

# A influência da humanização do docente na relação médico-paciente e na formação acadêmica

## The influence of tutor humanization on the doctor-patient relationship and academic education

Ana Lara Menezes de Sousa<sup>1\*</sup>; Nathália Brandão de Bessa<sup>1</sup>; Lucas Lafaerto Félix Maia<sup>1</sup>; Higor Chagas Cardoso<sup>2</sup>

1. Discente do Curso de Medicina, Universidade Evangélica de Goiás, UniEVANGÉLICA, Anápolis, Goiás, Brasil.

2. Docente do Curso de Medicina, Universidade Evangélica de Goiás, UniEVANGÉLICA, Anápolis, Goiás, Brasil.

### Resumo

**Objetivo:** Analisar o nível de humanização na relação médico-paciente dos docentes médicos e a repercussão na forma de ensinar e a importância do ensino humanizado por parte dos docentes para a formação acadêmica. **Metodologia:** Estudo descritivo, quantitativo e transversal no curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás com a participação de 74 médicos docentes por meio da Escala de Orientação Médico-Paciente (EOMP) A análise dos dados, obtidos com a aplicação da escala EOMP, foi estratificada pela soma dos escores e quando os resultados foram menores ou iguais a 4,57 compreende-se que as atitudes são focadas na doença e no médico, escores com valores entre 4,57 e 5,00 mostra um posicionamento relativo e, escores maiores ou iguais a 5,00 entende-se que o atendimento é centrado no paciente. **Resultados:** O escore EOMP revelou em seu resultado, pelo escore global igual a 4,55, que a atitude médica está prioritariamente voltada para o profissional. Contudo, ao particularizar os escores obtidos por domínio percebeu-se que o Domínio Cuidar (caring) atingiu uma pontuação acima da média (5,26) enquanto o Compartilhar (sharing) não atingiu tal feito (4,32). **Conclusão:** O nível de humanização relacionado aos docentes médicos mostrara atitudes voltadas principalmente para o médico e a doença. Contudo, nota-se houve um grande avanço desde a inclusão do debate sobre humanização dentro da medicina e isto é notado com os valores obtidos no domínio cuidar.

### Palavras-chave:

Humanização da assistência. Escolas de medicina. Docentes de medicina.

### Abstract

**Objective:** To analyze the level of humanization in the doctor-patient relationship of medical teachers and the impact on the way of teaching and the importance of humanized teaching on the part of teachers for academic training. **Methods:** Descriptive, quantitative and cross-sectional study in the medicine course at the Universidade Evangélica de Goiás with the participation of 74 teaching doctors using the Doctor-Patient Orientation Scale (EOMP) The analysis of the data, obtained with the application of the EOMP scale, was stratified by the sum of the scores and when the results were less than or equal to 4.57 it is understood that attitudes are focused on the disease and the doctor, scores with values between 4.57 and 5.00 show a relative positioning and, higher scores or equal to 5.00, it is understood that the service is patient-centered. **Results:** The EOMP score revealed in its result, with a global score of 4.55, that the medical attitude is primarily focused on the professional. However, when particularizing the scores obtained by domain, it was noticed that the Caring Domain achieved a score above the average (5.26) while the Sharing Domain did not achieve this feat (4.32). **Conclusion:** The level of humanization related to medical teachers showed attitudes focused mainly on the doctor and the disease. However, there has been great progress since the inclusion of the debate on humanization within medicine and this is noted with the values obtained in the care domain.

### Keyword:

Humanized Assistance. Medical Schools. Medical preceptors.

\*Correspondência para/ Correspondence to: Ana Lara Menezes de Sousa - E-mail: [analaramenezes@gmail.com](mailto:analaramenezes@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

A discussão sobre o processo de humanização da prática médica tem estado presente há vários anos em consequência de críticas ao que diz respeito à eficácia do modelo biomédico.<sup>1</sup> Modelo este baseado no Relatório Flexner, publicação considerada fator desencadeante de reformas nas escolas médicas há um século em que se consolidou o conhecimento racional científico e a estruturação do currículo acadêmico, contudo, houve o tecnicismo do atendimento médico.<sup>2</sup>

Essas contestações possibilitaram a iniciativa para reforma do sistema de saúde em inúmeros países com mudanças na matriz curricular acadêmica, desenvolvimento de políticas e diretrizes de humanização visando uma melhora no atendimento e formação de profissionais.<sup>3</sup> A Constituição Brasileira de 1988 coloca como vital o direito à saúde (artigo nº 196) o que possibilitou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dessa forma, responsabilizar o Estado pelos serviços de promoção, prevenção e tratamento para a população brasileira.<sup>4</sup>

Humanizar, por definição seria tornar-se humano, mas ao contextualizar para a dinâmica da saúde entende-se como a valorização de todos os envolvidos no processo de garantir saúde, seria a comunicação de qualidade, o cuidado integral ao paciente de forma individualizada de acordo com as necessidades.<sup>5</sup> A Lei Orgânica da Saúde (Lei n.8.080/1990) reafirma os princípios constitucionais e abriu espaço para o processo de humanização do SUS como política pública com isso, para tal forma de aplicar a medicina

faz-se necessário profissionais comprometidos e interessados em humanizar as relações médico-paciente.<sup>6</sup>

A revitalização no Sistema de Saúde tornou essencial que houvesse modificações nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)<sup>7</sup> para o curso de medicina, descrevendo então, que os egressos sejam profissionais generalistas, humanistas, com capacidade crítica e reflexiva, pautado em princípios éticos para atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, de forma responsável com enfoque nas múltiplas dimensões da relação entre profissional, paciente e medicina<sup>8</sup> valorizando as habilidades práticas e articulando com os conhecimentos teóricos.<sup>7</sup>

O docente se encontra no centro da reorientação do ensino médico, principalmente, por possibilitar a transformação por meio da ampliação de perspectivas e ser uma referência para aqueles aos quais leciona.<sup>9</sup> Os professores são facilitadores de conhecimento, fontes de experiência e formadores de opinião e têm sido de grande valia no desenvolvimento humanístico dos discentes e na interpretação destes das histórias dos pacientes de forma a reconhecer e absorver o que foi dito.<sup>10</sup> Para tanto é primordial a consciência do profissional quanto a própria formação humanizada para um pleno exercício da profissão.<sup>11</sup> Sendo assim, este trabalho teve por objetivo analisar o nível de humanização na relação médico-paciente dos docentes médicos e a

repercussão com a forma de ensinar e a importância do ensino humanizado, por parte dos docentes, para a formação acadêmica dentro da medicina.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal realizado por meio da análise de dados obtidos pela aplicação de questionários durante o segundo semestre de 2021. Nesta pesquisa incluiu-se todos os(as) médicos(as) docentes, qualquer especialidade médica, que se interessaram em participar e que assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Aqueles que se recusaram a responder os questionários ou preencheram incorretamente foram excluídos da pesquisa. A coleta dos dados ocorreu de forma virtual por meio de envio do formulário aos docentes em canais de comunicação previamente estabelecidos e acordados.

O estudo foi realizado no curso de medicina da Universidade Evangélica de Anápolis - UniEVANGÉLICA contando com a participação de 74 médicos docentes dos 97 da referida universidade.

Foram utilizados um questionário socio-demográfico englobando questões como sexo, especialidade médica e tempo de formado e a Escala de Orientação Médico-Paciente (EOMP), originalmente redigida na língua inglesa, no ano 2000, e validada para a língua portuguesa em 2012. Esta escala é composta por 18 itens, divididos igualmente entre os domínios, relacionados

com a avaliação de duas dimensões: o "compartilhar" (referente aos itens 1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 15, 18) relacionado a quanta informação o (a) médico (a) deve expor aos pacientes e o "cuidado" (referente aos itens 2, 3, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 17) que diz respeito a parte emocional da relação médico-paciente.<sup>12</sup>

Para o cálculo amostral utilizou-se o software G\*power (versão 3.1) levando em consideração os testes estatísticos aplicados (Testes de Qui-Quadrado e Mann-Whitney) com o nível de significância de 5% e 80,3% de poder amostral.

A análise dos dados, obtidos com a aplicação da escala EOMP, foi estratificada pela soma dos escores e quando os resultados foram menores ou iguais a 4,57 compreende-se que as atitudes são focadas na doença e no médico, escores com valores entre 4,57 e 5,00 mostra um posicionamento relativo e, escores maiores ou iguais a 5,00 entende-se que o atendimento é centrado no paciente.

Foram utilizadas as frequências absolutas como variáveis categóricas. Além disso, nas variáveis contínuas foram apresentadas como médias e desvios-padrão (DP). Para comparar proporções foi usado o teste de Qui-Quadrado / Teste Qui-Quadrado de Tendência e substituídos pela correção de Llikelihood-Ratio quando necessário ao realizar as comparações de sub-amostras com frequência esperada menor < 5 em mais de 20% das caselas e (ou) caselas com valores < 1. Adotou-se  $p < 0,05$  como nível de significância e os dados foram analisados utilizando o software Statistical Package Social Science (SPSS), versão

24. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa – UniEVANGÉLICA parece 4.930.860/2021.

## RESULTADOS

Os dados da pesquisa foram obtidos com as respostas de 74 médicos docentes aos questionários aplicados, anteriormente, que englobaram as variáveis sexo, especialidade médica e tempo de formado. Ao analisar os itens do questionário sociodemográfico percebe-se predominância do sexo masculino com 44 (59,5%) docentes e uma pequena parcela feminina contando 30 (40,5%). No que diz respeito a idade houve uma amplitude considerável em relação do tempo de formado em que a maioria tem de 6 a 20 anos (63,6%) de formação. Analisando as especialidades médicas a maioria, no que diz respeito a atuação, encontra-se na área clínica (52,7%), evidenciado pela tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição dos participantes (n=74).

Variáveis	n (%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	44 (59,5)
Feminino	30 (40,5)
<b>Especialidade Médica</b>	
Clínica Médica	39 (52,7)
Cirurgia	7 (9,5)
Pediatria	15 (20,3)
Ginecologia e Obstetrícia	9 (12,2)
Saúde Coletiva	4 (5,4)
<b>Tempo de formado</b>	
0 a 5	3 (4,1)
6 a 20	47 (63,6)
21 a 35	17 (23)
Acima de 36	7 (9,5)

O escore EOMP revelou em seu resultado, pelo escore global igual a 4,55, que a atitude médica está prioritariamente voltada para o profissional. Contudo, ao particularizar os escores obtidos por domínio percebeu-se que o Domínio Cuidar (caring) atingiu uma pontuação acima da média (5,26) enquanto o Compartilhar (sharing) não atingiu tal feito (4,32), conforme tabela 2.

**Tabela 2.** Escores obtidos na Escala de Orientação Médico Paciente (EOMP)

<b>Escore Global</b>	4,55
<b>Domínio Global</b>	5,26
<b>Domínio Compartilhar</b>	4,32

Neste sentido, ao relacionar a escala EOMP e as grandes áreas médicas (Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde Coletiva) percebe-se que a pediatria alcançou as maiores médias em todos os aspectos enquanto Cirurgia atingiu a menor pontuação no Domínio Compartilhar, Saúde Coletiva no Domínio Cuidar e Ginecologia e Obstetrícia obteve o menor escore EOMP (Tabela 3).

Destrinchando as respostas dos 74 participantes e analisando de acordo com a classificação EOMP obteve-se que, como evidenciado no escore global, a maioria, 36 (48,6%) participantes, tem atitudes voltadas para o médico e a doença, apenas 22 (29,7%) mostraram atitudes voltadas para o paciente e 16 (21,6%) demonstraram atitudes parcialmente voltadas para o paciente, de acordo com a tabela 4.

**Tabela 3.** Relação entre EOMP e as grandes áreas médicas.

	Cuidar	Compartilhar	EOMP	n
Clínica Médica	5,30 (1,26)	4,29 (0,70)	4,54 (0,62)	39
Pediatria	5,63 (1,41)	4,70 (0,74)	4,87 (0,61)	15
Ginecologia e Obstetrícia	4,70 (1,11)	4,01 (0,50)	4,17 (0,45)	9
Cirurgia	5,30 (1,64)	3,90 (0,54)	4,27 (0,51)	7
Saúde Coletiva	4,64 (0,58)	4,69 (0,48)	4,72 (0,52)	4
<i>p</i>	0,209	0,022	0,022	

**Tabela 4.** Escore EOMP e classificação de acordo com as grandes áreas médicas.

Especialidade	Classificação do escore EOMP			n	p
	Centrado no médico (%)	Parcialmente centrado ao paciente (%)	Centrado no paciente (%)		
Clínica Médica	21 (28,3)	5 (6,7)	13 (17,5)	39	
Pediatria	2 (2,7)	6 (8,1)	7 (9,4)	15	
Ginecologia e Obstetrícia	7 (9,4)	2 (2,7)	0	9	0,009
Cirurgia	5 (6,7)	1 (1,3)	1 (1,3)	7	
Saúde Coletiva	1 (1,3)	2 (2,7)	1 (1,3)	4	
<b>Total</b>	<b>36 (48,6)</b>	<b>16 (21,6)</b>	<b>22 (29,7)</b>	<b>74</b>	

## DISCUSSÃO

Ao realizar a aplicação do Escore EOMP, constatou-se que os principais resultados encontrados se relacionam a atitudes médicas centradas no médico e na doença, tal feito ficou evidente devido aos escores com valores inferiores a 5,00, diferentemente do que era esperado com esse estudo, que eram atitudes centradas no paciente. Apesar de algumas especialidades como Pediatria, Cirurgia e Clínica Médica tenham obtido valores acima da média no Domínio Cuidar,

ao calcular o escore global, a média EOMP não alcança valores suficientes para serem classificados como centrado no paciente (4,55). Com esses resultados podemos correlacionar ao histórico da medicina de supervalorizar a ciência e intelectualizarão do saber, tendo como principalmente objeto de estudo o doente que passou a ser reconhecido de forma científica levando o médico a ser um replicador tal qual aqueles responsáveis pelas produções em série na industrialização.<sup>13</sup>

Teoricamente, uma diretriz curricular do ensino médico é a formação humanística para uma boa prática na arte que é a medicina,<sup>14</sup> contudo nota-se uma discrepância entre o modelo médico adotado por muitos e as necessidades do paciente, focando apenas na doença evidenciada e não no paciente como um ser complexo.<sup>15</sup> A educação é como uma pessoa é moldada, através do conhecimento, ao longo da vida tanto de forma científica como social.<sup>16</sup> E os resultados abaixo da média obtidos no presente estudo demonstram que, apesar da inserção de disciplinas humanísticas no currículo de graduação médica, na prática, ainda são desenvolvidas de forma superficial por parte dos docentes e, muitas das vezes, como desinteressantes por parte dos acadêmicos.<sup>17</sup>

No processo de formação médica, há exposição alarmante do aluno a informações científicas de tal forma que o tempo acadêmico é monopolizado e a abordagem a respeito da relação médico-paciente e as expectativas do paciente fica aquém. É notório que um cuidado de qualidade exige conhecimento, não apenas técnico, mas empático, contudo nota-se que no decorrer da vida acadêmica a humanização passa a ter um papel secundário pois tem-se a precária defesa de evitar o sofrimento do paciente em prol de não se sentir impotente diante da doença deste,<sup>18</sup> este receio fica evidenciado nos números, abaixo dos pontos de corte, obtidos pela estatística da pesquisa, em que os profissionais possuem atitudes direcionadas a doença e não para a totalidade do paciente que o busca.

Dessa forma, a “desumanização” dentro da medicina deve ser remediada ao educar as atitudes dos estudantes para mais do que apenas a teoria e isso cabe a academia e aos docentes presentes.<sup>19</sup> Há um reconhecimento internacional da necessidade de mudança na educação de profissionais de saúde frente à inadequação do aparelho formador em responder às demandas sociais. As instituições têm sido estimuladas a transformarem-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valorize a equidade e a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho em saúde. O processo de mudança da educação traz desafios, entre os quais romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos.<sup>20</sup>

O presente estudo apresenta como limitação uma amostra pequena, a restrição a pesquisa de docentes de uma universidade específica e a disponibilidade escassa de artigos, da perspectiva do docente humanizado, para análise comparativa. Apresenta, ainda, potencial para desenvolvimento de novos artigos sobre o assunto e a análise sobre o desenvolvimento de uma medicina mais humanizada dentro das universidades brasileiras.

## CONCLUSÃO

Ficou evidente, portanto, que o nível de humanização relacionado aos docentes médicos mostrara atitudes voltadas principalmente para o médico e a doença. Contudo, nota-se houve

um grande avanço desde a inclusão do debate sobre humanização dentro da medicina e isto é notado com os valores obtidos no domínio cuidar. Dessa forma, nota-se, apesar de ser um assunto atualmente debatido, principalmente dentro das academias, ainda se encontra engatinhando para encontrar seu espaço e, esperançosamente, substituir o mecanicismo ao qual os médicos estão operando em seus atendimentos bem como toda uma estrutura de ensino secular que se concentrou e apenas um aspecto do paciente.

### DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesse.

**Forma de citar este artigo:** Sousa ALM, Bessa LB, Maia LLF, Cardoso HC. A influência da humanização do docente na relação médico-paciente e na formação acadêmica. *Rev. Educ. Saúde.* 2023; 10(2): 10-17.

### REFERÊNCIAS

1. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2015;20(6):1869-1878.
2. Pagliosa, FL.; Da Ros, MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2008;32(4):492-499.
3. Moraes, BA.; Costa, NMS. Compreendendo os currículos à luz dos norteadores da formação em saúde no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2016;50(SPE):9-16.
4. Wenceslau, LD.; Röhr, F. O desafio da humanização da formação médica e as possíveis contribuições da medicina antroposófica. *Arte médica ampliada, Ano XXXI.* 011;31(2):12-18.
5. Binz, MC.; Menezes Filho, EW.; Saupe, R. Novas tendências, velhas atitudes: as distâncias entre valores humanísticos e inter-relações observadas em um espaço docente e assistencial. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2010;34(1):28-42.
6. Gadelha P, De Noronha JC, Pereira TR (Ed.). *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro.* Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2012.
7. BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* Brasília; 20 jun 2014.
8. Pereira, GA.; Standler, AMU.; Uchimura, KY. O olhar do estudante de medicina sobre o sistema único de saúde: a influência de sua formação. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2018;42(3):57-66.
9. Ferreira CC, Souza AML. Formação e prática do professor de medicina: um estudo realizado na Universidade Federal de Rondônia. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2016;40(4):635-643.
10. Balbi L, Lins L, Menezes MS. A literatura como estratégia para reflexões sobre o humanismo e ética no curso médico: um estudo qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2017;41(1):152-161.
11. Ferreira LC, Mourão RA, Almeida RJ. Perspectivas de docentes de medicina a respeito da ética médica. *Revista Bioética.* 2016;24(1):118-127.

12. Pereira CMAS. Tradução, adaptação cultural e validação da Patient - Practitioner Orientation Scale (PPOS) para a língua portuguesa do Brasil. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2012. DOI <https://doi.org/10.14393/ufu.di.2012.125>
13. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de saúde pública*. 1999;15:647-654.
14. Rios IC, Schraiber LB. A relação professor-aluno em medicina - um estudo sobre o encontro pedagógico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012;36:308-316.
15. Sanvito WL, Rasslan Z. Os paradoxos da medicina contemporânea. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2012; 58:634-635.
16. Rodrigues VMR, Rodrigues KAI. Formação médica humanizada: conexões interdisciplinares entre medicina, educação, direitos humanos e políticas sociais para estudo da ortotanásia. *Interdisciplinary Scientific Journal [Internet]*. 2017;4(1).
17. Rios IC. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009; 33(2):253-261.
18. Moreto G, Blasco PG. A erosão da empatia nos estudantes de medicina: um desafio educacional. *Revista Brasileira Médica*. 2012;69(1):12-7.
19. Blasco PG. É possível humanizar a Medicina? Reflexões a propósito do uso do Cinema na Educação Médica. *O Mundo da saúde*. 2010; 34(3):357-367.
20. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cadernos de saúde pública*. 2004;20:780-788.
21. Increases Mortality and Modulates the Lung Metabolome during Pandemic H1N1 Influenza Virus Infection in Mice. *J Immunol [Internet]*. 2015 May 15;194(10):4846-59. Available from: <http://www.jimmunol.org/lookup/doi/10.4049/jimmunol.1402295>
22. Junqueira RMP, Duarte EC. Fatores associados à chance para a mortalidade hospitalar no Distrito Federal. *Epidemiol e Serviços Saúde [Internet]*. 2013 Mar;22(1):29-39. Available from: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742013000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=em](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=em)
23. Oliveira W, Carmo E, Penna G, Kuchenbecker R, Santos H, Araujo W, et al. Pandemic H1N1 influenza in Brazil: analysis of the first 34,506 notified cases of influenza-like illness with severe acute respiratory infection (SARI). *Euro Surveill [Internet]*. 2009 Oct 22;14(42). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19883548>