical students.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	1
II. OBJETIVOS	12
2.1. Geral	12
2.2. Específicos.....	12
III. MÉTODO	13
3.1 Desenho do Estudo	13
3.2 Local do Estudo	13
3.3 Período do estudo	13
3.4 População do estudo	13
3.5 Coleta de Dados.....	14
3.6 Processamento e análise dos dados	15
3.7 Aspectos Éticos	17
IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
V. CONCLUSÕES	38
VI. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES	41
VII. REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	47
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .	47
APÊNDICE 2 - ROTEIRO DA ENTREVISTA	51
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	58
ANEXO B – REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA	61

I. INTRODUÇÃO

O termo profissionalismo médico tem uma definição variável e uma pluralidade de significados.¹⁻⁶ A *American Board of Internal Medicine – ABIM* define profissionalismo médico como a “*expressão diária do desejo de ajudar pessoas e a sociedade como um todo, proporcionando cuidados de saúde de qualidade aos que necessitam*”. Conceitos como responsabilidade, dever, altruísmo, excelência, honra, integridade e respeito são valores relacionados ao profissionalismo médico.^{1,2}

A competência técnico-científica vincula-se à competência humana do profissional, legitimando o contrato social do médico com a sociedade por ele assistida. O criterioso uso da comunicação; do conhecimento; de habilidades técnicas; de raciocínio clínico; da emoção, valores, ética e a reflexão na prática diária articulam um conjunto de competências que definem o profissionalismo.^{3,4} A confiança na profissão médica está fragilizada e a percepção do médico virtuoso modificou ao longo da história. Embora a medicina tenha alcançado maiores índices de cura, a visão do “bom médico” pela sociedade não tem tido a mesma tendência crescente. O foco nas dimensões procedurais da conduta médica pode ajudar a explicar este declínio.^{2,4}

A dicotomia entre um paradigma racionalista e outro intuicionista repercute na educação médica quanto à ética e o profissionalismo. O campo racionalista, defende que um bom comportamento e julgamento moral resultam de um processo de consciência, reflexão e diálogo racional. O raciocínio moral desenvolve habilidades para analisar e resolver dilemas éticas. O campo intuicionista assume que ações habitadas, ativadas por emoções, virtudes, intenções morais inatas formam a educação do caráter. O intuicionista fortalece a abordagem virtuosa acreditando que o foco da educação médica deve ser a motivação moral e não a razão moral, fortalecendo cultivar a virtude para que ocorre o desenvolvimento moral.⁴

Uma visão tripartite do profissionalismo surge para explicar as dimensões desse complexo conceito: o profissionalismo individual; o interpessoal e o socioinstitucional.^{5,6} A dimensão individual entende o profissionalismo como uma característica pessoal, estável, adquirida ou aprendida. Neste ponto de vista, o comportamento precoce prediz o comportamento futuro e supõe um tipo pessoal adequado para a profissão. A visão interpessoal emerge de uma interação contextualizada entre os indivíduos. Este entendimento aponta que o comportamento e a atitude desejada não seriam necessariamente constantes, pois os valores podem entrar em conflito e a decisão final está condicionada à especificidade da situação. O indivíduo pode ser julgado como profissional em uma situação mas não em outra. O profissionalismo, como referência socioinstitucional, relaciona-se às expectativas sociais, à organização cultural e às normas de trabalho em grupo e é estabelecido pelas expectativas de uma sociedade em relação a uma profissão.^{5,6}

Preocupados em restaurar a confiança pública na categoria médica, ajudar os médicos em dilemas éticos e reafirmar o compromisso prioritário do médico com as demandas do doente, comunidades médicas internacionais redigiram a Carta do Profissionalismo Médico, 2002, em um projeto da *American Board of Internal Medicine* – ABIM. A Carta foi produto de grupos de trabalho, ao longo de anos, com participação da *ABIM Foundation*, da *ACP–ASIM Foundation*, e da *European Federation of Internal Medicine*. Três princípios centrais são abordados e devem ser aspirados por todo profissional médico: a primazia do bem estar do paciente; a autonomia do paciente e a justiça social. Uma nova percepção de profissionalismo movimenta uma reforma nos cuidados com a saúde onde a busca pelo bem estar do paciente e pela justiça social estão presentes tanto na mão de obra médica quanto nos sistemas de saúde, independente do sistema político e da diversidade cultural do local. A Carta ressalta, ainda, que o

profissionalismo é a base do contrato entre a medicina e a sociedade sendo essencial uma relação de confiança entre ambos.²

O profissionalismo nos últimos vinte anos é compreendido como uma competência a ser desenvolvida e monitorada pelas escolas médicas, não mais como parte de um currículo oculto.⁵⁻⁷ A sociedade garantiu autonomia da profissão médica acreditando que o médico coloca o bem estar do paciente antes do seu próprio e que o profissional é auto regulado por princípios éticos. O que deve ser aprendido depende do contexto em que o aluno vive (social, cultural). O currículo deve buscar que o aluno desenvolva habilidades necessárias para continuar o desenvolvimento do profissionalismo em sua carreira.⁷ O desafio de ensinar, monitorar e avaliar essa competência pede a integração do profissionalismo no currículo médico como uma construção em etapas, iniciando pela definição institucional do profissionalismo e propondo estratégias de ensino, aprendizagem e avaliação desta competência.⁷

Um estudo conduzido pela *Mayo Clinic School of Medicine* investigou o enquadramento do termo profissionalismo em mais de 140 escolas médicas americanas, procurando se havia diferença do termo entre as escolas e se isso teria relação com as bases institucionais de cada uma delas. Os pesquisadores acessaram as *webpages* das escolas, procurando pela palavra Profissionalismo. A busca foi feita iniciando prioritariamente pela homepage da escola, depois pela declaração de missão e valores e por fim, no manual do estudante. Uma vez encontrado, o link foi categorizado em quadros do profissionalismo como Integridade, Respeito, Excelência, Comportamento, Negócios, Misto, Incerto e Ausente. As escolas foram divididas de acordo com a área geográfica e, também, se públicas ou privadas. O termo Profissionalismo foi encontrado em quase 90% das escolas e a categoria Integridade englobou a maioria das declarações. Não houve diferenças substanciais entre públicas e privadas. Nenhuma escola foi categorizada como

Negócios. O pesquisador assinala que embora as escolas médicas estejam preocupadas com o ensino do profissionalismo, existem poucos registros de como essas escolas enquadram esse termo. Considerando as diferenças encontradas entre as escolas, o autor indica a dificuldade em usar o termo Profissionalismo em declarações e avaliações pelas diferenças de significado para instituições e pessoas.⁸

Alguns instrumentos, a seguir discutidos, foram desenvolvidos e adequados a um determinado contexto sociocultural, revelando aspectos distintos do profissionalismo a partir de diferentes perspectivas e estratégias.

Pesquisadores de universidades da Arábia Saudita, Egito, Reino Unido e Holanda construíram e validaram um instrumento para avaliar atitudes de profissionalismo em estudantes de medicina, chamado *The Learners' Attitudes on Medical Professionalism Scale (LAMPS)*. Foi o primeiro instrumento para o contexto da Arábia, respeitando sua cultura, tradição, crenças e comportamentos. A construção do instrumento foi realizada em etapas: inicialmente 32 especialistas forneceram definições sobre os domínios do profissionalismo (incluindo os da ABIM e um outro encontrado em estudo prévio); a seguir os autores construíram 35 itens de comportamento com atitudes de profissionalismo relacionadas a cada um dos domínios, na tentativa de operacionalizar os domínios em itens de comportamento. Os especialistas distribuíram os itens dos autores em apenas um dos domínios e também puderam construir novos itens. Um teste piloto, com os itens de comportamento, foi aplicado em estudantes do Egito e da Arábia Saudita, a partir de uma escala de Likert onde os estudantes assinalavam a concordância/discordância entre a associação do item ao domínio indicado. Os autores justificaram a inclusão de estudantes do Egito pois ¼ dos Árabes vivem naquele país. A consistência interna foi considerada aceitável a partir de um alfa de Cronbach > 0.70 . Ao final, o instrumento foi composto por 28 itens de comportamentos divididos em cinco

domínios de atitudes de profissionalismo. Os autores defendem que o profissionalismo tem íntima relação com a realidade social e um instrumento de avaliação não pode ser desenvolvido fora do contexto real.⁹

Um outro instrumento desenvolvido e validado para avaliar atitudes de profissionalismo entre estudantes de medicina nos Estados Unidos foi elaborado por Blackall e colaboradores¹⁰. Os autores são da *Pennsylvania State University College of Medicine (PSCOM), USA* e o objetivo do estudo foi descrever o desenvolvimento, estimativa de confiabilidade e validação do instrumento para medir atitudes de profissionalismo entre estudantes de medicina. Após análise estatística de intercorrelação dos itens do instrumento, os fatores propostos pela ABIM foram modificados, resultando em sete dimensões (altruísmo, confiabilidade, dever, honra e integridade, respeito, enriquecimento e equidade). Os autores apontam que os domínios propostos pela ABIM devem ser ajustados para refletir acuradamente a percepção dos respondedores e ressaltam que o instrumento avaliou atitudes e não comportamento, exigindo uma interpretação cautelosa. O estudo também alerta que o instrumento possibilita uma avaliação de atitude momentânea e pontual.

Na Eslovênia, Klemenc-Ketis e Vrecko¹¹ desenvolveram e validaram uma escala para avaliar o profissionalismo em estudantes de medicina. O estudo foi construído a partir de uma pesquisa qualitativa com grupos focais composto por estudantes e uma pesquisa Delphi com especialistas em medicina da família. A partir de segmentos da transcrição dos grupos focais foram conhecidos itens relevantes na avaliação do profissionalismo. Os participantes da pesquisa Delphi definiram a inclusão, exclusão ou edição dos itens; indicaram a clareza e pertinência dos itens resultando num instrumento final com 32 itens. O instrumento foi aplicado a estudantes e após análise fatorial revelou três fatores: empatia/humanismo; relacionamento/desenvolvimento profissional e

responsabilidade sendo a ferramenta considerada válida e com confiabilidade interna aceitável, podendo avaliar profissionalismo em estudantes da graduação em medicina. Alguns itens foram indicados como de elevada importância como: o mau humor do médico não deve afetar a relação com o paciente; o médico deve ser respeitoso com o paciente; é dever do médico expressar sua opinião de forma que o paciente possa aceitar e compreender; é dever do médico preservar a confidencialidade do paciente. Dois itens foram percebidos como de menor importância: o médico nem sempre sabe o que é melhor para o paciente; o médico deve ser franco com o paciente se há algo que ele não conheça.

O artigo de Klemenc-Ketis e Vrecko foi questionado por um crítico, da *Leiden University Medical Center (LUMC)*, na Holanda, que em uma carta redigida à revista indagou: *qual objeto uma escala de avaliação de profissionalismo mede?* Defendendo um modelo de avaliação com diferentes perspectivas, o autor explica que a resposta para quais são as qualidades essenciais do profissional médico, depende da perspectiva avaliada e que a incorporação da opinião do paciente eleva a magnitude de uma escala de avaliação do profissionalismo¹².

A habilidade de comunicação dos médicos graduados foi avaliada em um estudo quantitativo, realizado no Iemen¹³. A população estudada foi composta por 315 pacientes e 105 médicos. Os profissionais consentiram em ter suas performances avaliadas e desconheciam quais dos seus pacientes participavam do estudo. Os resultados categorizaram o profissionalismo médico no nível bom. O estudo mostrou, ainda, que os grupos de pacientes mais jovens e com mais elevado nível educacional foram mais críticos na avaliação. Escores mais altos foram associados às habilidades de comunicação e os escores mais baixos relacionavam-se à tomada de decisão.

A valorização da fala do paciente colabora para o alcance do princípio da autonomia e permite um melhor entendimento e amadurecimento da relação médico-

paciente¹⁴, conforme assinala uma pesquisa feita no Instituto de Medicina Integral Prof Fernando Figueira (IMIP). O estudo foi qualitativo, feito através de entrevistas com pacientes internados na enfermaria e que vivenciaram ao menos uma visita médica em grupo à beira do leito. Os pacientes relacionaram o objetivo da visita ao ensino médico e à assistência ao paciente, adjetivando-a como “bom” e “bonito”. Poucos pacientes consideraram a visita como algo negativo. Diversos relatos revelaram distanciamento na comunicação e relação dos médicos com os pacientes, transmitindo a estes uma ideia de que a visita era um espaço dos médicos, um momento *sobre* o paciente mas não *com* o paciente. A pesquisa sinaliza a importância de estreitar a comunicação triangular médico-estudante-paciente para o desenvolvimento da autonomia do paciente, respeitando sua participação ativa e sua singularidade. A perspectiva do paciente sobre as práticas médicas é elemento contributivo para melhorar a formação profissional¹⁴, adequando-a aos preceitos do Sistema Único de Saúde – SUS e à Política Nacional de Humanização (PNH)¹⁵. A PNH foi criada em 2003 e prevê a participação dos usuários no processo de produção de saúde, fomentando a autonomia desses sujeitos. Uma das Diretrizes do Humaniza SUS é a Clínica Ampliada e Compartilhada que procura contribuir para uma abordagem do adoecimento e do sofrimento, respeitando a singularidade do sujeito, qualificando o diálogo entre o usuário e os profissionais de saúde.¹⁵

Programas de reforma educacional médica têm valorizado a perspectiva do paciente e buscado entender os fatores determinantes para a sua satisfação. No Japão, um estudo revelou aspectos positivos de uma reforma curricular quanto às habilidades de comunicação dos estudantes.¹⁶ A pesquisa envolveu a satisfação do paciente ambulatorial, antes e após a implementação da reforma, através da aplicação de um questionário de satisfação do paciente (*Patient Satisfaction Questionnaire - PSQ*), desenvolvido pela ABIM. A reforma curricular mudou drasticamente, com a substituição

de um modelo centrado no professor para um modelo integrado e centrado no aluno. Um programa intitulado “IHC” (*Introduction to Health Care*), conduzido nos primeiros anos da educação pré-clínica teve a carga horária aumentada de 30 para 120h e a reforma também implantou um programa *Problem Based Learning* (PBL). Os autores concluíram que a satisfação dos pacientes melhorou entre 1999 e 2009. Os melhores ganhos foram observados nas habilidades de encorajar/ responder questões e fornecer claras explicações.

No Brasil, os dispositivos legais que disciplinam a formação médica atentam para o desenvolvimento de amplas competências. A Resolução CNE/CES nº 3 de 20/06/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina, dispõe em seu artigo 3º:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença¹⁷

A avaliação de atitudes de estudantes de medicina no Brasil é objeto de estudo em algumas instituições de ensino superior, buscando cumprir a expectativa das DCN do Curso de Graduação em Medicina que reforçam a importância dos aspectos atitudinais na prática médica¹⁴.

Para o desenvolvimento e acompanhamento dos aspectos atitudinais dos estudantes de medicina, um grupo de pesquisadores da Universidade do Extremo Sul Catarinense - (Unesc), construiu uma escala atitudinal do tipo Likert, com cinco pontos, abordando cinco dimensões: social, ambiência, conhecimento, crenças e ética. A escala permitia indicar o nível de concordância com uma proposição que expressa algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico. Os itens foram construídos representando os construtos de interesse, sendo metade em termos favoráveis e metade

em termos desfavoráveis. Atitudes favoráveis expressam respostas positivas em relação a uma questão sobre o tema e as atitudes negativas concordam com aspectos desfavoráveis ao tema. A validação de conteúdo foi feita por docentes da área de medicina que avaliaram a semântica, a representação comportamental e a compreensão do item. Cada estudante realizou sua autoavaliação em dois momentos distintos e ao final da segunda avaliação um envelope não identificado, com as duas avaliações, foi disponibilizado para a análise. A confiabilidade da escala, medida pelo coeficiente de Cronbach, foi de 0.87. As atitudes foram categorizadas em positivas, negativas e conflitantes. O estudo revelou tendência de aspectos atitudinais positivos entre os estudantes e sinaliza a importância da construção de instrumentos que permitam avaliar a tendência atitudinal dos estudantes e promover as mudanças necessárias na formação médica.^{18,19}

O *feedback* de usuárias foi utilizado para avaliação das habilidades de comunicação, exame físico e profissionalismo de estudantes no estágio de Obstetrícia. A pesquisa foi feita a partir da resposta de gestantes, na Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP sendo realizadas entrevistas estruturadas e utilizado um questionário, construído em uma escala de Likert de cinco pontos, e adaptado do *Patient Perception Scale*, desenvolvido pela *Stritch School of Medicine*, Loyola University Chicago, EUA. Quanto às habilidades de comunicação, mais de 90% das gestantes concordaram que os estudantes usaram palavras compatíveis com seu entendimento. Os dois itens com menor concordância foram: “encorajou-me a perguntar” e “explicou o diagnóstico”. Na avaliação do exame físico, o pesquisador acredita que a falta de conhecimento técnico das pacientes pode ter influenciado o resultado e assinala que dados como pesquisa de anemia e de edema são mais difíceis de serem identificados pelas pacientes. Muitas gestantes não se recordaram sobre a lavagem das mãos, antes e após o exame físico, mas mesmo excluído

esse grupo, quase 20% discordaram da realização da lavagem pelos estudantes. Esse dado pode apontar para a dificuldade na incorporação dessa conduta. Quanto aos itens de profissionalismo, os alunos foram bem avaliados e mais de 70% concordou com os itens “transmitiu segurança”, “respeitou meus valores e crenças”, “causou-me impressão positiva, voltaria num médico assim e o recomendaria”. Nos resultados do trabalho predominaram respostas positivas e a avaliação dos alunos foi considerada boa na visão das usuárias. Os autores ressaltam a possibilidade de redução da eficiência do instrumento utilizado que pode ter falhado na detecção do *feedback* negativo, pela pouca variabilidade de resposta com altos níveis de satisfação. Acreditam que a empatia dos pacientes pelos alunos pode ter interferido no resultado devido ao sentimento de gratidão, descrito na literatura como *gratitude bias*.²⁰

A validação de conteúdo para um instrumento de avaliação de atitudes de profissionalismo em estudantes de medicina foi realizada em dissertação de mestrado pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). O estudo foi conduzido em duas fases e na primeira a pesquisadora identificou itens relevantes a partir de uma revisão de literatura, resultando em um questionário que foi construído em uma escala de Likert de cinco pontos. Os itens foram agrupados nas cinco dimensões: Responsabilidade e Deveres, Altruísmo, Excelência, Honra e Integridade, e Respeito, conforme a taxonomia de profissionalismo da ABIM. Na segunda fase da pesquisa, um painel composto por estudantes e preceptores de medicina foi formado para opinar sobre a relevância dos itens. O critério de consenso utilizado foi o Ranking Médio ≥ 4 e a análise da consistência interna dos itens foi calculada a partir do alfa de Cronbach. Ao final foram identificados 49 itens para compor um instrumento de avaliação de profissionalismo entre estudantes de medicina.²¹

O presente estudo procurou agregar a opinião do paciente sobre o profissionalismo médico a um instrumento em desenvolvimento pela FPS e que já revela a visão de estudantes e preceptores²¹, permitindo assim um olhar com múltiplas perspectivas. A pesquisa apresenta a realidade institucional e contextual, agregando a perspectiva do paciente a um instrumento de autoavaliação quanto ao profissionalismo, permitindo ao estudante aprimorar sua competência, servindo de guia para o aprendizado e direcionando o aluno para atitudes responsáveis, adequadas e comprometidas em um dado contexto sociocultural.

II. OBJETIVOS

2.1. Geral

Compreender a perspectiva do paciente sobre profissionalismo médico e identificar “conteúdos” para compor um instrumento de autoavaliação de estudantes de medicina.

2.2. Específicos

- Conhecer as atitudes que apontam o profissional como um bom médico
- Identificar itens de conteúdo de atitude para compor um instrumento de autoavaliação do profissionalismo entre estudantes de medicina

III. MÉTODO

3.1 Desenho do Estudo

O estudo é de natureza qualitativa e realizado a partir de entrevistas individuais. A escolha da abordagem se justifica pela aproximação do estudo com a Ciência Social e o caráter dinâmico da humanidade, buscando conhecer a subjetividade da questão e a riqueza de seus significados em um contexto histórico e social, condição que não poderia ser numericamente mensurada.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no ambulatório de Clínica Médica de um hospital da rede pública de saúde do Recife. A proposta inicial seria a realização de entrevistas em outros ambulatórios, de Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia e Oncologia. Considerando as limitações logísticas de realizar entrevistas em mais de uma especialidade e entendendo que o paciente entrevistado no ambulatório de Clínica Médica também frequenta os demais espaços de ambulatório, foi optado pela realização de entrevistas apenas nos ambulatórios de Clínica Médica.

3.3 Período do estudo

O estudo foi realizado entre março de 2018 e maio de 2019 e a coleta em outubro de 2018.

3.4 População do estudo

A população do estudo foi composta por nove pacientes dos ambulatórios do IMIP, na especialidade de Clínica Médica.

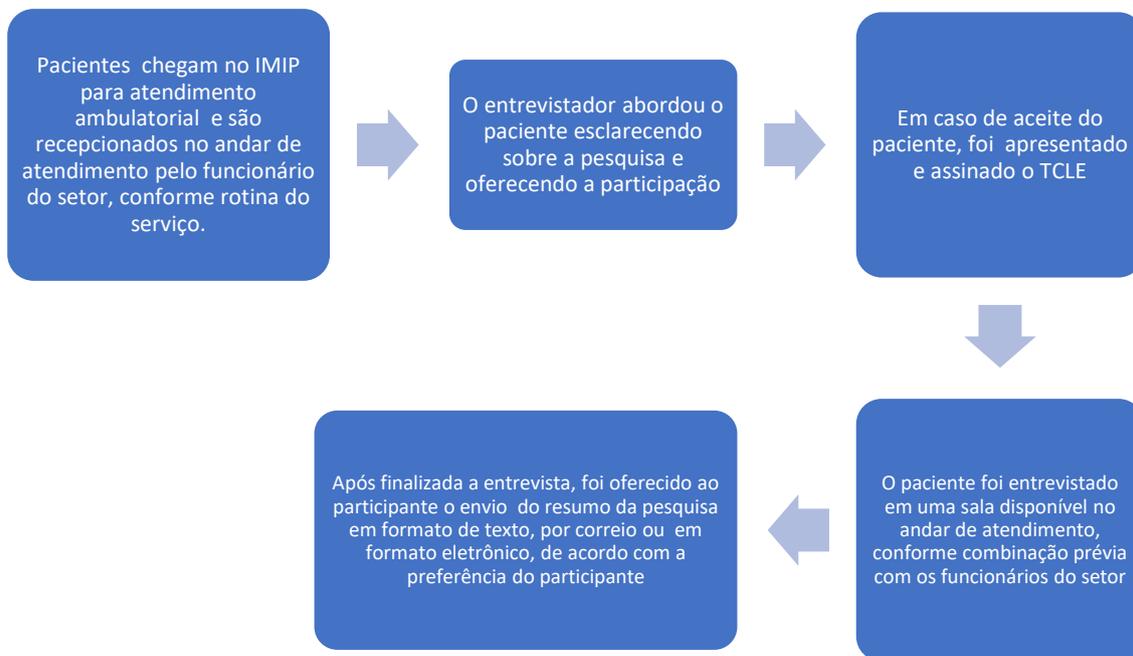
Essa amostra não foi pensada por quantidade e sim fruto de um reflexivo processo, respeitando inclusive os limites de tempo. Na tentativa de oferecer clareza para esta definição, seguem algumas considerações na decisão do número de participantes: a) foi observada elevada magnitude dos fenômenos, no que se refere a sua intensidade,

riqueza e profundidade, característica essencial da pesquisa qualitativa; b) as interlocuções individuais foram também compreendidas como revelações do grupo em que estão inseridas, no mesmo contexto histórico-cultural, sendo o indivíduo percebido como uma síntese do seu contexto socio-histórico. Esse aspecto é defendido por Minayo ao concluir que as informações prestadas por pessoas num tema de pesquisa podem representar o conjunto, quando determinadas precondições forem observadas²²; c) todos os pacientes entrevistados cumpriam as precondições uma vez que estavam inexoravelmente vinculados à dimensão do objeto (pergunta de pesquisa); d) a amostra contemplou os sujeitos sociais de forma diversa, no que se refere ao gênero, idade, escolaridade; e) por fim, importante ressaltar que, informalmente, a pergunta de pesquisa vem sendo elaborada desde a sua construção e não é possível dissociar o senso comum, observado a partir dessa informalidade, do encontrado nas entrevistas individuais realizadas. Esta última consideração é também compartilhada por Minayo ao explicar a influência das entrevistas informais no entendimento do referencial teórico, aproximando o objeto pesquisado da realidade²². Ao final das entrevistas, um corpo de pesquisa, suficientemente defensável, estava constituído.

3.5 Coleta de Dados

O referencial teórico metodológico para a construção do objeto de pesquisa e para a análise do material coletado teve como instrumento de coleta a entrevista individual semiestruturada, para análise de conteúdo temática (Minayo, 2016).²³ Os pacientes eram maiores de 18 anos e vinham em atendimento no IMIP por período maior ou igual a dois anos. Foi considerada impedida a participação dos pacientes acompanhados pela pesquisadora, fato que foi verificado no sistema de registro de atendimento no ambulatório e também perguntando ao paciente, antes da entrevista. Para realização das entrevistas foi utilizado um roteiro de perguntas, visando a compreensão do termo

“profissionalismo” (APÊNDICE 2 – roteiro da entrevista). As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador em um dos consultórios dos ambulatórios, disponível para esta atividade, sem prejuízo ao andamento do setor.



Os pacientes foram abordados ao chegarem para atendimento nos ambulatórios quando se apresentavam no balcão do andar, conforme a rotina do setor. Individualmente, os pacientes foram informados sobre a pesquisa e oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE 1).

Foi oportunizado ao entrevistado o recebimento do resumo da pesquisa, após o término da mesma, via correios ou e-mail, de acordo com a preferência do participante.

Fluxograma de captação e acompanhamento dos participantes:

3.6 Processamento e análise dos dados

As bases do tratamento dos dados seguiram três etapas: a descrição, a análise e a interpretação dos dados.

O *tema* foi entendido como uma unidade de significação, tendo uma validade de ordem subjetiva. A análise temática permitiu descobrir os *núcleos de sentido* e foi realizada em três etapas:

1ª etapa: pré análise. Nesta etapa foi realizada uma leitura flutuante de cada uma das entrevistas individuais, onde o pesquisador estabeleceu um contato direto e intenso com o material. A transcrição das entrevistas foi feita pelo próprio pesquisador e cada entrevista foi analisada individualmente, buscando os recortes de falas com significado para o tema pesquisado. Assim, foram identificadas as unidades de análise de cada entrevista, representadas por fragmentos das falas dos participantes.

2ª etapa: exploração do material. Visou alcançar o núcleo de compreensão do texto, buscando categorias para organizar os conteúdos das falas. Recortes *ipsis litteris* das entrevistas foram destacados representando as unidades de análise. Cada unidade de análise foi estudada buscando o seu significado e em alguns recortes foram reconhecidos mais de um significado. A partir da convergência dos significados das falas foram identificadas subcategorias, agrupadas posteriormente em três categorias a partir de diferentes aspectos do profissionalismo. Essa categorização respondeu às normas de validade quanto à exaustividade (dando conta de todo o material observado); exclusividade (cada unidade pertencia a uma única categoria); pertinência (com o objeto de pesquisa) e representatividade (sujeito social considerado).

3ª etapa: tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesta etapa foi realizada a descrição das categorias, as inferências dos achados das mesmas e as suas interpretações. Foi possível identificar se os temas encontrados correspondiam às dimensões teóricas, *a priori*, propostas pela ABIM (*American Board of Internal Medicine*). Para a inferência, o pesquisador se fez algumas indagações, por exemplo: como surgiram as dimensões da ABIM? Os aspectos das dimensões da ABIM podem ser

identificados nas unidades de análise desse estudo, ou alguma dimensão não foi observada? As subcategorias encontradas no estudo podem ser relacionadas com as dimensões da ABIM, de forma exclusiva? É possível identificar, em cada uma das categorias do estudo, aspectos distintos do profissionalismo médico? É possível observar, em cada uma das categorias, aspectos relevantes para o desenvolvimento do profissionalismo? A interpretação se fundamentou na síntese da questão de pesquisa, dos resultados obtidos, das inferências realizadas, das informações provenientes de outros estudos e da perspectiva teórica adotada.

3.7 Aspectos Éticos

O pesquisa foi realizada em conformidade com a Resolução do CNS Nº 510/16²⁴ e foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof Fernando Figueira – IMIP, conforme Parecer Nº 2.766.207 (ANEXO A)

O pesquisador responsável mantém os dados da pesquisa em arquivo, físico e digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa, conforme disposto na Resolução do CNS nº 510/16.

Os benefícios da pesquisa foram relacionados à sua contribuição na formação do estudante favorecendo a melhoria da relação médico-paciente e também no desenvolvimento de atitudes de comportamento profissional adequadas. O constrangimento eventualmente causado e o tempo gasto com a pesquisa foram diminuídos com a garantia do anonimato e a realização das entrevistas em horário mais adequado possível para o paciente.

O pesquisador declara a ausência de conflito de interesses na pesquisa.

IV. RESULTADOS

Nesta seção, atendendo as normas do programa de Pós-graduação da Faculdade Pernambucana de Saúde, os resultados e a discussão da pesquisa serão apresentados no formato de artigo original.

Artigo a ser submetido à Revista Brasileira de Educação Médica (instruções aos autores no ANEXO B), com classificação B1 no Qualis, quadriênio 2013-2016, para área de atuação: Educação.

Título resumido: Profissionalismo médico na perspectiva do paciente

Profissionalismo médico na perspectiva do Paciente: um estudo qualitativo

Medical professionalism from the perspective of the patient: a qualitative study

RESUMO

Objetivo: Compreender o profissionalismo médico na perspectiva do paciente e identificar “conteúdos” para um instrumento de autoavaliação de estudantes. **Método:** abordagem qualitativa, com nove entrevistas individuais e uma análise temática. **Aspecto Ético:** O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof Fernando Figueira – IMIP conforme Parecer Nº 2.766.207. Conflitos de interesse ausentes. **Resultados:** Realizar o exame físico, analisar os exames complementares e gostar do que faz refletem o bom médico. Os pacientes esperam que o bom profissional conheça como eles vivem, como adoecem. Olhar nos olhos, escutar com atenção são atitudes associadas a uma maior chance de diagnosticar corretamente e de aplicar bem o conhecimento. **Conclusão:** Atitudes de profissionalismo se associam ao bom exercício da medicina, à busca pela individualidade do paciente no seu contexto pessoal, social e familiar e em características pessoais dos médicos.

Palavras-chaves: pacientes; profissionalismo; estudantes de medicina.

Abstract

Objective: To understand medical professionalism from the perspective of the patient and to identify "contents" for a student self-assessment tool. **Method:** qualitative approach, with individual interviews and a thematic analysis. **Ethical Aspect:** The project was approved by the Ethics and Research Committee of the Instituto de Medicina Integral Prof Fernando Figueira - IMIP according to Opinion No. 2.766.207. Conflicts of interest absent. **Results:** Perform the physical examination, analyze the complementary exams and like what you do reflect the good doctor. Patients expect the good professional to know how they live, how they get sick. Look into the eyes, listen carefully are attitudes associated with a greater chance of correctly diagnosing and applying knowledge well. **Conclusion:** Attitudes of professionalism are associated with the good exercise of medicine, the search for the individuality of the patient in their personal, social and family context and in the personal characteristics of the physicians.

Key-words: Patients; professionalism; medical students.

INTRODUÇÃO

A American Board of Internal Medicine (ABIM) define que profissionalismo médico é “a expressão diária do desejo de ajudar pessoas e a sociedade como um todo, proporcionando cuidados de saúde de qualidade aos

que necessitam". Conceitos como responsabilidade, dever, altruísmo, excelência, honra, integridade e respeito são valores relacionados ao profissionalismo médico.¹⁻⁶

A confiança na profissão médica está fragilizada e a percepção do médico virtuoso modificou ao longo da história. Embora a medicina tenha alcançado maiores índices de cura, a visão do "bom médico" pela sociedade não tem tido a mesma tendência crescente. O foco nas dimensões procedurais da conduta médica pode ajudar a explicar este declínio.⁴

Preocupados em restaurar a confiança pública na categoria médica, ajudar os médicos em dilemas éticos e reafirmar o compromisso prioritário do médico com as demandas do doente, comunidades médicas internacionais redigiram a Carta do Profissionalismo Médico, 2002, em um projeto da ABIM². A Carta foi produto de grupos de trabalho, ao longo de anos, com participação da *ABIM Foundation*, da *ACP-ASIM Foundation*, e da *European Federation of Internal Medicine*. Três princípios centrais são abordados e devem ser aspirados por todo profissional médico: a primazia do bem estar do paciente; a autonomia do paciente e a justiça social. Uma nova percepção de profissionalismo movimenta uma reforma nos cuidados com a saúde onde a busca pelo bem estar do paciente e pela justiça social estão presentes tanto na mão de obra médica quanto nos sistemas de saúde, independente do sistema político e da diversidade cultural do local. A Carta ressalta que o profissionalismo é a base do contrato entre a medicina e a sociedade sendo essencial uma relação de confiança entre ambos.²

O profissionalismo nas últimas duas décadas é compreendido como uma competência a ser desenvolvida e monitorada pelas escolas médicas, não mais como parte de um currículo oculto.⁵⁻⁷ A integração do profissionalismo no currículo médico vem sendo proposta como uma construção em etapas, iniciando pela definição institucional do profissionalismo e propondo estratégias de ensino, aprendizagem e avaliação desta competência.⁷ Uma pesquisa feita pela *Mayo Clinic* procurou o termo Profissionalismo em mais de 140 escolas, investigando a *webpage*, o plano de missão e valores e o manual do aluno. O termo foi encontrado em mais de 90% das escolas, mas existem pouco dados de como elas enquadram o profissionalismo. Os autores dessa pesquisa

apontam a dificuldade no uso do termo pelos diferentes significados entre instituições e pessoas⁸.

O profissionalismo tem íntima relação com a realidade social e um instrumento de avaliação não pode ser desenvolvido fora do contexto real.^{9,10} A busca sobre itens relevantes quanto a atitudes de profissionalismo é uma preocupação das escolas médicas no mundo. Pesquisa entre estudantes de graduação e especialistas em medicina da família ressaltou a importância da empatia/humanismo; relacionamento/desenvolvimento profissional e responsabilidade.¹¹ Na busca por atitudes de profissionalismo, a ausência da opinião do paciente é criticada e alguns defendem que a incorporação da perspectiva do paciente eleva a magnitude de uma escala de avaliação do profissionalismo.^{12,13,14} A valorização da fala do paciente colabora para o alcance do princípio da autonomia e permite um melhor entendimento e amadurecimento da relação médico-paciente, respeitando o disposto na Política Nacional de Humanização (PNH).¹⁵

O entendimento dos fatores determinantes para a satisfação do paciente aponta que habilidades de comunicação dos estudantes, ao encorajar/responder questões e fornecer claras explicações, podem ser melhoradas com a substituição de um modelo centrado no professor para um modelo integrado e centrado no aluno.¹⁶

No Brasil, os dispositivos legais que disciplinam a formação médica atentam para o desenvolvimento de amplas competências, objetivando a formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética do graduando em medicina, contribuindo para o alcance da saúde integral do ser humano, valorizando a determinação social do processo saúde e doença¹⁷. Atentos ao desenvolvimento dessas habilidades em estudantes de medicina, Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil observam os aspectos atitudinais do profissionalismo.^{19,20,21}

Apresentamos a realidade institucional e contextual, agregando a perspectiva do paciente a um instrumento de autoavaliação do profissionalismo, em desenvolvimento por uma IES na cidade do Recife²¹, permitindo ao estudante aprimorar sua competência, servindo de guia para o aprendizado e direcionando o aluno para atitudes responsáveis, adequadas e comprometidas em um dado contexto sociocultural.

MÉTODO

O estudo é de natureza qualitativa, feito entre março de 2018 e maio de 2019, realizado a partir de nove entrevistas individuais com pacientes do ambulatório de clínica médica de um hospital escola da rede de saúde pública de Pernambuco. A definição da amostra considerou a magnitude dos fenômenos observados; as interlocuções individuais enquanto revelações do grupo em que estão inseridas²³; a representação dos sujeitos sociais pesquisados quanto ao gênero, idade, escolaridade; a riqueza, repetição e profundidade dos dados coletados; o senso comum, observado a partir da informalidade da pergunta de pesquisa feita a outros sujeitos envolvidos no tema, desde a elaboração do projeto.²²

As entrevistas foram semiestruturadas, áudio-gravadas e realizadas individualmente, com um roteiro de perguntas visando a compreensão das atitudes de profissionalismo pelo paciente.

O processamento do material coletado teve como referencial a análise de conteúdo temática (Minayo, 2016)²². As bases do tratamento dos dados seguiram três etapas: a descrição, a análise e a interpretação dos dados. O *tema* foi entendido como uma unidade de significação, tendo uma validade de ordem psicológica. Recortes *ipsis litteris* das entrevistas foram destacados formando as unidades de análise. A partir da convergência dos significados das falas emergiram as subcategorias, agrupadas posteriormente em três categorias, partindo de diferentes aspectos do profissionalismo. Essa categorização respondeu às normas de validade quanto à exaustividade, exclusividade, pertinência e representatividade. Foi realizada a descrição das categorias e as inferências dos achados das mesmas. O estudo obedeceu ao disposto na Resolução do CNS nº 510/1622^o e foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof Fernando Figueira (IMIP), sendo aprovado pelo Parecer Nº 2.766.207 e CAAE 90822418.5.0000.5201.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As idades dos entrevistados variaram entre 22 e 65 anos e a escolaridade entre analfabetos e pós-graduados, sendo seis mulheres e três homens. Após realizar a convergência dos significados delimitados nas unidades

de análise, foram definidas as categorias que revelaram três diferentes aspectos atitudinais do médico em relação ao profissionalismo:

a) no exercício da medicina:

Na opinião dos pacientes, o bom médico deve saber o que está fazendo, aplicar bem o conhecimento e indicar um tratamento que tenha resultado. Deve examinar o paciente e analisar os exames complementares. Os pacientes opinam que menores chances de erros diagnósticos estão associados a uma maior atenção por parte do médico, principalmente na escuta e no olhar. Os pacientes apontam que o bom médico deve gostar do que faz.

b) na contextualização e individualização do paciente:

Os pacientes indicam que o bom médico deve conhecer a vida do paciente, saber de sua realidade familiar, social e ter sabedoria para perceber o paciente na sua individualidade. O profissionalismo médico está associado à atitude de orientar o paciente, aconselhando o certo e o errado. O médico deve ser sensível à percepção de que o paciente pode não ter entendido, devendo indagar se o mesmo compreendeu. Deve ter sabedoria para conversar com o paciente, desvendando as coisas que ele não sabe ou não consegue dizer. O paciente espera que o médico conheça como ele vive. Para os pacientes, os médicos não devem diferenciar o Sistema Único de Saúde (SUS) do atendimento particular, não devem mudar de acordo com conveniências pessoais. O médico deve cuidar melhor dos idosos.

c) nas características pessoais dos médicos:

As entrevistas apontaram que, na opinião dos pacientes, as atitudes virtuosas que revelam o bom médico são: falar a verdade, ter paciência, não ser arrogante, ser humilde, não julgar. Fazer o paciente se sentir bem, ter um modo de receber e de conversar. Cumprimentar o paciente, agindo com respeito e compromisso. O médico não deve manter a atenção apenas na escrita, sem olhar o paciente. Os pacientes ressaltam, de forma bastante significativa e profunda, a importância do médico olhar e escutar o paciente, buscando o significado do olhar, como ferramenta para conhecer o que o paciente quer dizer. Deve ser pontual, dedicar-se ao caso até o fim. O bom profissional precisa ser sensível a situações com possíveis constrangimentos do paciente pela exposição aos estudantes.

A categorização feita nesse estudo assume um caráter pedagógico ao manifestar três diferentes aspectos do profissionalismo médico, compreendendo a importância de cada um e permitindo a construção de itens de atitude que devem ser melhor observados na formação do estudante. No entanto, cabe ressaltar a forte associação entre os aspectos de cada categoria, mostrando que emergem de uma mesma fala.

Dentre as categorias definidas na nossa pesquisa, as que envolvem de forma mais marcante as habilidades de comunicação, ou seja, aquelas associadas à visão contextual e singular e às características pessoais dos médicos, se destacaram nas falas dos pacientes. Essa observação é corroborada por um estudo que mostram escores de profissionalismo mais elevados nas habilidades de comunicação quanto comparadas com a habilidade de tomada de decisão.¹³

O exercício da medicina

A competência pode ser compreendida como um conjunto de habilidades de natureza diversa, com dimensões teórico-conceitual, psicomotora e afetiva. O modelo tradicional das escolas médicas segue uma base de conhecimentos teóricos, inspirados no Relatório Flexner, documento publicado no início do século 20 e responsável pela mais importante e impactante reforma nas escolas médicas. No entanto, fica cada vez mais evidente a importância do conhecimento produzido pela Epidemiologia, Psicologia, Antropologia e pela Comunicação Social para a construção da boa prática médica²⁵.

O modelo biomédico tem raízes no Renascimento, quando a arte de curar se desloca do indivíduo doente para o conhecimento das doenças. Filósofos como René Descartes (1596-1650) defendiam não aceitar como verdade o que não se pode provar, sustentando a separação mente-corpo.²⁶ O conceito de saúde como ausência de doença reflete a anatomia do século 19, onde o aprendizado ocorre com os corpos mortos, deixando evidente a negligência com a subjetividade do indivíduo doente. Esse processo é favorecido com o Relatório Flexner que consolida o modelo biomédico, trazendo a visão de saúde estreitamente relacionada a tecnologias diagnósticas e terapêuticas. A contraposição a este modelo surge com novas correntes que ressaltam problemas como insatisfação da clientela, doenças crônico-degenerativas,

drogadição, abusos sexuais, dificuldades escolares, conflitos familiares. A insuficiência do modelo biomédico vai ficando cada vez mais evidente, dando lugar a importância para o entendimento da subjetividade, dos aspectos psicossociais, educacionais e culturais na abordagem do paciente.²⁶

Nas entrevistas, percebe-se em muitas falas, a associação que o paciente faz entre ser percebido pelo médico, integralmente, e a boa aplicação do conhecimento, com menor chance de erros.

Às vezes ele pode até diagnosticar alguma coisa errada porque ele realmente não perguntou o que o paciente tinha e tudo mais (Homem, 28 anos).

Para os pacientes, o olhar, a escuta, o toque, o exame físico, a observação dos exames complementares são atitudes que caracterizam o bom médico e que permitem que ele aplique bem o conhecimento. A admiração e a satisfação com o exame físico revelam a dimensão que um ato médico, essencial para o exercício profissional e que deveria ser habitual, se destaca como característica que constitui o bom médico

Eu acho muito bonito quando um médico examina. Quando examina minha esposa, eu acho bonito também. Porque ele bota aquele aparelho, eu mesmo não sei nem para onde vai. Então eu acho muito bonito quando um médico faz aquilo. - Dá para o senhor deitar aqui? - Dá sim. Tira a pressão. Muitos aqui nem fazem. Ele vai, examina a gente. Eu acho muito bonito uma atitude dessa. Aqui, é raro, eu não sei se tem muito paciente para atender...pode ser também. (Homem, 48 anos)

A não realização do exame físico associada ao sentimento de distanciamento percebido pelo paciente, dificulta o desenvolvimento da autonomia, permitindo que uma associação entre a atitude do médico e o resultado do tratamento, fragilize a confiança do paciente no médico.

Assim, às vezes não olha nem os exames direito, não lhe atende bem, nem olha às vezes para você, nem examina, eu já fui para médico que passou remédio que para mim [...] não serviu (Mulher, 65 anos).

A habilidade de comunicação interpessoal é considerada uma competência necessária na formação do profissional de saúde. A má utilização da comunicação não verbal, independente da intencionalidade, pode trazer sequelas psicológicas e repercutir na decisão e motivação do paciente quanto ao envolvimento com a terapia proposta.²⁷ O fortalecimento do diálogo entre o usuário e o profissional é parte da política de humanização do SUS, melhorando a abordagem do adoecer e do cuidar.¹⁵

O paciente espera do médico um resultado satisfatório e vincula o bom médico ao tratamento que deu certo.

Ele (o médico) [...] eu nem sei... porque ele é bom, ele já chega tratando.... é porque realmente ele é assim, trata as pessoas bem....sobre remédio, medicamento que ele passa para mim, os medicamentos sempre deu certo (Mulher, 65 anos)

Por outro lado, uma boa relação médico paciente amplia a aderência ao tratamento, sendo a aderência entendida como um termo associado a autonomia de decisão do paciente e sua livre escolha no seguimento da prescrição.²⁶

Em um trabalho publicado em 1986, estudos com modelos centrados no paciente enfatizavam três aspectos da consulta: a) a agenda do médico, associada aos sintomas e à doença; b) a agenda do paciente, que inclui aspectos de experiência no adoecer; c) a integração dos dois aspectos. Os autores advertem que a falta de integração das agendas resulta em uma entrevista disfuncional que repercute na satisfação do paciente e também de forma negativa na adesão ao tratamento.²⁸

Pacientes opinam que o bom médico deve gostar do que faz para ter atitudes de profissionalismo. A percepção do bom médico, que gosta do que faz, é percebida pelo paciente e marca essa experiência para ele.

Ela tinha paciência, gostava de conversar, ela fazia as perguntas e eu respondia a ela. Eu gostava muito dela. Eu gostava muito dela como médica. Eu não me esqueço dela mais nunca.... Eu acho que o médico tem que ter assim [...] ele deve gostar da profissão como médico e gostar daquilo que ele está fazendo (Mulher, 48 anos)

O distanciamento em relação ao paciente, podendo espelhar uma insatisfação com sua profissão, pode refletir a preocupação do médico em diagnosticar doenças, em interpretar exames laboratoriais e em programar uma estratégia terapêutica que muitas vezes o afasta do doente e de sua subjetividade.²⁶ Sendo o paradigma biomédico o centro da consulta, observa-se que o aluno, no início da sua formação, aborda a perspectiva do paciente mas isso vai se modificando com o passar dos anos, com a preocupação em diagnosticar e tratar a doença.²⁶

A contextualização e a individualização do paciente

A perspectiva do médico, com o conhecimento do funcionamento do corpo e de como as doenças evoluem e se manifestam, deve ser somada à

perspectiva do paciente quanto à sua experiência ao adoecer e as repercussões no seu cotidiano.²⁶

A demanda pela visão social do médico, refletida na consulta, também foi identificada nessa pesquisa e as falas dos pacientes no nosso estudo mostram a expectativa do paciente em se fazer perceber, de forma global, como pessoa única e na sua realidade de vida. O paciente espera ser compreendido, de forma humanizada e acredita que o médico tem condições de saber o que ele tem, descobrindo até mesmo o que nem o paciente sabe.

Às vezes a gente chega num lugar e o médico vai saber o que ele deve perguntar. A gente às vezes não sabe tanto o que falar. Só chegar e falar, eu sinto isso, tal e tal. Às vezes vai além do que a gente imagina. E foi o que eu encontrei aqui. Vai além do que a gente imagina ... Conversou, perguntou tudo sobre minha vida, sobre meu dia a dia, me tratou com atenção de verdade. Um lado negativo do médico é a falta de atenção... O médico teria que ter essa arte, de chegar até aí, de ter esse dom, às vezes ele não tem, chegar e conversar, fazer esse rumo todo e encaminhar o paciente para o lugar melhor (Homem, 24 anos)

Ah...a atitude de um bom médico é ele puxar o assunto de nós, enfermidade que nós não temos, fazer uma pergunta, mais alguma coisa, senhor? Não. Porque às vezes, a gente conversando com o senhor a gente se intimida, esquece até da gente. Eu mesmo sou um desses, eu esqueço. Mas, se puxar assunto aí eu digo: me lembrei, senhor. Eu tenho isso aqui, doutora, eu tenho.... Isso é atitude de um médico bom. Puxar assunto, o que aconteceu, sua família o que houve? Qual foi o seu problema? De onde veio o problema seu? Tudo isso puxando de nós... Tem que ter sabedoria, saber tratar com o paciente, saber se dar, eu acho assim. Não é só chegar e passar um papel não. Assim é muito fácil. (Homem, 48 anos)

A incorporação, nos currículos de medicina, do conhecimento de Ciências Sociais e Humanas pode ser uma estratégia para aperfeiçoar o modelo centrado no paciente.²⁹ O graduado em medicina deve ter formação geral, humanística e ter como transversalidade em sua prática, a determinação do processo saúde doença.¹⁷ Para uma visão holística do paciente, garantindo sua autonomia, bem estar e justiça social, o médico precisa ampliar o seu olhar para além da doença. Apesar dos avanços que o modelo biomédico historicamente permitiu à ciência médica, um dos aspectos negativos do modelo é ter tornado o diagnóstico da doença preponderante sobre o doente. Um estudo que avaliou atitudes na relação médico-paciente, comparando estudantes brasileiros e norte americanos, encontrou que os estudantes brasileiros tiveram escores de atitudes

mais centrados no paciente, apesar da tendência em concentrar o poder no médico, negligenciando a autonomia do paciente.²⁹

Os pacientes esperam sensibilidade e respeito do médico quanto à lacuna de conhecimento deles. São expectativas que envolvem a capacidade do médico em se contextualizar com a realidade do paciente e que se cruzam com as características pessoais dos médicos, como o modo de ser e de se relacionar. Características pessoais dos médicos, como a empatia, podem interferir na comunicação com o paciente e na eficiência em explicar com clareza.

A forma de tratar, às vezes, ...porque sabendo que a gente às vezes não vem com o conhecimento de algumas coisas.... Ai há um certo tipo de arrogância, de ignorância, do trabalho em julgar (Mulher, 25 anos)

Eu acho que ele deveria melhorar o modo dele explicar. A gente faz uma pergunta sobre... o que a gente tem e quando a gente vai perguntar para ele, ele explica de uma maneira que você não entende. Ai ele faz, você entendeu? Ai, não muito. Ai ele: você vai entender (Mulher, 22 anos)

Um comportamento que tenha efeito negativo sobre outra pessoa, podendo fazer o paciente se sentir desconfortável, foi categorizado como um comportamento desrespeitoso numa revisão sistemática com o objetivo de identificar descritores para comportamentos não profissionais entre estudantes de medicina.³¹ A empatia, para alguns, é considerada um construto multidimensional complexo que envolve a compreensão do outro, refletir sobre o seu próprio entendimento, checando se entendeu o paciente corretamente e se conduziu a terapêutica em sintonia com este entendimento.³²

Os pacientes esperam o aconselhamento do médico e sua orientação. Opinam que o médico deve se posicionar até mesmo repreendendo condutas erradas.

Quero dizer, ele é bom assim, porque ele chega, né, me dá atenção, lhe escuta direito, porque... às vezes quando eu preciso também ele dá carão, assim, bota para a gente poder a gente entrar na rédia [risos]. (Mulher, 65 anos)

Porque eles sempre me trataram bem, sempre me aconselharam o que eu devo fazer, tudo isso para mim é uma boa, só foi isso mesmo, eu gosto muito deles por causa disso, doutora.... manda eu fazer as coisas certa, eu sempre faço as coisas meio errada e ele manda fazer tudo certinho (Mulher, 64 anos)

A orientação do médico e sua participação nas decisões do paciente envolve uma dimensão social, o conhecimento da realidade financeira, das

crenças, da vida familiar e repercute fortemente nos resultados da consulta médica. Resultados positivos são observados em comportamentos médicos como encorajamento para a expressão de opinião do paciente; demonstração de entendimento do médico no adoecimento; afetuosidade; cortesia e compartilhamento de decisões.²⁶

O cuidado e a atenção com o idoso refletem atitudes de profissionalismo, na perspectiva do paciente:

É ele ser muito atencioso, tratar os idosos melhor, no modo de receber, do conversar, assim, para a gente se sentir melhor (Mulher, 65 anos)

Principalmente ele trata a gente muito bem, que a gente é mais idoso, trata a gente muito bem, com carinho, e eles se importam muito com a gente, né doutora? (Mulher, 64 anos)

Os pacientes relacionam o profissionalismo médico ao atendimento equânime. Esperam do médico uma responsabilidade com a profissão que exige um posicionamento sem discriminação. A diferença de atitude entre o atendimento público X privado é associada a falta de profissionalismo e os pacientes admiram o médico que se dedica ao SUS:

E acho que ... tem uns que, “vixe” Maria, num tenho nem palavras para eles, de tão bom que eles são. Se dedicam mesmo, ao SUS....não tem diferença de ser aqui ou ser no particular...é nota dez. Dez na profissão. Eu penso assim, quando você sente a profissão de ser médico, independente de cor, de doença, de raça, eu acho que tinha de ser um atendimento só. (Mulher, 36 anos)

Já numa clínica particular eles são mais.... não sei se é porque está pagando, tá ganhando mais. Porque eu já levei meu menino para uma clínica particular, por uma infecção, ele examinou, botou aparelho aqui, botou na barriga, mandou respirar fundo, mas era particular! (Homem, 48 anos)

Os Princípios Fundamentais do Profissionalismo² devem ser almeçados por todos os médicos e a busca pelo bem estar do paciente deve nortear o comportamento médico, independente do espaço cultural ou social, independente do sistema político. A eliminação de qualquer forma de discriminação reflete a justiça social, um dos princípios centrais do profissionalismo.

As características pessoais dos médicos

A medicina cumpre o seu contrato social quanto o médico cuida do bem estar do paciente, em primeiro lugar².

A espera pelo médico virtuoso foi revelada nas falas. A paciência, a disponibilidade para o paciente foram atitudes relacionadas ao bom médico.

Eu acho assim, o médico que ele assim, ele atende a gente, eu acho que ele tem que ter paciência. (Mulher, 48 anos)

Agir com respeito, com paciência, eu acho que é basicamente isso, né?... e aplicar bem todo o conhecimento que ele teve na formação dele. (Homem, 28 anos)

Um bom profissional ele é... atencioso, é...como posso dizer...eu tô tirando por uma médica assim que eu sei, humilde, sabe... não tem tempo ruim... e eu acho que os médicos deveriam ser mais assim. Não só porque você tá ali, é menos do que ele, e quando ele não tá afim ele não olha para você (Mulher, 36 anos)

Um estudo procurou entender como se dá a relação do cuidado, na perspectiva do médico e do paciente, entrevistando pacientes internados e buscando perceber as características trazidas pelos pacientes e pelos médicos quanto ao médico ideal. A expectativa de um cuidado afetivo, expressadas como ter paciência, saber ouvir, ser verdadeiro, humilde indicavam um médico ideal na perspectiva do paciente, enquanto os aspectos técnicos eram destacados pelos médicos.³⁰

A empatia permite que o médico perceba o paciente, tenha interesse e se envolva com o seu bem estar, abrindo caminhos para uma relação médico paciente efetiva.

Em primeiro lugar, saber o bem estar do paciente. Segundo lugar, saber o que eu queria procurar aqui. Me ajudasse a encontrar um rumo certo. Porque ela sabe nos direcionar ... construiu perguntas que vão chegar a um certo lugar. (Homem, 24 anos)

Ele se interessa no seu caso, ele se dedica naquele caso quando ele tá no seu caso, ele vai até o fim com você, falando a verdade para você, não escondendo. (Mulher, 36 anos)

A empatia é benéfica para o paciente e também para o médico, pois permite ao médico mais acurácia no relatório de sintomas e diagnóstico. No entanto, a definição de empatia não é uniforme, alguns entendendo como a compreensão apropriada de outra pessoa e outros entendem a empatia como a capacidade de compreender e espelhar os sentimentos dos pacientes e a

intenção de socorro. Alguns entendem a empatia como uma emoção ou atributo cognitivo enquanto outros a consideram um traço de personalidade.³²

A dimensão da importância do olhar emerge com profundidade em falas desse estudo.

Ele escuta o paciente, ele olhe nos olhos, não baixa a cabeça e fique só escrevendo... Médico, eu acho assim, ele tem que olhar nos olhos..... Ele tem que conversar com você e lhe atender olhando nos seus olhos, não é só estar escrevendo, sem olhar para você, sem tocar. Eu penso assim, né, que o médico é atencioso, ele procura escutar, procura saber, olhando nos seus olhos. Olhar nos olhos e atender olhando para você, conversando com você e não dando as costas para você e só escrevendo (Mulher, 36 anos)

Eu acho que a atenção, olhar para o paciente, não só escrever ... é o olhar, a atenção, o cuidado, na expressão, às vezes a gente fala mais com o olhar do que com... e alguns médicos deixam esse déficit. Escreve mais do que olha para o paciente (Mulher, 25 anos)

Um toque não técnico, um olhar que busca aproximação e entendimento do sujeito resgata o humanismo. Permite observar valores culturais e pessoais que fortalecem a relação médico-paciente, humanizando o atendimento.²⁷ A comunicação não verbal na atenção à saúde tem se estabelecido como um elo essencial no processo de cuidar. A proximidade, o toque, o contato visual, a postura são formas de comunicação que ampliam as chances de conhecer as particularidades individuais do sujeito que é cuidado.²⁷

Um olhar atento, uma escuta interessada podem oferecer a demanda afetiva da consulta médica, aspecto importante para a compreensão individual do adoecer. A falta de percepção do próprio comportamento e a falta de envolvimento, caracterizada pelo desinteresse, são comportamentos considerados não profissionais para estudantes de medicina.³²

Que às vezes a gente chega com um problema, meio assim, aí o médico atende mal, nem olha para você, você já sai pior do que chegou (Mulher, 65 anos)

Eu acho assim, para ser um médico bom, de verdade, ele deve escutar o paciente, tratar o paciente bem, essas coisas assim, não chegar e só escrever, nem olhar para cara do paciente... Eu já fui para um médico assim, eu nem me lembro mais o nome dele, mas eu já fui para um médico assim, cheguei lá na sala dele e ele só fez escrever, nem para o rosto da pessoa ele olhava, eu não sei aonde foi que eu fui para ele mas eu já tive uma experiência assim, de um médico muito ruim. (Mulher, 48 anos)

A escuta é uma habilidade fundamental para compreender as dimensões físicas, psíquicas e sociais do paciente. Outro aspecto relevante da escuta é permitir o surgimento de uma agenda oculta²⁶, que seriam questões difíceis de serem expostas pelos pacientes e o médico precisa ter sensibilidade para perceber as situações que geram constrangimento ao paciente. Nem tudo consegue ser dito numa consulta e entender a mensagens não verbalizadas é uma difícil tarefa que deve ser exercitada pelo médico.

Ah...a privacidade do paciente com o médico. A gente sabe que está no hospital escola mas tem situações que fica desagradável! Ele quer conversar com o médico, quer dizer algo e infelizmente.... E eu acho que o médico devia ficar atento a isso (Mulher, 25 anos)

Conversar na perspectiva do paciente e entender a pessoa em sua totalidade são aspectos presentes em modelos de relação centrados no paciente. Para o alcance desses aspectos é importante o desenvolvimento das habilidades de comunicação. Como parte dessas habilidades destacam-se a disponibilidade de escuta; o uso da linguagem verbal observando a paralinguagem (tom de voz, pausas, ritmo); o contato visual.²⁶

O paciente espera pontualidade e cordialidade assim como espera do médico uma expressão emocional de acolhimento.

Eu acho que ele deveria chegar no horário que ele coloca, né?. eu acho que ele devia ser mais pontual.(Mulher, 22 anos)

Assim, a gente chega para ser atendido e atende nós com cara feia, não tem um diálogo com a gente, com o paciente, certo. O cara sai com o problema de casa e quer descontar no paciente, isso não existe. (Homem, 48 anos)

Um modelo autorregulador, sobre a organização da dimensão psíquica, explica como o paciente enfrenta o adoecer. Propõe que um estímulo interno ou externo provoca respostas cognitivas, emocionais e comportamentais que podem gerar um problema e resultar numa preocupação e numa busca por uma consulta. O indivíduo já chega com um problema elaborado e a forma de abordagem pelo médico terá implicações no resultado da consulta.²⁶

CONSIDERAÇÕES:

O estudo permite observar aspectos do profissionalismo médico que refletem atitudes no exercício da medicina, em contextualizar e individualizar o paciente e também nas características pessoais dos médicos. A pesquisa tem a limitação de agregar a opinião de pacientes num único contexto, ambulatorial e em rede do SUS, desta forma sujeita a não revelar outros aspectos do tema pesquisado.

Numa visão ampla do desenvolvimento do profissionalismo, a responsabilidade das escolas médicas é mais desafiadora em alguns aspectos, como nas características pessoais dos médicos, para alguns, entendidas como imutáveis e para outros passíveis de aprendizado. Uma reflexão histórica dos modelos de atendimento revela que as mudanças ocorridas com o modelo biomédico apontam a importância de valorizar a subjetividade do paciente no seu processo de adoecimento e buscar modelos centrados no paciente.

Considerando as três categorias definidas no estudo, podemos sugerir como atitudes positivas para o desenvolvimento do profissionalismo entre estudantes de medicina:

No exercício da medicina:

- Realizar o exame físico e a análise dos exames complementares observando o significado dos atos médicos para os pacientes
- Compreender que ter uma visão global do paciente impacta positivamente na correta aplicação do conhecimento e nos resultados satisfatórios do exercício profissional
- Valorizar a satisfação com a profissão como uma condição favorável ao cumprimento dos deveres profissionais

Na contextualização e individualização do paciente:

- Afirmar o compromisso profissional do médico percebendo o paciente na sua integralidade, valorizando sua vida pessoal, familiar e social.
- Indagar os resultados da comunicação verbal e não verbal questionando o entendimento do paciente.
- Refletir sobre a equidade na atenção aos pacientes, observando condições que demandem maior atenção, como os idosos

Nas características pessoais do médico:

- Estabelecer uma relação respeitosa e empática com o paciente compreendendo o impacto de virtudes como a paciência, a tolerância, a humildade na relação médico-paciente.
- Acolher o paciente valorizando o olhar e a escuta como habilidades essenciais para a competência médica e para o cumprimento dos deveres e responsabilidades profissionais.

REFERÊNCIAS

1. American Board of Internal Medicine Foundation. Philadelphia. Acesso em 19/10/2017. Disponível em: <http://abimfoundation.org/what-we-do/medical-professionalism>
2. Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine*. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Ann Intern Med.* 2002;136:243-246. doi: 10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012 Acesso em 14/04/2017
3. Mendonça ET; Cotta RMM, Lelis, VP, Carvalho Jr PM. Avaliação do profissionalismo em estudantes da área da saúde: uma revisão sistemática. *Interface (Botucatu), Botucatu.* Sept. 2016. v. 20, n. 58, p. 679-690, . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300679&lng=en&nrm=iso Acesso em 09 de abril 2017. Epub May 03, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0274>
4. Leffel GM, Oakes M, Ross A; Curlin FA; Yoon, JD. Relevance of the rationalist-intuitionist debate for ethics and professionalism in medical education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*; Dez 2015; 20(5): 1371-83,. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-25319836 acesso em 14/04/2017
5. Hodges B, Ginsburg S, Cruess R, Cruess S, Delpont R, Wade W, et al. Assessment of professionalism: recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Medical Teacher* [serial on the Internet]. (2011), [cited May 21, 2017]; 33(5): 354-363. Available from: MEDLINE with Full Text.
6. Burford B, Morrow G, Rothwell C, Carter M, Illing J. Professionalism education should reflect reality: findings from three health professions. *Medical Education* [serial on the Internet]. (2014, Apr), [cited May 7, 2017]; 48(4): 361-374.
7. O'Sullivan H, Mook WV, Fewtrell R, Wass V. Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61, *Medical Teacher*, 2012. 34:2, e64- e77, DOI: 10.3109/0142159X.2012.655610 Acesso em 14/04/2017

8. DeLoughery EP. Professionalism Framings Across Medical Schools. *Journal Of General Internal Medicine* [Internet]. 2018 May [cited 2019 Jun 16];33(5):610–1. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=29435728&lang=pt-br&site=ehost-live>
9. Eraky MMAL, Chandratilake M, Wajid G, DankersJ, Merrienboer JV. Medical professionalism: Development and validation of the Arabian LAMPS Medical Teacher 2013; 35: S56–S62. DOI: 10.3109/0142159X.2013.765553 Acesso em 09/04/2017
10. Blackall G, Melnick S, Shoop G, George J, Lerner S, Kreher M, et al. Professionalism in medical education: the development and validation of a survey instrument to assess attitudes toward professionalism. *Medical Teacher* [serial on the Internet]. (2007, Mar), [cited April 22, 2017]; 29(2-3): e58-e62. Available from: MEDLINE with Full Text
11. Klemenc-Ketis Z, Vrecko H. Development and validation of a professionalism assessment scale for medical students. *International Journal Of Medical Education* [serial on the Internet]. (2014, Nov 9), [cited April 22, 2017]; 5205-211. Available from: MEDLINE with Full Text
12. Barnhoorn P. What does a professionalism assessment scale measure?. *International Journal Of Medical Education* [serial on the Internet]. (2015, May 4), [cited May 1, 2017]; 662. Available from: MEDLINE with Full Text.
13. Abadel F, Hattab A. Patients' assessment of professionalism and communication skills of medical graduates. *BMC Medical Education* [serial on the Internet]. (2014, Feb 11), [cited April 30, 2017]; 1428. Available from: MEDLINE with Full Text
14. Silva JLCL, Silva TCM, Alencar LCA. O Paciente e a Vivência da Visita à Beira do Leito. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2016. 40(4): 704-712 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01572015> 15 // 14
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Cartilha. 1ª edição 1ª reimpressão. Brasília (DF); 2013
16. Fadhilah M, Oda Y, Emura S, Yoshioka T, Koizumi S, Sakemi T, et al. Patient satisfaction questionnaire for medical students' performance in a hospital outpatient clinic: a cross-sectional study. *The Tohoku Journal Of Experimental Medicine* [serial on the Internet]. (2011, Dec), [cited May 7, 2017]; 225(4): 249-254. Available from: MEDLINE with Full Text.
17. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 20 de junho de 2014

18. Miranda SM, Pires MMS, Nassar SM, & Silva CAJ. Construção de uma escala para avaliar atitudes de estudantes de medicina. Rev Bras Educ Med, 2009; 33 (1 Supl. 1): 104-110
19. Miranda SM, Pires MMS, Nassar SM, Silva CAJ. Mudança de atitudes dos estudantes durante o curso de medicina: um estudo de coorte. Rev Bras Educ Med, 2012; 36 (2): 212 – 22.
20. Hamamoto Filho PT, Oliveira CC, Silva LA, Carvalho LD, et al. Feedback de Usuários como Subsídio para Avaliação do Estudante de Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica. 2012; 36(3): 381-386.
21. Cabral, AMB. Validação de Conteúdo para um Instrumento de Avaliação de Atitudes de Profissionalismo em Estudantes de Medicina. Recife. Dissertação (Mestrado em Educação na Área de Saúde)- Faculdade Pernambucana de Saúde. 2016
22. Minayo MCS. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. Revista Pesquisa Qualitativa. 2017, São Paulo. V.4, n.7, p.01-12.
23. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Série Manuais Acadêmicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016
24. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução do CNS Nº 510 de 7 de abril de 2016
25. Aguiar AC, Ribeiro ECO. Conceito e Avaliação de Habilidades e Competência na Educação Médica: Percepções Atuais dos Especialistas. 2010. Revista Brasileira de Educação Médica 34(3): 371-378.
26. Ballester D, Zucolotto SMC, Gannam SSA, Escobar AMU. A Inclusão da Perspectiva do paciente na Consulta Médica: um Desafio na Formação do Médico. 2010. Revista Brasileira de Educação Médica 34(4): 598-606.
27. Ramos AP, Bortagarai FM. A comunicação não verbal na área da saúde. Revista CEFAC, 2012 Jan-Fev; 14(1): 164-170.
28. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney CL, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for doctor-patient interaction in Family medicine. 1986. Fam Prac 3(1): 24-30

29. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. 2007. Revista Brasileira de Educação Médica 32(1): 90-97.
30. Baronio M, Pecora AR. A relação de cuidado na perspectiva de médicos e pacientes durante a internação em hospital-escola. 2015. Psic. Rev. São Paulo. Vol 24 Nº 2, 199-228
31. Mak-van der Vossen M, van Mook W, van der Burgt S, Kors J, Ket JCF, Croiset G, et al. Descriptors for unprofessional behaviours of medical students: a systematic review and categorisation. BMC Medical Education [Internet]. 2017 Sep 15 [cited 2019 Jun 16];17(1):164. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=28915870&lang=pt-br&site=ehost-live>
32. Pohontsch NJ, Stark A, Ehrhardt M, Kötter T, Scherer M. Influences on students' empathy in medical education: an exploratory interview study with medical students in their third and last year. BMC Medical Education [Internet]. 2018 Oct 5 [cited 2019 Jun 16];18(1):231. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=30290824&lang=pt-br&site=ehost-live>

Contribuição dos autores:

Carla Lemos Dias – participou de todas as etapas da pesquisa e do artigo. A construção dos objetivos, percurso metodológico do estudo, revisão bibliográfica, coleta dos dados, análise e discussão dos resultados, redação e revisão do artigo.

Taciana Duque – participou da construção dos objetivos, percurso metodológico do estudo, análise e discussão dos resultados e revisão do artigo.

Reneide Muniz - participou da construção dos objetivos, percurso metodológico do estudo, análise e discussão dos resultados e revisão do artigo.

Conflito de Interesses: declaram ausência de conflito de interesse.

Endereço para correspondência:

Faculdade Pernambucana de Saúde – Avenida Mascarenhas de Moraes
Nº 4861 – Imbiribeira – Recife – PE CEP 51150000 Telefone: (081)-3035-7777
Email: carlalemosdias@outlook.com

V. CONCLUSÕES

A compreensão da perspectiva do paciente, a partir de suas falas, permitiu conhecer atitudes de profissionalismo que convergem para o conceito dessa competência, proposto pela ABIM. A pesquisa encontrou falas que definiram três temas relacionados ao profissionalismo: o exercício da profissão, a contextualização/ individualização do paciente e as características pessoais dos médicos. No entanto, a correlação entre os temas definidos na pesquisa e as dimensões da ABIM não foi alcançada. Essa dificuldade pode ser explicada pelo caráter amplo de conceitos como Respeito, Excelência, Dever, Altruísmo, Honra, presentes nas dimensões da ABIM. A operacionalização dessas dimensões, em itens comportamentais e atitudinais, é um desafio para as escolas médicas que tentam entender “o quê” e “como”, para avaliar, ensinar e monitorar o profissionalismo. No nosso estudo, não partimos do conceito para descrever o comportamento. Interpretamos as falas que trazem “o quê” se espera do profissional.

Na opinião dos participantes o médico deve perceber o paciente, na sua integralidade, acolher, aplicar bem o conhecimento, relacionar-se, agindo com respeito, com humildade, com paciência e conhecendo como vivem, como adoecem. Os médicos precisam olhar para o paciente, sabendo se comunicar e percebendo a sutileza do que não é dito, por limitação do conhecimento ou até mesmo por constrangimento. Podemos traduzir as falas numa expectativa de Bem Estar, Autonomia, Justiça Social, ou seja, nos Princípios Centrais do Profissionalismo Médico. Descobrimos nas falas que os pacientes esperam do médico o que está previsto na sua formação acadêmica: um profissional com formação humanista, ética, comprometido com a dignidade humana, com a saúde integral, capaz de compreender a determinação social do processo de saúde e doença. Nas falas, a inibição da autonomia, os lapsos de comunicação verbal e não verbal contrastam com o que propõe a Política Nacional de Humanização do SUS. O paciente não pode se

sentir menos diante do médico, ele precisa se sentir parte do processo para alcançar a saúde na sua integralidade.

Considerando que o profissionalismo médico é um conceito multifacetado, que implica em uma formação teórica conceitual, afetiva e psicomotora, os resultados da pesquisa contribuem, indicando elementos que podem ser observados nas estratégias de ensino do tema. A pesquisa tem a limitação de agregar a opinião de pacientes num único contexto, ambulatorial e em rede do SUS, desta forma sujeita a não revelar outros aspectos do tema pesquisado.

Numa visão ampla do desenvolvimento do profissionalismo, a responsabilidade das escolas médicas é mais desafiadora em alguns aspectos, como nas características pessoais dos médicos, para alguns, entendidas como imutáveis e para outros passíveis de aprendizado. Uma reflexão histórica dos modelos de atendimento revela que as mudanças ocorridas com o modelo biomédico apontam a importância de valorizar a subjetividade do paciente no seu processo de adoecimento e buscar modelos centrados no paciente.

Considerando as três categorias definidas no estudo, podemos sugerir como atitudes positivas para o desenvolvimento do profissionalismo entre estudantes de medicina:

No exercício da medicina:

- Realizar o exame físico e a análise dos exames complementares observando o significado dos atos médicos para os pacientes
- Compreender que a visão global do paciente impacta positivamente na correta aplicação do conhecimento e nos resultados satisfatórios do exercício profissional
- Valorizar a satisfação com a profissão como uma condição favorável ao cumprimento dos deveres profissionais

Na contextualização e individualização do paciente:

- Afirmar o compromisso profissional do médico percebendo o paciente na sua integralidade, valorizando sua vida pessoal, familiar e social.
- Indagar os resultados da comunicação verbal e não verbal questionando o entendimento do paciente
- Refletir sobre a equidade na atenção aos pacientes, observando condições que demandem maior atenção, como os idosos

Nas características pessoais do médico:

- Estabelecer uma relação respeitosa e empática com o paciente compreendendo o impacto de ações virtuosas como a paciência, a tolerância, a humildade na relação médico-paciente
- Acolher o paciente valorizando o olhar e a escuta como habilidades essenciais para a competência médica e para o cumprimento dos deveres e responsabilidades profissionais

VI. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

O desenvolvimento do profissionalismo médico se constitui em grande desafio na formação do estudante de medicina. O declínio dessa competência nas últimas décadas sinaliza para a reflexão permanente dos modelos de atendimento, mostrando a falência do modelo biomédico no alcance de uma percepção integral e holística do paciente. A relação do profissionalismo médico com as Ciências Sociais e Humanas permite observar que a formação médica precisa estreitar a associação entre a competência humana e a competência técnica. Para isso, temas da filosofia, da psicologia, da sociologia no currículo médico ampliam a formação humana, comumente percebida apenas como parte do currículo oculto.

O paciente é a parte essencial do cuidar. Para ele se voltam os Princípios Fundamentais que alicerçam a profissão médica, desde a sua origem. Pesquisas que alcancem a perspectiva do paciente devem ser estimuladas e desenvolvidas em diferentes contextos sociais e culturais, uma vez que o profissionalismo é uma competência multidimensional.

Para o desenvolvimento dessa competência, um instrumento de autoavaliação de atitudes de profissionalismo permite uma reflexão evolutiva do aluno ao longo da sua formação, tem um custo baixo e é passível de ser aplicado em diferentes momentos da jornada curricular. No entanto, algumas questões ainda são difíceis de responder como: quem deveria avaliar essa competência? O próprio aluno? Os pares? Os tutores? Os pacientes? Qual a melhor estratégia para avaliar? Como estabelecer uma robusta avaliação somativa e indicar um fracasso no profissionalismo? Outras estratégias como observação dos pares, *feedbacks*, portfólios, Mini CEX (*mini clinical examination exercise*), *feedback 360°*, exames clínicos objetivamente estruturados (OSCE) podem contribuir para o alcance desse desafio pelas escolas médicas. Fomentar discussões sobre

o tema e compartilhar essas dificuldades entre as instituições de ensino pode contribuir para encontrar caminhos no desenvolvimento de uma cultura do profissionalismo, permitindo que ele seja observado e valorizado em todas as etapas da formação médica, incluindo a admissão no curso.

VII. REFERÊNCIAS

1. American Board of Internal Medicine Foundation. Philadelphia. Acesso em 19/10/2017. Disponível em: <http://abimfoundation.org/what-we-do/medical-professionalism>
2. Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine*. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Ann Intern Med.* 2002;136:243-246. doi: 10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012 Acesso em 14/04/2017
3. Mendonça ET; Cotta RMM, Lelis, VP, Carvalho Jr PM. Avaliação do profissionalismo em estudantes da área da saúde: uma revisão sistemática. *Interface (Botucatu), Botucatu.* Sept. 2016. v. 20, n. 58, p. 679-690,. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300679&lng=en&nrm=iso Acesso em 09 de abril 2017. Epub May 03, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0274>
4. Leffel GM, Oakes M, Ross A; Curlin FA; Yoon, JD. Relevance of the rationalist-intuitionist debate for ethics and professionalism in medical education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*; Dez 2015; 20(5): 1371-83,. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-25319836 acesso em 14/04/2017
5. Hodges B, Ginsburg S, Cruess R, Cruess S, Delpont R, Wade W, et al. Assessment of professionalism: recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Medical Teacher* [serial on the Internet]. (2011), [cited May 21, 2017]; 33(5): 354-363. Available from: MEDLINE with Full Text.
6. Burford B, Morrow G, Rothwell C, Carter M, Illing J. Professionalism education should reflect reality: findings from three health professions. *Medical Education* [serial on the Internet]. (2014, Apr), [cited May 7, 2017]; 48(4): 361-374.
7. O'Sullivan H, Mook WV, Fewtrell R, Wass V. Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61, *Medical Teacher*, 2012. 34:2, e64- e77, DOI: 10.3109/0142159X.2012.655610 Acesso em 14/04/2017
8. DeLoughery EP. Professionalism Framings Across Medical Schools. *Journal Of General Internal Medicine* [Internet]. 2018 May [cited 2019 Jun 16];33(5):610–1. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=29435728&lang=pt-br&site=ehost-live>
9. Eraky MMAL, Chandratilake M, Wajid G, DankersJ, Merrienboer JV. Medical professionalism: Development and validation of the Arabian LAMPS Medical Teacher 2013; 35: S56–S62. DOI: 10.3109/0142159X.2013.765553 Acesso em 09/04/2017

10. Blackall G, Melnick S, Shoop G, George J, Lerner S, Kreher M, et al. Professionalism in medical education: the development and validation of a survey instrument to assess attitudes toward professionalism. *Medical Teacher* [serial on the Internet]. (2007, Mar), [cited April 22, 2017]; 29(2-3): e58-e62. Available from: MEDLINE with Full Text
11. Klemenc-Ketis Z, Vrecko H. Development and validation of a professionalism assessment scale for medical students. *International Journal Of Medical Education* [serial on the Internet]. (2014, Nov 9), [cited April 22, 2017]; 5205-211. Available from: MEDLINE with Full Text
12. Barnhoorn P. What does a professionalism assessment scale measure?. *International Journal Of Medical Education* [serial on the Internet]. (2015, May 4), [cited May 1, 2017]; 662. Available from: MEDLINE with Full Text.
13. Abadel F, Hattab A. Patients' assessment of professionalism and communication skills of medical graduates. *BMC Medical Education* [serial on the Internet]. (2014, Feb 11), [cited April 30, 2017]; 1428. Available from: MEDLINE with Full Text
14. Silva JLCL, Silva TCM, Alencar LCA. O Paciente e a Vivência da Visita à Beira do Leito. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2016. 40(4): 704-712 DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01572015_15//14
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Cartilha. 1ª edição 1ª reimpressão. Brasília (DF); 2013
16. Fadhilah M, Oda Y, Emura S, Yoshioka T, Koizumi S, Sakemi T, et al. Patient satisfaction questionnaire for medical students' performance in a hospital outpatient clinic: a cross-sectional study. *The Tohoku Journal Of Experimental Medicine* [serial on the Internet]. (2011, Dec), [cited May 7, 2017]; 225(4): 249-254. Available from: MEDLINE with Full Text.
17. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 20 de junho de 2014
18. Miranda SM, Pires MMS, Nassar SM, & Silva CAJ. Construção de uma escala para avaliar atitudes de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med*, 2009; 33 (1 Supl. 1): 104-110
19. Miranda SM, Pires MMS, Nassar SM, Silva CAJ. Mudança de atitudes dos estudantes durante o curso de medicina: um estudo de coorte. *Rev Bras Educ Med*, 2012; 36 (2): 212 – 22.

20. Hamamoto Filho PT, Oliveira CC, Silva LA, Carvalho LD, et al. Feedback de Usuários como Subsídio para Avaliação do Estudante de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012; 36(3): 381-386.
21. Cabral, AMB. Validação de Conteúdo para um Instrumento de Avaliação de Atitudes de Profissionalismo em Estudantes de Medicina. Recife. Dissertação (Mestrado em Educação na Área de Saúde)- Faculdade Pernambucana de Saúde. 2016
22. Minayo MCS. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2017, São Paulo. V.4, n.7, p.01-12.
23. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Série Manuais Acadêmicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016
24. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução do CNS Nº 510 de 7 de abril de 2016
25. Aguiar AC, Ribeiro ECO. Conceito e Avaliação de Habilidades e Competência na Educação Médica: Percepções Atuais dos Especialistas. 2010. *Revista Brasileira de Educação Médica* 34(3): 371-378.
26. Ballester D, Zucolotto SMC, Gannam SSA, Escobar AMU. A Inclusão da Perspectiva do paciente na Consulta Médica: um Desafio na Formação do Médico. 2010. *Revista Brasileira de Educação Médica* 34(4): 598-606.
27. Ramos AP, Bortagarai FM. A comunicação não verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*, 2012 Jan-Fev; 14(1): 164-170.
28. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney CL, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for doctor-patient interaction in Family medicine. 1986. *Fam Prac* 3(1): 24-30
29. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. 2007. *Revista Brasileira de Educação Médica* 32(1): 90-97.
30. Baronio M, Pecora AR. A relação de cuidado na perspectiva de médicos e pacientes durante a internação em hospital-escola. 2015. *Psic. Rev. São Paulo*. Vol 24 Nº 2, 199-228
31. Mak-van der Vossen M, van Mook W, van der Burgt S, Kors J, Ket JCF, Croiset G, et al. Descriptors for unprofessional behaviours of medical students: a systematic review and categorisation. *BMC Medical Education* [Internet]. 2017 Sep 15 [cited 2019 Jun 16];17(1):164. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=28915870&lang=pt-br&site=ehost-live>

32. Pohontsch NJ, Stark A, Ehrhardt M, Kötter T, Scherer M. Influences on students' empathy in medical education: an exploratory interview study with medical students in their third and last year. *BMC Medical Education* [Internet]. 2018 Oct 5 [cited 2019 Jun 16];18(1):231. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=30290824&lang=pt-br&site=ehost-live>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título: Profissionalismo médico na perspectiva do Paciente: um estudo qualitativo identificando conteúdos para autoavaliação dos estudantes de medicina

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque foi atendido (a) ou está sendo atendido (a) nesta instituição. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Caso prefira, converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma do pesquisador responsável e outra do participante da pesquisa), caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Conhecer a opinião dos pacientes sobre profissionalismo médico para compor um instrumento de auto avaliação de profissionalismo entre estudantes de medicina com itens indicando atitudes positivas e negativas de comportamento profissional do médico, percebidas pelos pacientes

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Para saber a opinião dos pacientes serão realizadas entrevistas individuais que serão gravadas e analisadas pelo pesquisador

BENEFÍCIOS

Os benefícios da pesquisa estão relacionados à sua contribuição na formação do estudante favorecendo a melhoria da relação médico-paciente e também no desenvolvimento de atitudes de comportamento profissional positivas.

DESCONFORTO/RISCOS:

O constrangimento eventualmente causado e o tempo gasto com a pesquisa serão diminuídos com a garantia do anonimato, ou seja, o nome do participante não será divulgado, e as entrevistas serão realizadas em horário que seja o mais adequado possível para o paciente.

CUSTOS

Você não será remunerado pela participação na pesquisa e também não terá que pagar nenhum valor para ser entrevistado. A entrevista será realizada no mesmo dia da sua consulta e as despesas com o deslocamento não serão ressarcidas ou pagas pelo pesquisador.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois sem sua identificação. Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, resultados de exames e testes bem como às informações do seu registro médico. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

ACESSO AOS RESULTADOS DE EXAMES

Caso seja do seu interesse poderá receber as informações do resultado da pesquisa após a conclusão da mesma. Para isso você poderá informar o seu endereço postal ou eletrônico (e-mail).

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para o(a) **CARLA LEMOS DIAS** no telefone **(081-981799540)**; **TACIANA DUQUE** (081-999464149) ou **RENEIDE MUNIZ** (081-997637054). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP, Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP,

Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h (manhã) e 13:30 às 16:00h (tarde)

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

/ /

Nome e Assinatura do participante

Data

/ /

Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial

Data

(quando pertinente)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

/ /

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo

Data

DIGITAL DO PARTICIPANTE



TESTEMUNHA 1

TESTEMUNHA 2

APÊNDICE 2 - ROTEIRO DA ENTREVISTA

Título: Profissionalismo médico na perspectiva do Paciente – um estudo qualitativo identificando conteúdos para autoavaliação dos estudantes de medicina

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE: Nome/ idade/escolaridade/ data da entrevista/ ambulatório de origem

PERGUNTAS

1. O que você pensa/acha sobre a atuação/atitude profissional do médico?
2. Na sua opinião, como um bom médico (a) deve agir? Quais atitudes ele deve ter para ser um bom médico?
3. Na sua opinião, quais atitudes mostram que o médico age com profissionalismo?
4. Pensando no que discutimos, há algo mais que você queira acrescentar?

Agradecimentos e despedida.

APÊNDICE 3 - PASSO A PASSO DA ANÁLISE TEMÁTICA A PARTIR DAS ENTREVISTAS AUDIO GRAVADAS

O primeiro passo foi a realização da TRANSCRIÇÃO das entrevistas. Após esta etapa as entrevistas foram LIDAS e ESCUTADAS novamente, procurando eventuais erros na transcrição. Cada entrevista foi NUMERADA e IDENTIFICADA quanto ao gênero e idade do entrevistado. Ao final tivemos NOVE entrevistas codificadas da seguinte forma: P1 (mulher, 36 anos). As entrevistas foram impressas sendo colocados os códigos em cada uma delas. A marcação cada entrevista com os dados do gênero e idade é importante pois foi desta forma que as falas dos pacientes foram discutidas no artigo.

No nosso trabalho tivemos nove entrevistas:

P1 (mulher, 22 anos)	P2 (mulher, 65 anos)	P3 (mulher, 36 anos)
P4 (homem, 28 anos)	P5 (mulher, 64 anos)	P6 (mulher, 48 anos)
P7 (mulher, 25 anos)	P8 (homem, 48 anos)	P9 (homem, 24 anos)

Realização da LEITURA INDIVIDUAL de cada uma das entrevistas, fazendo recortes *IPSIS LITTERIS* das falas com SIGNIFICADO para o tema em análise.

Construção de uma planilha reservando DOIS ESPAÇOS para cada recorte de fala. No primeiro espaço foi colocado o recorte da fala e o segundo espaço reservado para o SIGNIFICADO daquele recorte, realizado na próxima etapa. O recorte foi codificado, por exemplo: P1.1 = recorte “1” do paciente “1”. Ao final, cada entrevista teve uma planilha semelhante a esta:

<i>Que às vezes a gente chega com um problema, meio assim, ai o médico atende mal, nem olha para você, você já sai pior do que chegou</i> P2.1	<i>Quero dizer, ele é bom assim, porque ele chega, né, me dá atenção, lhe escuta direito, porque... às vezes quando eu preciso também ele dá carão, assim, bota para a gente poder a gente entrar na rédia (risos)</i> P 2.4	<i>...é ele ser muito atencioso, tratar os idosos melhor, no modo de receber, do conversar, assim, para a gente se sentir melhor.</i> P 2.5
---	---	--

P2.1 = fala 1 do paciente 2

P2.4 = fala 4 do paciente 2

P2.5 = fala 5 do paciente 2

Após os recortes das falas foi realizada a **COMPREENSÃO** das falas indicando um ou mais significado para cada fragmento recortado. Esta etapa foi de **DEFINIÇÃO** dos **SIGNIFICADOS** das **UNIDADES DE ANÁLISE**. Importante observar que mais de um significado pode ser indicado para uma mesma fala, conforme exemplificado abaixo:

ATENDER BEM OLHANDO PARA O PACIENTE	DAR ATENÇÃO, ESCUTANDO E SE PRECISO “DAR CARÃO”, BOTAR NA RÉDIA	SER ATENCIOSO, TER UM MODO DE RECEBER E DE CONVERSAR TRATAR OS IDOSOS MELHOR
<i>Que às vezes a gente chega com um problema, meio assim, ai o médico atende mal, nem olha para você, você já sai pior do que chegou</i> P2.1	<i>Quero dizer, ele é bom assim, porque ele chega, né, me dá atenção, lhe escuta direito, porque... às vezes quando eu preciso também ele dá carão, assim, bota para a gente poder a gente entrar na rédia (risos)</i> P 2.4	<i>...é ele ser muito atencioso, tratar os idosos melhor, no modo de receber, do conversar, assim, para a gente se sentir melhor.</i> P 2.5

Na fala 5 do paciente 2 foram identificados DOIS SIGNIFICADOS. Um relacionado a “SER ATENCIOSO, TER UM MODO DE RECEBER E DE

CONVERSAR” e o outro associado a “TRATAR OS IDOSOS MELHOR”. Para codificar os diferentes significados, foi colocada uma letra entre parênteses, ao final do significando como abaixo ilustrado:

<p>ATENDER BEM OLHANDO PARA O PACIENTE</p>	<p>DAR ATENÇÃO, ESCUTANDO E SE PRECISO “DAR CARÃO”, BOTAR NA RÉDIA</p>	<p>SER ATENCIOSO, TER UM MODO DE RECEBER E DE CONVERSAR (a) TRATAR OS IDOSOS MELHOR (b)</p>
<p><i>Que às vezes a gente chega com um problema, meio assim, aí o médico atende mal, nem olha para você, você já sai pior do que chegou</i> P2.1</p>	<p><i>Quero dizer, ele é bom assim, porque ele chega, né, me dá atenção, lhe escuta direito, porque... às vezes quando eu preciso também ele dá carão, assim, bota para a gente poder a gente entrar na rédia (risos)</i> P 2.4</p>	<p><i>...é ele ser muito atencioso, tratar os idosos melhor, no modo de receber, do conversar, assim, para a gente se sentir melhor.</i> P 2.5</p>

Após dar significado para cada um dos recortes, foram encontrados DEZENAS de significados posteriormente observados quanto ao que possuem em comum. Sendo assim, foi realizada uma primeira convergência dos significados, resultando em SUBCATEGORIAS. Para facilitar o processo, foram impressas todas as planilhas dos pacientes, com o cuidado de deixar cada fala com apenas UM significado. Exemplo:

<p>SER ATENCIOSO, TER UM MODO DE RECEBER E DE CONVERSAR (a)</p>	<p>TRATAR OS IDOSOS MELHOR (b)</p>
<p><i>...é ele ser muito atencioso, tratar os idosos melhor, no modo de receber, do conversar, assim, para a gente se sentir melhor.</i></p>	<p><i>...é ele ser muito atencioso, tratar os idosos melhor, no modo de receber, do conversar, assim, para a gente se sentir melhor.</i></p>

P 2.5	P 2.5
-------	-------

Como a fala “5” do paciente “2” teve DOIS significados, foi preciso colocar cada um em espaço próprio. Foram recortados TODOS os significados junto com suas respectivas falas.

Numa grande cartolina, os significados + falas foram sendo aproximados de acordo com os pontos em comum. Esse processo permitiu observar falas quase repetidas em diferentes pacientes, contribuindo para o processo de subcategorização/categorização das falas.

Das falas emergiam significados como: aplicar bem o conhecimento; olhar e escutar; examinar o paciente, etc.....

Após organizar as falas foi construída uma tabela, registrando todos os códigos das falas indicadas para aquele aspecto em comum. Por exemplo: APLICAR BEM O CONHECIMENTO. Esse aspecto foi observado nas falas: P4.2 P4.3 P4.4 P2.2 P2.3

<p>APLICAR BEM O CONHECIMENTO Saber o que está fazendo e aplicar bem o conhecimento. Menores chances de erros diagnósticos estão relacionadas a mais atenção ao paciente, principalmente no olhar e na escuta. Indicar um tratamento que tenha bons resultados</p> <p>P4.2 P4.3 P4.4 P2.2 P2.3</p>	<p>PERCEBER A REALIDADE DO PACIENTE E SE COMUNICAR ADEQUADAMENTE Aconselhar o paciente, falar do que eles devem ou não fazer, indicar as coisas certas, repreender as ações erradas. Perceber o paciente conhecendo sua realidade familiar, social, de conhecimento sobre a doença, fortalecer os aspectos necessários para o cuidado com a saúde. Explicar e conversar de forma que o paciente entenda, indagando se o paciente compreendeu, Ter sabedoria para perceber o paciente individualmente.</p> <p>P1.1 P2.4 P3.6 P4.1 P5.1 P5.3 P6.3 P7.2 P7.3 P8.1 P8.2 P8.4</p> <p>P9.1 P9.2 P9.3</p>	<p>SER VIRTUOSO Ser paciente, falar a verdade, ter respeito pelo paciente. Não ter arrogância, ignorância e não julgar o paciente. Ser humilde</p> <p>P3.3 P3.5 P4.3 P6.1 P6.4 P7.2</p>
<p>EXAMINAR O PACIENTE E OLHAR OS EXAMES Observar os resultados dos exames assim como a realização do exame é um parâmetro de bom atendimento, independente do seu significado contextual. A não realização do exame é associada à demanda elevada de atendimento/pressa. São práticas associadas à profissão médica e que sinalizam o bom profissional.</p> <p>P2.3 P8.5</p>	<p>TER EQUIDADE Não discriminar, não diferenciar o público do privado, não mudar o atendimento de acordo com o contexto</p> <p>P3.2 P3.4 P3.7 P8.6</p>	<p>TER EMPATIA E ACOLHIMENTO Ter um modo de receber e de conversar, percebendo a condição do paciente e observando o seu bem estar. Cumprimentar o paciente e oferecer um atendimento humanizado.</p> <p>P2.5 P4.1 P4.2 P9.5</p>

<p>GOSTAR DO QUE FAZ E DE CONVERSAR</p> <p>Gostar da profissão e do que faz, gostar de conversar</p> <p>P6.2 P6.4</p>	<p>AGIR COM RESPEITO E COMPROMISSO</p> <p>Ser responsável com o horário, olhar os exames solicitados, dedicar-se ao caso e ser comprometido até o fim. Respeitar a privacidade do paciente percebendo situações de constrangimento pela exposição a muitos estudantes</p> <p>P1.2 P3.5 P4.3</p>	<p>OLHAR E ESCUTAR O PACIENTE</p> <p>Olhar para o paciente, cuidando do significado que o olhar traz. Não manter a atenção apenas na escrita, sem olhar o paciente. Valorizar as expressões não verbais.</p> <p>P2.1 P3.1 P3.8 P4.1 P4.2 P6.5 P7.1 P9.4</p>
--	--	--

Para a CATEGORIZAÇÃO das unidades de análise, foi preciso observar aspectos distintos do PROFISSIONALISMO MÉDICO que permitissem agrupar os significados/falas garantindo a validade quanto à exaustividade, pertinência, representatividade e exclusividade. Dessa forma, todas as unidades foram separadas em três categorias que representavam diferentes aspectos do PROFISSIONALISMO: 1. o exercício da medicina; 2. a contextualização e individualização do paciente; 3. as características pessoais dos médicos. Para facilitar a compreensão visual os aspectos foram diferenciados por COR, ficando da seguinte forma:

<p>NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO</p>	<p>CONTEXTUALIZAÇÃO E INDIVIDUALIZAÇÃO DO PACIENTE</p>	<p>CARACTERÍSTICAS PESSOAIS DO MÉDICO</p>
<p>APLICAR BEM O CONHECIMENTO</p> <p>Saber o que está fazendo e aplicar bem o conhecimento. Menores chances de erros diagnósticos estão relacionadas a mais atenção ao paciente, principalmente no olhar e na escuta. Indicar um tratamento que tenha bons resultados</p> <p>P4.2 P4.3 P4.4 P2.2 P2.3</p>	<p>PERCEBER A REALIDADE DO PACIENTE E SE COMUNICAR ADEQUADAMENTE</p> <p>Aconselhar o paciente, falar do que eles devem ou não fazer, indicar as coisas certas, repreender as ações erradas. Perceber o paciente conhecendo sua realidade familiar, social, de conhecimento sobre a doença, fortalecer os aspectos necessários para o cuidado com a saúde. Explicar e conversar de forma que o paciente entenda, indagando se o paciente compreendeu, Ter sabedoria para perceber o paciente individualmente.</p> <p>P1.1 P2.4 P3.6 P4.1 P5.1 P5.3 P6.3 P7.2 P7.3 P8.1 P8.2 P8.4 P9.1 P9.2 P9.3</p>	<p>AGIR COM RESPEITO E COMPROMISSO</p> <p>Ser responsável com o horário, olhar os exames solicitados, dedicar-se ao caso e ser comprometido até o fim. Respeitar a privacidade do paciente percebendo situações de constrangimento pela exposição a muitos estudantes</p> <p>P1.2 P3.5 P4.3</p>
<p>EXAMINAR O PACIENTE E ANALISAR OS EXAMES</p> <p>Observar os resultados dos exames assim como a realização do exame é um parâmetro de bom atendimento, independente do</p>	<p>TER EQUIDADE</p> <p>Não discriminar, não diferenciar o público do privado, não mudar o atendimento de acordo com o contexto</p> <p>P3.2 P3.4 P3.7 P8.6</p>	<p>TER EMPATIA E ACOLHIMENTO</p> <p>Ter um modo de receber e de conversar, percebendo a condição do paciente e observando o seu bem estar. Cumprimentar o paciente e oferecer um atendimento humanizado.</p>

<p>seu significado contextual. A não realização do exame é associada à demanda elevada de atendimento/pressa. São práticas associadas à profissão médica e que sinalizam o bom profissional.</p> <p>P2.3 P8.5</p>		<p>P2.5 P4.1 P4.2 P9.5</p>
<p>GOSTAR DO QUE FAZ E DE CONVERSAR</p> <p>Gostar da profissão e do que faz , gostar de conversar</p> <p>P6.2 P6.4</p>		<p>OLHAR E ESCUTAR O PACIENTE</p> <p>Olhar para o paciente, cuidando do significado que o olhar traz. Não manter a atenção apenas na escrita, sem olhar o paciente. Valorizar as expressões não verbais.</p> <p>P2.1 P3.1 P3.8 P4.1 P4.2 P6.5 P7.1 P9.4</p>
		<p>SER VIRTUOSO</p> <p>Ser paciente, falar a verdade, ter respeito pelo paciente. Não ter arrogância, ignorância e não julgar o paciente. Ser humilde</p> <p>P3.3 P3.5 P4.3 P6.1 P6.4 P7.2</p>

O processo de categorização permitiu observar os TEMAS que emergiram das falas. A organização de todo o processo ofereceu transparência à constituição do Corpus na pesquisa qualitativa. Consideramos imprescindível CODIFICAR as unidades de análise e vincular os códigos em cada etapa do processo. Isso facilitou o resgate das falas na discussão de cada categoria.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PROFISSIONALISMO MÉDICO NA PERSPECTIVA DO PACIENTE
ESTUDO QUALITATIVO IDENTIFICANDO CONTEÚDOS PARA UM
INSTRUMENTO DE
AUTOAVALIAÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA

Pesquisador: Taciana

Duque Braga **Área**

Temática:

Versão: 1

CAAE: 90822418.5.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.766.207

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado em educação em saúde da FPS.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a perspectiva do paciente sobre profissionalismo médico e identificar “conteúdos” para compor um instrumento de autoavaliação de estudantes de medicina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Devidamente avaliados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Factível

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes e adequados

Recomendações:

Ajustar cronograma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado com recomendação.

Considerações Finais a critério do CEP:



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer:

Endereço: Rua dos Coelho, 300

Bairro:

Boa Vista

CEP:

50.070-555

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone:

(81)2122-4756

Fax:

(81)2122-4782

E-mail:

comitedeetica@imip.org.br

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1121236.pdf	04/06/2018 18:57:33		Aceito
Outros	curriculoCarla.pdf	04/06/2018 18:56:54	Lemos Carla	Aceito
Outros	curriculoReneide.pdf	04/06/2018 18:56:15	Lemos Carla	Aceito
Outros	curriculoTaciana.pdf	04/06/2018 18:55:52	Lemos Carla	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto462018.pdf	04/06/2018 18:47:28	Lemos Carla	Aceito
Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	14/05/2018 14:37:14	Lemos Carla	Aceito
Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERPROJETOQUALIFICADO.docx	14/05/2018 14:36:10	Lemos Carla	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataforma.docx	14/05/2018 14:34:56	Lemos Carla	Aceito
Outros	Declaracaodosigap.pdf	14/05/2018 14:30:50	Lemos Carla	Aceito
Outros	anuencia.pdf	14/05/2018 14:27:40	Lemos Carla	Aceito

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 11 de Julho de 2018 _____

Assinado por:

Edvaldo da Silva Souza
(Coordenador)

ANEXO B – REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA – ISSN 0100-5502 (classificação B1 para área de atuação: Educação)

Escopo e política

A *Revista Brasileira de Educação Médica* é a publicação oficial da ABEM, de periodicidade trimestral, e tem como Missão publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Educação Médica. Serão aceitos trabalhos em português, inglês ou espanhol

Envio de Manuscritos

Submissão on line

Os manuscritos serão submetidos à apreciação do Conselho Científico apenas por meio eletrônico através do sítio da Revista (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rbem-scielo>). O arquivo a ser anexado deve estar digitado em um processador de textos MS Word, página padrão A4, letra padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm a Direita, Esquerda, Superior e Inferior com numeração seqüencial de todas as páginas.

Não serão aceitas Notas de Rodapé. As tabelas e quadros devem ser de compreensão independente do texto e devem ser encaminhadas em arquivos individuais. Não serão publicados questionários e outros instrumentos de pesquisa.

Para a submissão de artigos será cobrada uma taxa de R\$ 200,00. Estão isentos desta taxa os sócios adimplentes da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM)

O pagamento deverá ser realizado através de depósito identificado com o CPF do autor na seguinte conta:

ASSOCIAÇÃO	BRASILEIRA	DE	EDUCAÇÃO	MÉDICA
BANCO		DO		BRASIL
AG.				0576-2
C/C				4373-7

CNPJ: 29212628 0001-32

Avaliação dos originais

Todo original recebido é avaliado pela secretaria da RBEM quanto ao formato. Caso não obedeça os padrões descritos abaixo (forma e padrão de manuscritos), o artigo será devolvido ao autor para correção e nova submissão. Se o original obedecer aos padrões ele será

encaminhado ao Editor Chefe da RBEM que avaliará se o artigo faz parte da temática da revista e encaminhará aos Editores Associados e estes para dois pareceristas cadastrados pela RBEM para avaliação da qualidade científica do trabalho. Os conselheiros têm um prazo de 30 dias para emitir o parecer. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aprovado como está; favorável a publicação, mas solicitando alterações; não favorável a publicação. Todo Parecer incluirá sua fundamentação.

No caso de solicitação de alterações no artigo, estes poderão ser encaminhados em até 60 dias. Após esse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores o artigo será considerado como retirado. Após aprovação o artigo é revisado ortográfica e gramaticalmente. Para custear a revisão gramatical tanto de língua portuguesa como inglesa (abstract), por revisor especializado e contratado pela revista, será cobrado uma taxa de R\$ 800,00. Se o autor desejar publicar seu artigo integralmente na língua inglesa será cobrado uma taxa de R\$ 1.500,00 para a tradução. Se o artigo já for submetido em inglês, será cobrado uma taxa de R\$ 800,00 pra revisão gramatical. As alterações eventualmente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores antes de serem encaminhados para publicação.

Os artigos aceitos para a publicação se tornam propriedade da revista.

Forma e preparação dos manuscritos

1. Artigos originais: (limite de até 6.000 palavras, incluindo texto e referências e excluindo tabelas, gráficos, folha de rosto, resumos e palavras-chave).

1.1. Pesquisa - artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas;

1.2. Ensaio - artigos com análise crítica sobre um tema específico relacionado com a Educação Médica;

1.3. Revisão - artigos com a revisão crítica da literatura sobre um tema específico.

2. Relato de experiência: artigo apresentando experiência inovadora no ensino médico acompanhada por reflexão teórica pertinente - Limite máximo de 6.000 palavras.

3. Cartas ao Editor: cartas contendo comentários sobre material publicado - Limite máximo de 1.200 palavras e 3 referências.

4. Teses: resumos de dissertações de mestrado ou teses de doutoramento/livro-docência defendidas e aprovadas em Universidades brasileiras ou não (máximo de 300 palavras). Os resumos deverão ser encaminhados com o Título oficial da Tese, informando o título conquistado, o dia e o local da defesa. Deve ser informado igualmente o nome do Orientador e o local onde a tese está disponível para consulta e as palavras-chave e keywords.

5. Resenha de livros: poderão ser encaminhadas resenhas de livros publicados no Brasil ou no exterior - Limite máximo de 1.200 palavras

6. Editorial: o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite - Limite máximo de 1.000 palavras.

Estrutura:

- Título do trabalho (evitar títulos longos) máximo de 30 palavras, - deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. Apresentar um título resumido para constar no alto da página quando da publicação (máximo de 15 palavras)
- Número e Nome dos autores: A Revista publicará o nome dos autores segundo a ordem encaminhada no arquivo e deverá ter no máximo 06 (seis) autores. Caso ocorra a necessidade de exceder esse número, isso deverá ser justificado no início do artigo.
- Artigos com mais de um autor deverão conter uma exposição sobre a contribuição específica de cada um no trabalho.**
- Endereço completo de referência do(s) autor(es), titulação, local de trabalho e e-mail. Apenas os dados do autor principal serão incluídos na publicação.
- Resumo de no mínimo 300 palavras e no máximo 500 palavras. Deve ter versão em português e versão em inglês. Quando o trabalho for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um resumo em inglês.
- Palavras chave: mínimo de 3 e máximo de 8, extraídos do vocabulário **DECS** - Descritores em Ciências da Saúde para os resumos em português (disponível em <http://decs.bvs.br/>) e do **MESH** - Medical Subject Headings, para os resumos em inglês (disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Os autores deverão informar que organizações de fomento à pesquisa apoiaram os seus trabalhos, fornecendo inclusive o número de cadastro do projeto. No caso de pesquisas que tenham envolvido direta ou indiretamente seres humanos, nos termos da Resolução nº 196/96 do CNS os autores deverão informar o número de registro do projeto no SISNEP.

Referências

As referências, cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, deverão ser apresentadas de modo correto e completo e limitadas às citações do texto, devendo ser numeradas segundo a ordem de entrada no texto, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Disponível em: <http://www.icmje.org>

Toda citação deve incluir, após o número de referência, a página(s). Ex: xxxxxx1 (p.32). Recomendamos que os autores realizem uma pesquisa na Base Scielo com as palavras-chave de seu trabalho buscando prestigiar, quando pertinente a pesquisa nacional.

Exemplos:

Artigo de Periódico
 Ricas J, Barbieri MA, Dias LS, Viana MRA, Fagundes EDL, Viotti AGA, et al. Deficiências e necessidades em Educação Médica Continuada de Pediatras em Minas Gerais. Rev Bras Educ Méd 1998;22(2/3)58-66.

Artigo de Periódico em formato eletrônico
 Ronzani TM. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: qual o papel das crenças?. Rev Bras Educ Med [on line].2007. 31(1) [capturado 29 jan. 2009]; 38-43. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/reforma_curricular.pdf

Livro
 Batista NA, Silva SHA. O professor de medicina. São Paulo: Loyola, 1998.

Capítulo de livro
 Rezende CHA. Medicina: conceitos e preconceitos, alcances e limitações. In: Gomes DCRG, org. Equipe de saúde: o desafio da integração. Uberlândia:Edufu;1997. p.163-7.

Teses, dissertações e monografias
 Cauduro L. Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria. Rio de Janeiro; 1990. Mestrado [Dissertação] - Escola Brasileira de Administração Pública.

Trabalhos Apresentados em Eventos
 Camargo J. Ética nas relações do ensino médico. Anais do 33. Congresso Brasileiro de Educação Médica. 4º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico; 1995 out. 22-27; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre:ABEM; 1995. p.204-7.

Relatórios Campos
 MHR. A Universidade não será mais a mesma. Belo Horizonte: Conselho de Extensão da UFMG; 1984. (Relatório)

Referência legislativa
 Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

A bibliotecária da ABEM promove a revisão e adaptação dos termos fornecidos pelos autores aos índices aos quais a Revista está inscrito.

As contribuições serão publicadas obedecendo a ordem de aprovação do Conselho Editorial.

Declaração de Autoria e de Responsabilidade
 Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Para tal, após a aprovação do artigo, deverão encaminhar por

email (rbem.abem@gmail.com) , a seguinte Declaração de autoria e de Responsabilidade:

"Declaro que participei de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo ou da análise e interpretação dos dados assim como da redação deste texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo deste artigo. Revi a versão final deste artigo e o aprovei para ser encaminhado a publicação. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo substancialmente semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido a apreciação do Conselho Editorial de outra revista".

Ética em Pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II.2 da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ("pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais") deverá encaminhar, após a aprovação, documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde ela foi realizada.

No caso de instituições que não disponham de Comitês de Ética em Pesquisa, deverá apresentar a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Conflitos de Interesse

Todo trabalho deverá conter a informação sobre a existência ou não de algum tipo de conflito de interesses de qualquer dos autores. Destaque-se que os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, incluindo também o próprio vínculo empregatício. (Para maiores informações consulte o site do International Committee of Medical Journal Editors <http://www.icmje.org/#conflicts>)