

**Paulo Geovanny Pedreira**

**FORMAÇÃO EM TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA DE  
ESTUDANTES DE MEDICINA NA GRADUAÇÃO: UMA ANÁLISE NA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Santos - SP

2022

**Paulo Geovanny Pedreira**

**FORMAÇÃO EM TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA DE  
ESTUDANTES DE MEDICINA NA GRADUAÇÃO: UMA ANÁLISE NA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

**Orientador:**

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

**Coorientadora:**

Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira

Santos - SP

2022

Pedreira, Paulo Geovanny

**Formação em Tomada de Decisão Compartilhada de Estudantes de Medicina na Graduação: uma análise na Universidade Federal do Tocantins** / Paulo Geovanny Pedreira – São Paulo, 2022

xvi, 213 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Campus Baixada Santista. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde

**Título em inglês:** Training in Shared Decision Making of Undergraduate Medical Students: an analysis at the Tocantins Federal University.

1. Tomada de Decisão Compartilhada. 2. Assistência Centrada no Paciente. 3. Educação de Graduação em Medicina. 4. Internato de Medicina.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**CAMPUS BAIXADA SANTISTA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM**  
**CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Diretor do Campus Baixada Santista:**

Prof. Dr. Odair Aguiar Júnior

**Diretor do Instituto Saúde e Sociedade:**

Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker

**Coordenador(a) do Curso de Pós-graduação:**

Profa. Dra. Alessandra Medeiros

**Paulo Geovanny Pedreira**

**FORMAÇÃO EM TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA DE  
ESTUDANTES DE MEDICINA NA GRADUAÇÃO: UMA ANÁLISE NA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS**

Presidente da Banca:

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

---

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Aécio Flávio Teixeira Goés

---

Profa. Dra. Maria Stella Peccin da Silva

---

Prof. Dr. Neilton Araújo de Oliveira

---

Prof. Dr. Sigisfredo Luis Brenelli

---

Data de aprovação: 26/julho/2022

## Dedicatória

*À minha mãe Imelda (in memoriam).*

## **Agradecimentos**

Na realização da presente tese, contei com o apoio direto ou indireto de múltiplas pessoas e instituições às quais estou profundamente grato. Correndo o risco de injustamente não mencionar algum dos contributos quero deixar expresso os meus agradecimentos:

Ao orientador desta tese o Prof. Dr. Nildo Alves Batista, pela orientação prestada, pelo seu incentivo, disponibilidade e apoio que sempre demonstrou. Aqui lhe exprimo a minha gratidão.

À coorientadora Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira pela sua disponibilidade nos trabalhos de campo, pelo seu incentivo, e igualmente pelo seu apoio na elaboração deste trabalho.

## Resumo

**Introdução:** Tomada de decisão compartilhada (TDC) é uma abordagem em que médicos e pacientes compartilham as melhores evidências disponíveis quando confrontados com a tarefa de tomar decisões, nas quais pacientes são apoiados a considerar opções a fim de obter preferências. Apesar de cada vez mais incorporadas no currículo de educação médica, não são encontradas muitas evidências de quais estratégias são mais eficazes para instruir os estudantes de Medicina sobre Atenção Centrada no Paciente (ACP) e TDC durante o curso da sua graduação, especialmente no internato. **Objetivos:** Analisar a formação em tomada de decisão compartilhada no curso de graduação em Medicina da Universidade Federal do Tocantins (UFT). **Métodos:** Análise documental do projeto pedagógico do Curso de Medicina da UFT e de 118 atas de reunião de colegiado para investigar proposta a formativa referente ao desenvolvimento de competências relacionadas a ACP e TDC. Para analisar a aprendizagem em TDC, foram realizadas duas etapas de coleta de dados: aplicação de uma escala atitudinal tipo Likert junto a 116 internos do internato da clínica médica; e entrevista de aprofundamento realizada com 7 internos e 7 professores do curso de Medicina da UFT. **Resultados:** Análise documental do projeto pedagógico do curso de medicina e 2 das atas de reunião de colegiado mostraram que a formação com base na ACP ainda se mostra incipiente, principalmente se levarmos em conta o ensino de TDC. Contudo, foram encontrados indicativos indiretos de preparo para a perspectiva do cuidado baseado na integralidade do sujeito. Os resultados conjugados da escala atitudinal e entrevistas de aprofundamento mostraram percepções de prejuízo no ensino de TDC antes e durante o internato de clínica médica; prejuízo de ensino das habilidades de comunicação e das considerações dos aspectos emocionais e as preferências dos pacientes; contudo já dizem estimular a formação do aluno nas competências de comunicação e preferências do paciente. Os entrevistados reconhecem que os estudantes do curso de Medicina, principalmente os internos de clínica médica, são prejudicados quanto à concessão de autonomia ao abordar o paciente para TDC. Sobre o ensino de TDC na etapa pré-internato os entrevistados reconhecem o ensino formal de TDC, mas de maneira deficitária, e a abordagem do ensino na forma de currículo oculto é muito presente. Durante o internato, os entrevistados reconhecem que há ensino planejado de TDC durante as



práticas na forma de discussão dos casos, práticas acolhedoras e consideração das preferências do paciente baseadas em evidências. Contudo, a presença do ensino na forma de currículo oculto também é muito evidente. Reconhecem que a pouca abordagem do ensino de TDC se dá pela falta de tempo acarretada pela alta demanda de pacientes e por deficiência da qualificação dos preceptores em metodologias centradas no paciente; reconhecem que no internato de clínica médica existe pouco protagonismo do interno para realizar a TDC, muitas vezes acentuada pela hierarquia dos cenários de ensino, onde o residente tem a preferência no manejo do paciente.

**Conclusões:** Mesmo com o surgimento de matrizes curriculares teoricamente voltadas para ACP, a sua implantação e o seu desenvolvimento nas escolas médicas têm sido um grande desafio para as instituições de ensino. Ainda que o currículo de Medicina da UFT aponte para ações centralizadas no paciente, a formação tanto teórica e principalmente prática – como no internato, revela fragilidades e desafios a serem superados. Nas práticas do internato a relação do estudante com o paciente tende a ser de maior proximidade com importante reconhecimento dos seus valores, sejam eles emocionais, culturais e afetivos podendo marcar sua futura práxis nas relações terapêuticas que irá desenvolver ao longo de sua carreira.

**Descritores:** Tomada de Decisão Compartilhada; Assistência Centrada no Paciente; Educação de Graduação em Medicina; Internato de Medicina.

## **Abstract**

**Introduction:** Shared decision making (SDM) is an approach in which physicians and patients share the best available evidence when faced with the task of making decisions, in which patients are supported to consider options in order to obtain preferences. Despite being increasingly incorporated into the medical education curriculum, there is not much evidence of which strategies are most effective for instructing medical students on Patient-Centered Care (PCC) and SDM during their undergraduate course, especially in internship. **Objectives:** To analyze the training in shared decision-making in the undergraduate medical course at the Tocantins Federal University (UFT). **Methods:** Documental analysis of the pedagogical project of the UFT medical course and 118 documents of a collegiate meeting to investigate a training proposal regarding the development of competences related to PCC and SDM. To analyze the learning in SDM, two stages of data collection were carried out: application of a Likert-type attitudinal scale with 116 interns of the medical clinic internship; and in-depth interview conducted with 7 interns and 7 professors of the Medicine course at UFT. **Results:** Documentary analysis of the pedagogical project of the UFT medical course and 2 documents of the collegiate meeting showed that training based on pedagogical course project is still incipient, especially if we take into account the teaching of SDM. However, indirect indications of preparation for the perspective of care based on the integrality of the subject were found. The combined results of the attitudinal scale and in-depth interviews showed the participants' perceptions: impairment in the teaching of SDM before and during the medical clinic internship; loss of teaching communication skills and considerations of emotional aspects and preferences of patients, however, they already say that it stimulates the formation of the student in communication skills and patient preferences. Respondents recognize that medical students, especially interns, are harmed in terms of granting autonomy to approach the patient for SDM. About the teaching of SDM in the pre-boarding stage, the interviewees recognize the formal teaching of SDM in the pre-boarding stage, but in a deficient way, and the approach to teaching in the form of a hidden curriculum is very present. During the medical internship, the interviewees recognize that there is planned teaching of SDM during the practices in the form of case discussion, welcoming practices and consideration of the patient's preferences based on evidence, however the presence of teaching in the form of a hidden curriculum is also very

evident. Respondents recognize that the lack of approach to SDM teaching is due to the lack of time caused by the high demand of patients and the deficiency in the qualification of preceptors in patient-centered methodologies; recognize that in the medical clinic internship there is little role for the medical intern to perform SDM, often accentuated by the hierarchy of teaching scenarios, where the resident has the preference in patient management. **Conclusions:** Even with the emergence of curricular matrices theoretically focused on PCC, its implementation and development in medical schools has been a major challenge for educational institutions. Although the UFT Medicine curriculum points to patient-centered actions, both theoretical and mainly practical training - as in internship, reveals weaknesses and challenges to be overcome. In internship practices, the student's relationship with the patient tends to be closer, with important recognition of their values, whether emotional, cultural and affective, which can mark their future praxis in the therapeutic relationships that they will develop throughout their career.

**Keywords:** Shared decision making; Patient-Centered Care; Education Medical, Undergraduate; Intership medical.

## Sumário

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
Lista de figuras .....	xiii
Lista de quadros .....	xiii
Lista de tabelas.....	xiv
Lista de gráficos.....	xiv
Lista de abreviaturas, siglas e símbolos .....	xv
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>9</b>
2.1 Objetivo geral .....	10
2.2 Objetivos específicos .....	10
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>11</b>
3.1 Atenção centrada no paciente .....	12
3.2 Tomada de decisão compartilhada.....	19
3.3 Atenção centrada no paciente e tomada de decisão compartilhada na formação médica .....	30
<b>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>52</b>
4.1 Desenho da Pesquisa .....	53
4.2 Contexto da Pesquisa .....	56
4.3 População do estudo .....	59
4.3.1 Critérios de inclusão .....	61
4.4 Processo de produção de dados .....	61
4.4.1 Análise documental .....	63
4.4.2 Escala atitudinal tipo Likert.....	65
4.4.2.1 Validação estatística da escala atitudinal tipo Likert .....	67
4.4.2.2 Análise de validade das asserções.....	68
4.4.2.3 Análise de confiabilidade do instrumento de percepção .....	68
4.4.3 Entrevista de aprofundamento .....	70
4.5 Análise de dados.....	72
4.5.1 Análise dos dados referentes à escala atitudinal tipo Likert.....	73
4.5.2 Análise de dados das entrevistas.....	73
4.6 Procedimentos éticos.....	74

<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>76</b>
5.1 A tomada de decisão compartilhada no PPC e nas atas do colegiado .....	77
5.2 Ensino e aprendizagem de tomada de decisão compartilhada na graduação do curso de medicina da UFT .....	90
5.2.1 Percepções de professores e estudantes sobre ensino e aprendizagem de tomada de decisão compartilhada na graduação .....	95
5.2.2 Ensino e aprendizagem de tomada de decisão compartilhada na etapa pré-internato .....	119
5.2.3 Ensino e aprendizagem de tomada de decisão compartilhada no internato de clínica médica .....	136
<b>6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>152</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>155</b>
<b>ANEXOS E APÊNDICES .....</b>	<b>180</b>

## Lista de figuras

Figura 5.1: Síntese da análise documental da pesquisa.....	78
--	----

## Lista de quadros

Quadro 4.1: Apresentação dos objetivos, instrumentos, cenários e sujeitos da pesquisa.....	61
Quadro 5.1: Categorias e subcategorias encontradas na análise documental. ....	80
Quadro 5.2: Categorias e subcategorias encontradas na entrevista de aprofundamento do núcleo direcionador: Percepções de professores e estudantes sobre o ensino e aprendizagem de tomada de decisão compartilhada na graduação. ....	96
Quadro 5.3: Médias das asserções da Dimensão - D2: Percepção e aprendizagem dos Internos de Clínica Médica em TDC. ....	98
Quadro 5.4: Médias das asserções da dimensão – D4: Percepção do Interno quanto ao Papel / Satisfação do Paciente na TDC no internato de clínica médica .....	108
Quadro 5.5: Categorias e subcategorias encontradas na entrevista de aprofundamento do núcleo direcionador: formação em TDC na etapa pré-internato. ....	120
Quadro 5.6: Médias das asserções da Dimensão - D1: Formação de TDC na Etapa Pré-Internato.....	121
Quadro 5.7: Médias das asserções da dimensão - D3: Processo Ensino Aprendizagem em TDC dos Internos de Medicina em Clínica Médica.....	136
Quadro 5.8: Categorias e subcategorias encontradas na entrevista de aprofundamento do núcleo direcionador: Processo Ensino Aprendizagem em TDC dos Internos de Medicina em Clínica Médica .....	138

## **Lista de tabelas**

Tabela 4.1: Total de internos participantes.....	59
Tabela 4.2: Características demográficas dos internos participantes.....	60
Tabela 5.1: Resultado da dispersão das asserções validadas. ....	91
Tabela 5.2: Resultado da confiabilidade das asserções validadas.....	91
Tabela 5.3: Resultado da análise de variância em relação ao Eixo de Análise: gênero. ....	93
Tabela 5.4: Resultado da análise de variância em relação ao Eixo de Análise: faixa etária .	94

## **Lista de gráficos**

Gráfico 5.1: Perfil da População Amostral quanto à distribuição por gênero. ....	92
Gráfico 5.2: Perfil da População Amostral quanto à distribuição por faixa etária .....	93
Gráfico 5.3: Perfil Geral Atitudinal por Dimensão .....	95
Gráfico 5.4: Perfil Atitudinal da Dimensão - D2: Percepção e aprendizagem dos Internos de Clínica Médica em TDC .....	97
Gráfico 5.5: Perfil Atitudinal da Dimensão - D4: Percepção do Interno quanto ao Papel / Satisfação do Paciente na TDC no internato de clínica médica .....	107
Gráfico 5.6: Perfil Atitudinal da Dimensão - D1: Formação de TDC na Etapa Pré-Internato .....	121
Gráfico 5.7: Perfil Atitudinal da Dimensão - D3: Processo Ensino Aprendizagem em TDC dos Internos de Medicina em Clínica Médica .....	136

## Lista de abreviaturas, siglas e símbolos

<b>ABEM</b>	Associação Brasileira de Educação Médica
<b>ACGME</b>	The Accreditation Council for Graduate Medical Education
<b>ACP</b>	Atenção Centrada no Paciente
<b>AD</b>	Apoios de Decisão
<b>ANOVA</b>	Estatística de Análise de Variância
<b>APC</b>	Atividades Profissionais Confiáveis
<b>CEM</b>	Código de Ética Médica
<b>CI</b>	Consentimento Informado
<b>CM</b>	Clínica Médica
<b>CP</b>	Concordo Plenamente
<b>DC</b>	Decisão Compartilhada
<b>DCN's</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>DP</b>	Discordo Plenamente
<b>EIP</b>	Educação Interprofissional
<b>EMC</b>	Educação Médica Continuada
<b>EPP</b>	Evidence and Patient Preferences
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>IC</b>	Inclinado a Concordar
<b>ID</b>	Inclinado a Discordar
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>IOM</b>	Institute of Medicine
<b>MBE</b>	Medicina Baseada em Evidências
<b>MCCP</b>	Método Clínico Centrado na Pessoa
<b>MCP</b>	Medicina Centrada no Paciente
<b>MEC</b>	Ministério da Educação e Cultura
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPTION</b>	Observing Patient Involvement
<b>PAT</b>	Pacientes como Professores
<b>PBE</b>	Prática Baseada em Evidência
<b>PPC</b>	Projeto Pedagógico de Curso
<b>PPOS</b>	Patient-practitioner orientation scale



<b>RMP</b>	Relação Médico-paciente
<b>SEPCQ</b>	Self- Efficacy in Patient Centeredness Questionnaire
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TD</b>	Tomada de Decisão
<b>TDC</b>	Tomada de Decisão Compartilhada
<b>UC</b>	Unidade de Contexto
<b>UFMG</b>	Universidade Federal de Minas Gerais
<b>UFT</b>	Universidade Federal do Tocantins
<b>UNIFESP</b>	Universidade Federal de São Paulo
<b>UR</b>	Unidade de Registro

## 1 INTRODUÇÃO

---

Os avanços na ciência médica vêm fornecendo novas opções que, embora muitas vezes melhorem os resultados, distanciam inadvertidamente os médicos de seus pacientes. O resultado é um ambiente de assistência à saúde em que os pacientes e suas famílias são frequentemente excluídos de discussões importantes, deixando uma sensação de desconhecimento sobre como seus problemas estão sendo gerenciados e sobre como navegar na enorme variedade de opções de diagnóstico e tratamento disponíveis (BARRY; EDGMAN-LEVITAN, 2012).

Para Barry e Edgman-Levitan, (2012), a inclusão de pacientes e familiares como aliados na concepção, implementação e avaliação de sistemas de atendimento tem como pressupostos a abordagem bem-sucedida ao respeitar valores, preferências e necessidades expressas do paciente; uma atenção coordenada, integrada e centrada no paciente; informações e educação claras e de alta qualidade; conforto e apoio emocional; envolvimento de familiares e amigos incluído-os como aliados na concepção, implementação e avaliação de sistemas de atendimento.

Compartilhar decisões, em oposição à tomada de decisões em nome dos pacientes, está ganhando cada vez mais destaque na política de assistência à saúde. Elwym et al., definem a tomada de decisão compartilhada (TDC) como uma abordagem em que médicos e pacientes compartilham as melhores evidências disponíveis quando confrontados com a tarefa de tomar decisões, e onde os pacientes são apoiados a considerar opções, a fim de obter preferências informadas”.

A Relação Médico-paciente (RMP), construída espontaneamente por comunicação e cuidado, demanda habilidade do profissional em adequar-se às características subjetivas de cada paciente, e assim adquirir competências essenciais para tomada de decisão (TD) num contexto de decisão compartilhada (DC) (COSTA; AZEVEDO, 2010).

Relação Médico-paciente e comunicação adequadas entre médico e paciente são princípios básicos da Medicina e da Atenção Centrada no Paciente (ACP). A comunicação e a troca de informações e valores devem permitir que médico e paciente ponderem juntos sobre a questão clínica envolvida numa relação profissional em que ambos tomem uma decisão visando o melhor do bem-estar para o paciente (SINGH OSPINA et al. 2020), algo maior do que fazer perguntas, realizar o exame físico, receitar medicamentos e prescrever (ROCHA et al., 2011).

O processo de comunicação deve permitir que pacientes e médicos colaborem ao fazer decisões médicas e identifiquem o próximo melhor passo para cada paciente. Neste contexto, a situação do paciente e como ele valoriza alternativas médicas diferentes são imprescindíveis para fornecer o cuidado (SINGH OSPINA et al. 2020).

A TDC foi proposta como um componente-chave dos cuidados de saúde centrados no paciente em vários contextos médicos, incluindo triagem, intervenções de tratamento médico ou cirúrgico e aconselhamento sobre estilo de vida. Os médicos fornecem informações sobre as opções e ouvem as preferências do paciente, garantindo uma deliberação conjunta que permitirá tomar uma decisão com base nas evidências objetivas oferecidas pelo médico e nos valores pessoais apresentados pelo paciente de acordo com seu modo preferido de tratamento, tomando uma decisão (STALNIKOWICZ; BREZIS, 2020). A TDC também é vista ainda como colaboração que inclui o cuidador e o paciente através das habilidades de comunicação e troca de informações, para chegar a um acordo sobre uma decisão relativa ao tratamento e aos cuidados de sua saúde (CHOW; TEARE; BASKY, 2009).

A TDC é considerada a pedra angular da ACP (CHARLES; GAFNI; WHELAN, 1997; ALLEN; GUSTIN, 2019). A ACP engloba comunicação, colaboração, respeito, relacionamento terapêutico entre as partes e consideração do atendimento a todos os aspectos da saúde, incluindo necessidades psicológicas e sociais (MEAD; BOWER, 2000). A ACP no paciente foi definida pelo Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2001) como “cuidado respeitoso que atende às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, que assegura estes valores orientem as decisões clínicas”. Essa definição destaca a importância de clínicos e pacientes trabalharem juntos para produzir os melhores resultados possíveis (BARRY; EDGMAN-LEVITAN, 2012, p. 780).

Um atributo muito importante da ACP é o envolvimento ativo dos pacientes quando decisões fatais sobre cuidados de saúde devem ser tomadas - quando um paciente individual chega a uma encruzilhada de opções médicas, em que os caminhos divergentes têm consequências diferentes e importantes, com implicações duradouras. Exemplos incluem decisões sobre grandes cirurgias, medicamentos de uso contínuo, e testes de triagem e diagnóstico que podem desencadear cascatas de intervenções sérias e estressantes. Contudo, para algumas decisões, existe um

caminho claramente superior e as preferências do paciente desempenham pouco ou nenhum papel (BARRY; EDGMAN-LEVITAN, 2012).

Stewart et al. (2017) descrevem que a ACP necessita de mudanças no modo de pensar e agir do médico, dentre elas, a noção de que o profissional que está no comando tem o poder de supremacia e de que a pessoa que busca cuidado é um agente sem voz. Na medicina Centrada no Paciente (MCP), o médico deve ter o entendimento de dar voz ao paciente e, compartilhar o poder na relação e nas decisões.

A MCP, cuidado com o paciente e consentimento informado (CI) têm sido incorporados às leis à educação em saúde; à pesquisa e à verificação da qualidade dos serviços de saúde (BARBOSA; RIBEIRO, 2016; LAINE; DAVIDOFF, 1996). As vantagens da MCP incluem maior satisfação do paciente, maior adesão ao tratamento e melhor resposta à terapêutica (KRUPAT et al., 2000), melhor saúde emocional (RATHERT; WYRWICH; BORE, 2012), melhor recuperação do desconforto e menos preocupações (STEWART et al, 2017). Outros atributos incluem: mais satisfação no exercício da Medicina, menor número de processos por erro médico, melhor eficiência do cuidado com o paciente, menor número de exames complementares, menos encaminhamentos a especialistas, e conseqüentemente menores custos para o sistema de saúde e para o paciente (OFFICE OF PATIENT CENTERED CARE AND CULTURA TRANSFORMATION, 2017; BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

No entanto, atitudes de alguns profissionais de saúde em adotar medidas de ACP em muitos hospitais, parecem ser defensivas e resistentes à mudança (DIXON-WOODS et al., 2013), apresentando falhas na comunicação entre médico e paciente. Para Rossignol (2015), no modelo biomédico, a coleta da história baseada apenas nos sinais e sintomas ainda continua sendo a mais utilizada nas disciplinas dos cursos de saúde, quando comparada à coleta de dados que incluem habilidades e atitudes centradas no paciente, incluindo competências que privilegiam a comunicação.

A TDC é cada vez mais defendida como um processo ideal de tomada de decisão sobre o tratamento, tentando-se identificar comportamentos explícitos que prescrevam como se envolver nesse processo, o que forneceria uma forma de guia instrucional. Contudo não existe um caminho único para a TDC por uma variedade de comportamentos diferentes e é, de certo modo, uma questão de percepção. Estados objetivos semelhantes de TDC (se estes pudessem ser definidos) podem muito bem

ser percebidos e avaliados de forma diferente por pacientes diferentes (CHARLES; GAFNI; WHELAN, 1997).

TDC é principalmente um conjunto de habilidades avançadas de comunicação, que incluem temas como comunicação de riscos, negociação e gerenciamento de conflitos e habilidades médicas baseadas em evidências, como fazer boas perguntas e avaliação crítica, reunindo vários dos temas como evidência e autonomia do paciente, crescimento do consumismo e aumento do acesso e uso de informações sobre cuidados de saúde (TOWLE, 2000). TDC depende, assim, da construção de um bom relacionamento no encontro clínico, para que as informações sejam compartilhadas e os pacientes sejam apoiados para decidir, escolher e expressar suas preferências e opiniões (ELWYN et al., 2012).

A abordagem compartilhada para a decisão médica possui inúmeras vantagens. Primeiro, a DC permite que os dados necessários para a decisão sejam analisados de modo mais crítico e detalhado. Segundo, incita ao médico a apresentar todas as alternativas para o tratamento. Terceiro, o paciente entende melhor o planejamento terapêutico e seus objetivos, permitindo que se torne mais vigilante quanto aos potenciais eventos adversos. Esta vigilância, em um contexto de decisão consensual, tende a ser adequada às chances reais de ocorrerem os eventos, visto que desmistifica os dados da mídia sensacionalista aos quais o paciente está exposto nos tempos contemporâneos. Nessa atmosfera de cumplicidade, o paciente se sente mais participativo da TD e, hipoteticamente, a adesão ao tratamento pode ser melhor (GAFNI; CHARLES; WHELAN, 1988; THOMASMA, 1983).

Os comportamentos profissionais são cultivados e desenvolvidos principalmente na fase de formação do médico. A educação dos estudantes em escolas médicas tem se baseado em diferentes filosofias educacionais, na tentativa de trabalhar em estreita colaboração em equipes multidisciplinares e potencialmente no aprendizado de uns com os outros. No entanto, não está claro se incursão em diferentes programas, exposição clínica ou idade influenciam os alunos nas orientações centradas no paciente (ROSEWILLIAN et al., 2019). Segundo Caprara e Rodrigues (2004), a deficiência acontece decorrente de uma formação médica que ainda se mantém valizando aspectos biomédicos; isso aponta para a necessidade de desenvolver uma força de trabalho futura centrada no paciente objetivando fortalecer a qualidade dos atendimentos.

Para Schwartz (2010), habilidades e atitudes objetivando aprendizagem da tomada de decisões médicas na faculdade de Medicina devem se basear no interesse do paciente. O médico em treinamento deve aprender a formar diagnósticos diferenciais; avaliar, selecionar e interpretar testes de diagnóstico; entender as preferências do paciente; e avaliar e escolher estratégias de gerenciamento com base em regras de decisão apropriadas, compostas pelos conhecimentos e habilidades necessárias para facilitar as decisões de outras pessoas, principalmente os pacientes e suas famílias, respeitando o imperativo ético de proporcionar autonomia informada, bem como o imperativo científico de decisão para atender não apenas a resultados objetivos, mas também como os resultados são avaliados pelos pacientes em relação aos seus valores e objetivos. Logo, reconhece-se o quanto é necessário, e até mesmo difícil, ensinar um estudante de Medicina a ser um médico atento para ações centradas no paciente (BALINT, 1999). Portanto, é importante que a educação profissional transmita estas virtudes ao longo das gerações (SCHWARTZ, 2010; BURACH et al., 1999).

Uma nova geração de médicos com um forte foco no paciente está surgindo. As escolas de medicina têm a responsabilidade de facilitar as colocações clínicas que apoiarão a aquisição e a manutenção de habilidades da assistência centrada no paciente por meio de modelagem positiva de papéis (MCNAIR; GRIFFITHS; REID; SLOAN, 2016). Apesar dos avanços na educação médica na última década e até com a revisão recente das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) no currículo médico, o processo de TD nos atendimentos em saúde, e o pensamento médico sobre o cuidado com o paciente, têm sido pouco discutidos e valorizados. (SILVA, 2013).

Uma intervenção de treinamento estruturado que promova a reflexão crítica sobre os modelos clínicos pode ajudar a mudar a compreensão e as atitudes dos alunos de graduação em Medicina em TDC. Argumentos éticos para a TDC, evidência de seus benefícios e o alinhamento da TDC com os próprios valores fundamentais dos participantes ajudarão a alcançar a "adesão" do aluno (LEYLAND et al. (2021). O ensino em TDC se mostra de grande importância na tentativa de reduzir barreiras comuns à sua implementação como: restrições de tempo para seu desenvolvimento e facilitação, participação inadequada dos estagiários devido a fatores clínicos e demandas educacionais, recursos financeiros limitados e um ambiente em que boas

habilidades de comunicação não são apoiadas ou valorizadas (SINGH OSPINA et al., 2020).

O treinamento de TDC parece ser eficaz no tratamento de barreiras comuns à sua implementação, mas até onde se pode determinar, os princípios da TDC não são rotineiramente ensinados nos currículos das faculdades de Medicina. Apesar de cada vez mais incorporadas no currículo de educação médica continuada (EMC), não são encontradas muitas evidências de quais estratégias são mais eficazes para instruir os estudantes de Medicina sobre TDC. O que se tem observado é que o treinamento médico de graduação em TDC apresenta-se como um fator determinante na importância de ouvir as vozes dos pacientes e facilitar a construção de preferências. Para Durand (2018), a incorporação do treinamento em TDC no ensino de graduação em Medicina é viável e pode ser uma solução potencial para os atuais desafios curriculares.

Neste contexto, assumimos como questões de pesquisa para esta tese:

1. Tomada de decisão compartilhada é uma competência que faz parte do processo de ensino-aprendizagem do curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins?

2. Como a tomada de decisão compartilhada tem sido contemplada no projeto pedagógico do curso e nas atas do colegiado?

3. Qual a formação em tomada de decisão compartilhada dos estudantes na etapa pré-internato?

4. Como se dá a formação em tomada de decisão compartilhada dos internos de clínica médica durante o internato?

5. O interno de clínica médica participa da tomada de decisão compartilhada junto aos seus preceptores durante as práticas?

Partimos das seguintes hipóteses:

1. Apesar da recomendação das diretrizes curriculares nacionais de 2014 de preparo do futuro médico para a atenção à saúde com foco no paciente, a tomada de decisão compartilhada tem sido pouco considerada nas propostas de ensino e aprendizagem na graduação;



2. Tomada de decisão compartilhada, numa perspectiva de atenção centrada no paciente, tem sido temática pouco privilegiada no projeto pedagógico da graduação em Medicina da Universidade Federal do Tocantins e nas atas do colegiado;

3. A formação em tomada de decisão compartilhada dos estudantes de Medicina da Universidade Federal do Tocantins na etapa pré-internato se baseia em fundamentos teóricos, com poucas abordagens explícitas sobre o tema e com poucas práticas;

4. A formação em tomada de decisão compartilhada dos internos de clínica médica é mais representativa que a da etapa pré-internato;

5. O ensino e a aprendizagem da tomada de decisão compartilhada no internato de clínica médica não ocorrem de forma explícita, ficando mais dependente do currículo oculto.

**2 OBJETIVOS**

---

## **2.1 Objetivo geral**

Analisar a formação em tomada de decisão compartilhada no curso de graduação em Medicina da Universidade Federal do Tocantins.

## **2.2 Objetivos específicos**

1. Identificar e analisar como a atenção centrada no paciente e a tomada de decisão compartilhada têm sido contempladas no projeto pedagógico do curso e nas atas do colegiado;

2. Avaliar, na percepção de professores e internos, a formação em tomada de decisão compartilhada na etapa pré-internato;

3. Caracterizar a formação em tomada de decisão compartilhada no internato de clínica médica da Universidade Federal do Tocantins;

4. Investigar a participação do interno de clínica médica nas tomadas de decisão compartilhadas durante as práticas em enfermarias e ambulatórios.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

---

### 3.1 Atenção centrada no paciente

Atenção centrada no paciente é uma maneira de entender o paciente como ser humano único (BALINT, 1955; BALINT, 1969). Os estudos de Balint partiram da “Medicina centrada na pessoa” em contraposição à “Medicina centrada na doença”. O entendimento das queixas baseadas nas opiniões da própria pessoa foi chamado de “diagnóstico abrangente”, e o entendimento baseado na avaliação centrada na doença foi chamado de “diagnóstico convencional” (STEWART et al., 2017).

Carl Rogers nomeou em seu livro *Psicoterapia e Consulta Psicológica*, uma nova proposta de psicoterapia, chamada de *Psicoterapia Não-diretiva* ou *Aconselhamento Não-diretivo*, que posteriormente passa a denominá-la *Terapia Centrada na Cliente*, *Ensino Centrado no Aluno*, *Liderança Centrada no Grupo* e, por fim, *Abordagem Centrada na Pessoa*, classificada pelo autor como mais adequada a sua teoria (MIRANDA; FREIRE, 2012).

A *Psicoterapia Não-diretiva* se baseia no impulso individual para o crescimento e para a saúde, priorizando mais o sentimento do que o intelecto, o presente do indivíduo em vez de seu passado, com foco de interesse no indivíduo e não no problema, tornando a relação terapêutica como um processo de crescimento (MIRANDA; FREIRE, 2012; ABREU et al., 2006)

*Abordagem centrada na pessoa* passa a referir-se à pessoa inteira, não mais ao cliente, em qualquer relação interpessoal, não apenas no processo psicoterapêutico, demonstrando a intensificação da atuação com foco nas interações sociais (WOOD, 2008). Tem-se a busca por relações interpessoais facilitadoras de crescimento dos envolvidos, sejam duas ou mais pessoas. Essa última fase, conhecida por *coletiva* ou *inter-humana*, é caracterizada também por uma preocupação com o futuro do homem e do mundo e a transcendência de valores e ideais (MIRANDA; FREIRE, 2012).

Kleinman, Eisenberg e Good (1978) revelaram que aspectos culturais do paciente e do médico interferiam nos resultados da atenção médica. A discordância entre médico e paciente na visão da doença, do processo de adoecer e nos objetivos a atingir com o tratamento repercute negativamente nos resultados obtidos, como insatisfação do paciente, iniquidade no acesso à assistência e custos crescentes, que não parecem mais passíveis de soluções biomédicas tradicionais. Os autores

propõem que conceitos derivados de pesquisas antropológicas e transculturais podem fornecer uma estrutura alternativa para identificar questões que requerem resolução, incluindo-se aí distinção fundamental entre doença e a noção de construção cultural da realidade clínica.

McWhinney mostrou em um estudo na década de 1970, qual um dos motivos de um paciente se consultar com um médico, abrindo várias possibilidades para investigar sobre a amplitude dos problemas da pessoa, sejam eles físicos, sociais ou psicológicos (STEWART et al., 2017). Para McWhinney (1986), o método clínico deve ser centrado no paciente e não no médico, devendo o médico tentar entrar no mundo do paciente, para ver a doença através dos seus olhos.

Partindo do pressuposto de que modelos dominantes de organização do conhecimento e da experiência, nem sempre explícitos, e da maneira do médico abordar o paciente, Engel (1980) propôs o modelo biopsicossocial. Neste modelo, o ponto de partida é a pessoa, ao contrário do modelo biomédico, que parte do corpo e da doença, negligenciando a pessoa (RIBEIRO e AMARAL, 2088).

Byrne e Long (1984), descreveram um guia para práticas de médicos generalistas que variavam de uma escala do "centrado no médico" para "centrado no paciente". Nas consultas centradas no médico predominam as habilidades e conhecimentos médicos do médico, refletidos em comportamentos como perguntas diretas e fechadas do paciente e promoção de instruções. Estes comportamentos atendem às necessidades de controle do médico. Por outro lado, consultas centradas no paciente refletem o reconhecimento de necessidades e preferências dos pacientes, caracterizadas por situações como incentivar o paciente a expressar ideias, ouvindo, refletindo e oferecendo colaboração. Para Laine e Davidoff (1996), a Medicina ficou tão centralizada nos médicos, que estes começaram a incorporar as perspectivas dos pacientes, e chamam essa mudança de assistência "centrada no paciente", na qual o cuidado é estreitamente congruente e responsivo aos seus desejos, necessidades e preferências.

Bensing (2000) apresenta outras definições da ACP, baseadas na oposição entre atenção centrada no médico versus no paciente ou centrada no paciente versus na doença. Quando se contrapõem a atitude centrada no médico à ACP, o ponto de divergência é o poder do médico versus a autonomia do paciente. Quando a oposição

é entre doença e doente, a MCP é mais abrangente, busca entender as necessidades e desejos do paciente e não se restringe à doença (RIBEIRO e AMARAL, 2008).

Contudo, Bensing (2000) mostra que o conceito de ACP apresenta uma perspectiva humanística, biopsicossocial, combinando valores éticos no "médico ideal", com teorias psicoterapêuticas para facilitar a divulgação dos pacientes de preocupações reais, e teorias de negociação sobre TD. Ele enfatiza fortemente a participação do paciente na tomada de decisões clínicas, leva em consideração a perspectiva dos pacientes e ajusta o atendimento médico às necessidades e preferências dos pacientes.

Mead e Bower (2000) observaram que existe uma ambiguidade considerável quanto ao significado exato do termo e ao método ideal de medir o processo e os resultados do atendimento centrado no paciente e desenvolveram um modelo dos vários aspectos da RMP abrangidos pelo conceito de "centralização no paciente". Assim, conceituaram ACP como um conjunto que engloba comunicação, colaboração, respeito, relacionamento terapêutico entre as partes e consideração do atendimento em todos os aspectos da saúde, incluindo necessidades psicológicas e sociais, que envolvem cinco dimensões conceituais: perspectiva biopsicossocial; "paciente como pessoa"; compartilhamento de poder e responsabilidade; aliança terapêutica; e "médico como pessoa".

A perspectiva biopsicossocial alarga a visão da doença de um paciente de uma perspectiva estritamente biomédica para uma que inclua uma gama mais ampla de influências, como social e fatores psicológicos, que o médico deve levar em consideração ao ver um paciente, o que também pode ser observado na descrição de Engel (1980), na qual a perspectiva biopsicossocial envolve a doença em três níveis hierárquicos: biológicos, psicológicos e sociais. Considerando o tratamento do paciente é necessário o conhecimento e as interações destes três níveis na consulta.

A dimensão paciente como pessoa apresenta-se como a individualidade das diferentes experiências de doença de cada paciente. O conceito "pessoal" pode ter muitas dimensões e as ciências sociais e comportamentais têm contribuído para a compreensão de como os indivíduos interpretam a doença e de qual o significado pode valer para eles (MEAD; BOWER, 2000). "Paciente como pessoa" significa que a influência de um comprometimento da função pode ter diferentes efeitos, dependendo da singularidade apresentada pelo paciente, devendo a vida do paciente

um fator de maior valia a ser levado em consideração (LANGBERG; DYHR; DAVIDSEN, 2019).

Compartilhamento de poder e responsabilidade dependem de informar adequadamente o paciente, o incentivando a participar de decisões médicas. Esta dimensão propõem uma maior adesão e melhor resposta ao tratamento. Dois obstáculos óbvios para completar o igualitarismo são a “Lacuna de competência” e uma assimetria de conhecimento embutida entre paciente e médico. Contudo, o igualitarismo é visto como a aspiração a promover uma mudança na RMP do modelo paternalista para o modelo compartilhado no qual poder e responsabilidade são compartilhadas com o paciente (MEAD; BOWER, 2000).

Consultas centradas no paciente refletem o reconhecimento de necessidades e preferências dos pacientes, caracterizadas por situações como incentivar o paciente a expressar ideias, ouvindo, refletindo e oferecendo colaboração (BYRNE; LONG, 1984). Pacientes são cada vez mais considerados "consumidores" ativos (e críticos em potencial) com direito a certos padrões de serviço, incluindo o direito à informação completa, a ser tratado com respeito e estar ativamente envolvido na TD sobre tratamento. Embora não esteja claro até que ponto a Relação Médico-paciente pode, na prática, tornar-se genuinamente simétrica, a MCP esmera-se em incentivar o papel de um paciente significativamente maior no seu próprio cuidado do que geralmente está associado ao “modelo biomédico” (MEAD; BOWER, 2000).

A dimensão “aliança terapêutica RMP” apresenta um valor próprio. O conceito inclui aproximação, empatia, relacionamento cooperativo e genuinidade, a chamada aliança, na qual se pressupõem o aumento da adesão do paciente ao tratamento. Entretanto, em uma relação negativa ou que não responda, as chances de sucesso do tratamento podem ser reduzidas (LANGBERG; DYHR; DAVIDSEN, 2019). Para Egnew (2009), a dimensão aliança terapêutica tem como alvo obter o histórico do paciente, objetivando uma narrativa que promova a cura, com detalhamento e comprometimento na tentativa de alcançar o cuidado centralizado no paciente (STEWART et al., 2017).

Embora a aliança terapêutica seja uma função da relação entre médico e paciente, a centralização no médico ainda é muito preponderante, particularmente em habilidades necessárias para alcançar e desenvolver o “contexto” emocional desejado nas consultas (MEAD; BOWER, 2000).



A dimensão “médico como pessoa” considera a mentalidade, o humor e a personalidade do médico e como estas variáveis afetam o relacionamento contínuo com um paciente e as escolhas feitas durante uma consulta, contudo ambas as partes podem influenciar um ao outro no resultado final do atendimento (LANGBERG; DYHR; DAVIDSEN, 2019).

O conhecimento do médico, a influência das qualidades pessoais e a subjetividade na prática diária são considerados inerentes à RMP, embora não seja necessariamente benigna. A influência do médico pode servir para restringir o comportamento do paciente e provocar respostas negativas. No entanto, sensibilidade e percepção sobre as reações de ambas as partes podem ser usadas para fins terapêuticos (MEAD; BOWER, 2000).

O desenvolvimento de diretrizes padronizadas poderia diminuir a influência da personalidade do médico, embora isso ainda pareça ser importante para diagnóstico e tratamento (LANGBERG; DYHR; DAVIDSEN, 2019). A ausência da dimensão médico como pessoa também pode ser interpretada como uma mudança rumo a um foco maior nas necessidades e autonomia do paciente e um menor foco no médico (MOREAU et al., 2012). Para Wilcox, Orlando e Rand (2017) e Agreli et al., (2016) ACP é um modelo de interações médicas colaborativas vinculadas à uma perspectiva do cuidado da saúde e da presença do próprio paciente neste cuidado e na humanização.

Nas políticas públicas de saúde do Brasil a promoção de saúde ocupa papel de destaque, servindo de base para o planejamento e execução das ações que permeiam a ACP. Entre estas ações estão relações interpessoais mais fortalecidas, autoconsciência dos indivíduos, estabelecimento de metas e de prioridades, uso dos recursos em saúde de maneira racional e compartilhamento dos resultados (BARBOSA; RIBEIRO, 2016). Estes aspectos estão presentes em todos os princípios da MCP, formando um arcabouço teórico, e propondo técnicas que auxiliam de sobremaneira os médicos, no seu exercício clínico (SILVA, 2012). O método clínico centrado na pessoa (MCCP) alça o paciente como protagonista de sua saúde, e o posiciona como foco da consulta médica, além de estabelecer suas prioridades, participando das decisões para o seu próprio cuidado (BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

O MCCP foi instituído por Stewart e colaboradores na publicação “Patient centered medicine: transforming the clinical method”, que teve sua última atualização

e tradução para o português em 2017. Para Stewart et al (2017) são necessárias algumas mudanças na mentalidade do médico para o exercício da MCCP. A primeira delas é desmistificar a percepção de supremacia do profissional que está no comando, e de que a pessoa que busca cuidado é passiva. O médico deverá ser capaz de dar poder ao seu paciente, e de compartilhar o que for necessário na relação, o que significa renunciar ao controle que tradicionalmente fica em suas mãos. Assim, o médico experimentará as direções que relação pode apresentar quando o poder é compartilhado. O médico deve procurar estar aberto às experiências que possam estar ligadas ao sofrimento humano, e tornar-se mais receptivo a este entendimento e atento às nuances da mente e do corpo.

No MCCP três aspectos são muito importantes: a perspectiva do médico, relacionada aos sintomas e à doença; a perspectiva do paciente, que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e a integração entre as duas perspectivas (BARBOSA; RIBEIRO, 2016). Stewart et al (2017) incluem os seguintes componentes interativos do atendimento centrado no paciente:

- 1) explorando a saúde, a doença e a experiência da doença do paciente, suas percepções, significados e aspirações;
- 2) compreendendo o paciente como um todo, a história de vida da pessoa, família, trabalho e apoio social, estendendo até a um contexto mais amplo como sua cultura, comunidade e ecossistema;
- 3) encontrando um plano em comum entre paciente e médico sobre problemas, prioridades, metas do tratamento e/ou manejo; e
- 4) aprimorando e intensificando a relação entre a pessoa e o médico, levando-se em conta compaixão, empatia, poder, cura, esperança, autoconhecimento, sabedoria prática, transferência e contratransferência.

O primeiro componente do MCCP tem como meta explorar a doença e a percepção da pessoa sobre a saúde e a experiência da doença. Ao entender o processo da doença por meio da anamnese e do exame físico, o médico procura participar do mundo da pessoa para entender suas percepções sobre saúde (significado para a pessoa, aspirações e metas de vida) e sua experiência única da doença: seus sentimentos em relação ao estar doente, suas ideias sobre a experiência da doença, como essa experiência está afetando seu funcionamento e, por último, o que espera de seu médico (STEWART et al, 2017).

O paciente, em geral já formulou uma hipótese sobre seu problema antes de procurar o médico. Escutá-lo pode ser esclarecedor para certos diagnósticos, auxilia na decisão de quais possibilidades terapêuticas serão mais eficazes, além do paciente se sentir participante e, assim, aproximá-lo do médico (STEWART et al, 2017; BARBOSA; RIBEIRO, 2016). O médico deve tentar entender as características das experiências únicas da doença do paciente, incluindo o impacto da doença e as expectativas do paciente (LANGBERG; DYHR; DAVIDSEN, 2019).

O segundo componente integra saúde e experiência da doença, buscando a totalidade do entendimento do paciente, incluindo a conscientização dos aspectos da sua vida, como a sua personalidade, a história de seu desenvolvimento, as questões de seu ciclo de vida e os múltiplos contextos em que vive (STEWART et al, 2017). É importante contextualizar o ambiente onde o paciente se encontra, se é rural ou urbano, quais as condições geográficas deste local, que acesso a equipamentos sociais e de saúde este paciente tem, quais suas condições de moradia, com quem mora, qual o âmbito social, qual a dinâmica familiar, quais os costumes locais e qual o momento econômico (BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

A tarefa mútua da pessoa e do médico de elaborar um plano de manejo em comum, o terceiro componente do método, tem por foco três áreas-chave: a definição do problema, o estabelecimento de metas de tratamento e a identificação dos papéis a serem assumidos pela pessoa e pelo médico (STEWART et al, 2017). A escolha da melhor opção de tratamento disponível deve levar em conta as preferências do paciente, único capaz de torná-lo efetivo (RIO; ALVAREZ; VAZQUEZ; CASIELLES, 2016). A preferência busca capturar a força da vontade ou do desejo que um indivíduo em alguma situação terá por um determinado estado de saúde (COMPOLINA; CICONELLI; FERRAZ, 2005).

Outros elementos, que não só os relacionados diretamente à saúde, são levados em consideração quando se vai decidir sobre o que é melhor para a qualidade de vida de cada um. Fornecer informações sobre as opções de cuidados, sobre os benefícios e malefícios de cada opção, e sobre os resultados esperados relevantes e posteriormente ouvir a opinião e as impressões do paciente sobre o que foi exposto constituem uma estratégia de TDC (GIGUERE et al. (2014).

O quarto componente aponta que todo contato deve ser usado para a construção da relação entre a pessoa e o médico, como a compaixão, a empatia, o

compartilhamento do poder, a cura e a esperança. Para trabalhar este envolvimento é necessário autoconhecimento e sabedoria (STEWART et al, 2017).

### **3.2 Tomada de decisão compartilhada**

TD na prática médica se caracteriza por uma engrenagem aplicada pelo profissional de modo a resolver um problema com base no seu conhecimento prático e teórico (BARBOSA; RIBEIRO, 2016). A anamnese, o exame físico e os exames complementares, são reforçados, principalmente nos nossos dias, pelos instrumentos de apoios de decisão (AD), que objetivam diminuir o grau de incerteza quanto aos diagnósticos e as possibilidades terapêuticas, com probabilidade de um melhor desfecho das condutas a serem tomadas (ABREU et al., 2006; MARK; WONG, 2012; BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

A ciência da TD médica procura explicar como os julgamentos e decisões médicas devem idealmente ser feitos, como são efetivamente feitos na prática e como eles podem ser aprimorados, dadas as restrições dos médicos. O campo considera as decisões clínicas de ou para pacientes individuais e decisões sociais destinadas a beneficiar o público (SCHWARTZ, 2010).

A informação abrangente dos pacientes sobre os benefícios e riscos de exames, terapias ou medidas preventivas são um pré-requisito para a TDC, que tem sido cada vez mais promovida nos últimos anos. Para fazer isso, os médicos precisam não apenas da capacidade de entender as próprias estatísticas, mas também da capacidade de comunicá-las da maneira que os pacientes possam entender, mostrando que a comunicação, inclusive a de risco, é um componente essencial para implementação da TDC (DEIS et al., 2020).

O papel do médico na TDC é comunicar efetivamente a natureza e a estrutura das decisões e suas opções, incertezas e resultados correspondentes aos pacientes; ajudar os pacientes a esclarecer seus valores para os resultados; advogar por um processo de decisão que provavelmente ajude os pacientes a atingir seus objetivos; e preparar os pacientes para a implementação e as consequências de suas escolhas (SCHWARTZ, 2010).

A comunicação também é compreendida como todo e qualquer encontro que se efetiva entre os trabalhadores de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde

(SUS), como momentos em que esta se efetiva (LAVOR et al., 2014). Nesta situação cabe o direito do usuário do SUS de ser informado sobre a sua situação de saúde, a decidir sobre a terapêutica, quando possível, e o direito a consentir ou recusar as intervenções propostas.

Nesta mediação, aspectos como afetividade, parceria na construção do conhecimento e estímulo à criatividade e ao exercício da TD, têm norteado de forma mais contemporânea o desenvolvimento da educação médica no Brasil. As escolas médicas têm sido estimuladas pelas DCN's (BRASIL, 2014) a uma formação mais ampla, pautada no desenvolvimento da crítica e da autonomia e com uma visão histórico-social na tentativa de superação do modelo tecnicista.

Esse conjunto de habilidades e competências adquire aspecto significativo no exercício clínico principalmente no que tange ao reconhecimento das limitações e procura por ajuda em diversos cenários. A informação médica, quando dada de modo adequado, constitui um dos avanços mais importantes da ética médica contemporânea, pois pode transformar o indivíduo num ser livre e responsável, capaz de tomar decisões (ABREU et al., 2006).

Cabe ressaltar que a capacidade de decidir é decorrente do que a OMS utiliza e reforça, isto é, o «empowerment» que significa dar poder ao paciente, instruindo-o e informando-o sobre a sua doença, inclusive sobre os tratamentos, para que ele possa aderir ou não aos mesmos (FERREIRA, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Trata-se, portanto, de um processo de educação em saúde em que são providas ao paciente, condições adequadas para a sua informação e educação para a TD sobre a condução do tratamento de sua doença. Via de regra, a relação estabelecida entre o médico e o paciente caracteriza-se como uma relação institucional, baseada na centralização das decisões pelos profissionais de saúde, que pelo fato de possuírem os conhecimentos técnico-científicos, justificam o direito de escolher isoladamente, ao invés de forma conjunta, contando com o posicionamento do paciente, a conduta mais adequada (FERREIRA; BATISTA; BATISTA, 2013).

Assim, verifica-se, muitas vezes, a supressão da autonomia do paciente, quando os profissionais se mantêm em uma atitude centralizadora, assimétrica fazendo uso do seu saber técnico, que é imposto ao paciente. Logo, a autonomia de cada paciente deverá ser reconhecida e o compartilhamento da tomada de

decisão é antes de tudo um exercício ético que deve ser “lembrado e celebrado” (FERREIRA, 2004).

A comunicação estreita a RMP, torna-se uma ferramenta indispensável na criação do vínculo entre o paciente e o profissional de saúde nos cenários de atendimento em saúde. A comunicação adequada e eficaz durante consultas médicas é essencial para a prestação de bons cuidados. Isso é também complexo, porque os médicos precisam reunir e processar informações rapidamente, e ao mesmo tempo precisam tranquilizar os pacientes, fazendo com que se sintam confortáveis o suficiente para divulgar todas as informações necessárias (BERKHOF et al., 2011).

A RMP é o ponto de partida no contexto de TD e DC, tendo em vista o consenso para as decisões entre as partes. Os modelos de RMP podem ser compreendidos em: paternalista, autônomo e compartilhado (THOMASMA, 1983). Aos três modelos são associadas formas de relação hegemônicas em determinados países: no Brasil, o paternalista; nos EUA, o informativo; e, na Inglaterra, no Canadá e na Austrália, o compartilhado (MENEZES, 2011).

Paternalismo, por definição, é uma ação feita por uma pessoa no melhor interesse por outra, sem o seu consentimento. Assume que o médico faz o melhor julgamento sobre os interesses do paciente. Pode ser subdividido em duas formas: o forte paternalismo e o fraco paternalismo. No forte paternalismo, as decisões são executadas mesmo que contra os desejos do paciente, baseado no julgamento do médico, isoladamente. No fraco paternalismo, as decisões são executadas sem consultar o paciente quando, no julgamento do médico, o paciente possui um fator limitante para a decisão, como a idade (muito idoso ou criança) ou alguma enfermidade psíquica (THOMASMA, 1983).

A essência do modelo paternalista é a cura da doença. Neste paradigma, o médico, sistematicamente, ignora ou negligencia o ponto de vista do paciente. Sendo assim, o paternalismo clássico falha em capturar o elemento essencial da ética deontológica: o princípio da beneficência. Por este princípio, o essencial é o respeito às pessoas e às suas necessidades e, neste sentido, curar ou restaurar uma função torna-se um objetivo secundário. Um exemplo clássico deste modelo é a relação com o paciente oncológico. A luta incessante por manter o paciente vivo a qualquer custo pode levar a ignorar o desejo do paciente de viver com dignidade e com a melhor qualidade de vida possível, ainda que por um tempo abreviado, se assim for o seu

desejo. No modelo paternalista, é o médico quem decide qual é a melhor qualidade de vida para o paciente. Esta decisão pode ser feita de modo autoritário, sem diálogo (forte paternalismo) ou quando o médico procura induzir o paciente a incorporar os seus próprios princípios pessoais, desqualificando os princípios do paciente (fraco paternalismo). Neste último caso, a limitação se caracteriza por ignorar os valores do paciente, ainda que o médico tenha a intenção honesta de promover o melhor, sob o seu ponto de vista, para o seu paciente (THOMASMA, 1983).

O paternalismo caracterizou os EUA até o fim dos anos 1970, quando médicos passaram por inúmeros processos legais, o que propiciou uma alteração de comportamento perante o paciente (MENEZES, 2011), visto que a interação compartilhada é usada para evitar processos judiciais, constituindo uma Medicina defensiva, em que pacientes assinam documentos atestando o esclarecimento e a aceitação do tratamento a ser seguido.

O modelo autônomo se caracteriza pelo seu aspecto cientificista, ou seja, em que o médico apresenta as chances de ocorrer um dado desfecho e o paciente decide e delibera o que deverá ser feito. A proposta de cura tende a ser mais radical e as decisões são baseadas estritamente nas chances expostas pelas evidências. Baseia-se no princípio da autonomia, no qual o paciente é juiz de si próprio. O médico apresenta os aspectos técnicos e o paciente é o responsável pela decisão. Cumpre salientar que o modelo autônomo tem suas raízes nos movimentos dos direitos civis, principalmente do período pós-guerra. A visão estereotipada do médico como adversário e a premissa de que está mal-intencionado permite o espaço para que a mídia sensacionalista o confronte com casos extremos de erros e negligências, o que gera uma relação insegura e conflitante. A limitação mais marcante deste modelo é negligenciar o aspecto humano da relação. Assume-se que o paciente deve ter sua autonomia preservada sob qualquer circunstância. Neste sentido, ignora-se o impacto da doença na integridade do paciente, que passa a ter uma nova percepção do seu corpo e é forçado pelas circunstâncias a reavaliar seus conceitos e princípios. Esta turbulência de modificações pode gerar sentimentos de fragilidade e/ou de agressividade e é inserida neste contexto em que o paciente tem que tomar decisões. Por este princípio, o papel do médico é de apenas informar os aspectos técnicos e o paciente deve resolver por si próprio sobre suas inseguranças para tomar uma decisão (THOMASMA, 1983).

No modelo compartilhado, a relação é bilateral. O médico, em sua via, compartilha os aspectos técnicos, as opções e consequências de cada caminho a ser seguido e o paciente vai compartilhar suas preferências, tais como estilo de vida, aspectos éticos, morais, financeiros e suas próprias expectativas diante do processo de adoecimento e tratamento. A troca de informações e de valores vai permitir que ambos - médico e paciente - ponderem sobre a questão clínica em discussão e que ambos tomem a decisão visando o melhor do bem-estar para o paciente.

Os modelos de RMP têm como característica comum a assimetria de informação (THOMASMA, 1983) e, em certas circunstâncias, a aceitação de características como negação e agressividade em relação à doença, à família e às vezes ao médico, depende da relação de confiança que é estabelecida com o médico e, nesse sentido a DC representa dentro do modelo compartilhado de RMP, a competência mais apropriada para este fim (CHARLES; GAFNI ; WHELAN, 1999; FROSCH; KAPLAN, 1999; THOMASMA, 1983).

A RMP e a comunicação adequada são elementos chaves para a colaboração entre médico e paciente servindo de base para a construção da ACP e da TDC. Uma definição formal de TDC é “uma abordagem em que médicos e pacientes compartilham as melhores evidências disponíveis quando confrontados com as tarefas de TD, em que os pacientes são apoiados a considerar opções para alcançar as preferências informadas” (ELWYN et al., 2012). Um "ponto ideal" para a TDC pode exigir que os médicos trabalhem contra seus impulsos naturais para dizer ao paciente o que fazer quando tiverem certeza do que é melhor e deixar que o paciente decida quando o médico não tem tanta certeza, logo a responsabilidade da decisão pertence tanto ao médico quanto ao paciente (FRIED, 2016).

A frase “compartilhamento da tomada de decisão” foi usada para primeira vez em 1972 por Veatch. O artigo “Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. What physician-patient roles foster the most ethical relationship?” discutiu quatro modelos de relacionamento médico-paciente e sua relação com a ética (Engenharia, Sarcedotal, Colegial e Contratual). No modelo “Engenharia” o autor relata que um dos impactos da revolução biológica é tornar o médico um cientista e na maioria das vezes este profissional pode distanciar-se de todas as considerações de valor. Sobre o modelo “Sarcedotal”, o principal princípio ético que resume essa tradição é “Beneficie e não prejudique o paciente”, contudo afasta-se o papel da TD do paciente e coloca-



o nas mãos do profissional, destruindo ou pelo menos minimizando os outros temas morais essenciais a um sistema ético mais equilibrado (VEATCH, 1972). Para tanto, Veatch acrescentou liberdade e dignidade aos pacientes, bem como justiça, ou seja, uma distribuição justa dos serviços de saúde (STIGGELBOUT; PIETERSE; DE HAES, 2015).

O modelo “Colegial” se baliza no esforço de desenvolver um equilíbrio que permita preservar os outros valores e obrigações fundamentais. Alguns sugeriram que o médico e o paciente deveriam se ver como colegas em busca do objetivo comum de eliminar a doença e preservar a saúde do paciente. O médico é o “amigo” do paciente. É no modelo colegial que os temas de confiança desempenham o papel mais crucial. O próprio autor questiona se existe alguma base real para a suposição de lealdade e objetivos mútuos, de interesse comum que permitiria que o modelo não regulamentado da comunidade de colegas se aplicasse à RMP, e sugere a necessidade de um modelo mais provisório que permita a igualdade no domínio da significância moral entre paciente e médico sem fazer a suposição utópica da colegialidade (VEATCH, 1972).

No modelo “Contratual” existe um compartilhamento da TD. Segundo o autor, no modelo contratual pode haver um verdadeiro compartilhamento de autoridade e responsabilidade ética, o que evita a abdicação moral por parte do médico no modelo de engenharia e a abdicação moral por parte do paciente no modelo sacerdotal, além de evitar o falso senso de igualdade não controlado do modelo colegial.

Com a relação contratual, há um compartilhamento em que o médico reconhece que o paciente deve manter a liberdade de controle sobre sua própria vida e destino, quando escolhas significativas devem ser feitas (VEATCH, 1972).

No início dos anos 1980, o documento “President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research” (MAKING HEALTH CARE DECISIONS, 1982) descreveu o CI e a TDC. Para os autores a base ética do CI pode ser atribuída à promoção de dois valores: bem-estar pessoal e autodeterminação. Como garantia que esses valores sejam respeitados e aprimorados, a comissão considera que os pacientes que têm capacidade para tomar decisões sobre seus cuidados devem ser permitidos a fazê-lo voluntariamente e devem ter todas as informações relevantes sobre sua condição e tratamentos

alternativos, incluindo possíveis benefícios, riscos, custos e outras consequências e incertezas significativas ao redor de qualquer uma dessas informações. Para a comissão:

A capacidade de tomada de decisão é específica para cada decisão específica. Embora algumas pessoas careçam dessa capacidade para todas as decisões, muitas são incapacitadas de maneiras mais limitadas e capazes de tomar algumas decisões, mas não outras.

O conceito de capacidade é melhor compreendido e aplicado de maneira funcional. Ou seja, a presença ou ausência de capacidade não depende do status de uma pessoa ou da decisão tomada, mas do funcionamento real desse indivíduo nas mensalidades nas quais uma decisão sobre cuidados de saúde deve ser tomada.

A incapacidade de tomar decisões deve existir apenas quando as pessoas não têm a capacidade de tomar decisões que promovam seu bem-estar em conformidade com seus próprios valores e preferências previamente expressos.

Em 1997 o conceito de TDC aparece mais claramente na literatura de pesquisa. Este início se deu com o artigo de referência: “Tomada de decisão compartilhada no encontro médico: o que isso significa? (Ou: são necessários pelo menos dois para dançar o tango)” de Charles, Gafni e Whelan (1997). O artigo tenta fornecer uma maior clareza conceitual sobre TDC, identificar algumas características-chave deste modelo e discutir questões de medidas da atitude. Os autores sugerem como características-chave da TDC: (1) que pelo menos dois participantes - médico e paciente estejam envolvidos; (2) que ambas as partes compartilham informações; (3) que ambas as partes tomem medidas para construir um consenso sobre o tratamento preferido; e (4) que seja alcançado um acordo sobre o tratamento a ser implementado.

Elwyn et al. (2012) observaram que, apesar da boa documentação havia uma falta de orientação sobre como realizar a abordagem na prática clínica de rotina sobre TDC. Os autores propuseram trabalhar descrições conceituais existentes em um modelo de três etapas que pudesse servir como um guia para o desenvolvimento de habilidades. Para realizar essas tarefas, criaram um modelo de como realizar DC baseadas em escolhas, opções e conversas sobre decisões. O modelo possui três etapas: a) introduzir opções, b) descrever opções, geralmente integrando o uso do suporte à decisão do paciente, e c) ajudar os pacientes a explorar preferências e tomar

decisões. Esse modelo baseia-se no apoio a um processo de deliberação e no entendimento que as decisões devem ser influenciadas pela exploração e respeito "do que é mais importante" para os pacientes como indivíduos, e que essa exploração, por sua vez, depende do desenvolvimento de preferências informadas.

O modelo de DC requer tempo e disposição de ambas as partes, e AD incorporados na assistência médica têm auxiliado os programas de decisão médica compartilhada (SCHWENK; ROMANO, 1992). Os AD são ferramentas de auxílio ao médico a expor diferentes estratégias e suas respectivas consequências em riscos e benefícios para uma dada questão clínica e TD, sendo um mecanismo facilitador para a DC (ABREU et al., 2006). Koon (2020) define AD como ferramentas baseadas em papel ou mesmo software que permitem pacientes e profissionais de saúde a trabalhar juntos para tomar as melhores decisões de tratamento, educando os pacientes sobre o risco e benefício de diferentes opções e alinhar essas opções com seus valores pessoais.

O apoio de decisão pode apresentar entre uma ou mais estratégias, com riscos e benefícios diferentes para a mesma situação clínica. O AD deve estar sempre atualizado, baseado em evidências robustas, livre de conflito de interesse, deve mostrar os riscos e os benefícios, e ser eficaz na prática clínica, assim a relação de poder é compartilhada, bem como a relação com as responsabilidades. Com a introdução da Medicina Baseada em Evidências (MBE), a TD se tornou mais complexa, com mais opções e até desfechos incertos, assim como os riscos-benefícios, que podem de alguma forma implicar nos valores dos pacientes (ABREU et al., 2006).

O interesse científico pelo desenvolvimento adequado dos AD, levaram a discussões envolvendo as propriedades destes instrumentos (ABREU et al, 2006). As questões e controvérsias mais frequentes na literatura são: (1) quanto à relevância e pertinência do conteúdo a ser exposto; (2) quanto ao modelo ideal do apoio de decisão; (3) quanto aos objetivos a serem alcançados nos ensaios clínicos que visam estudar estes instrumentos e, por último, (4) quanto às medidas de desfecho a serem avaliadas nos ensaios clínicos (O'CONNOR; LÉGARÉ; STACEY, 2003; ABREU et al., 2006).

A abordagem da TDC visa envolver os médicos e pacientes em parceria para chegar a uma decisão de tratamento mútuo, com base nas melhores evidências

disponíveis e nas preferências dos pacientes (MATHIJSSSEN et al., 2020). Conhecer e incorporar suas preferências e valores quando se tomam decisões representam exercício médico ético e responsável, que caracteriza a prática da decisão médica compartilhada, e a necessidade de incorporação das preferências dos pacientes nas TDs é uma realidade da assistência médica contemporânea, caracterizando a medicina baseada em preferências (ABREU et al., 2006).

Preferência é a vontade individual para um dado desfecho sob condições de certeza (valores) ou incertezas (WOLOSHIN et al., 2001). Compolina, Ciconelli e Ferraz (2005) definem preferência como um conceito amplo que diz respeito ao significado que um determinado estado exercerá na vida de um indivíduo. A preferência busca capturar a força da vontade ou do desejo que um indivíduo em alguma situação terá por um determinado estado de saúde. Logo, outros elementos, que não só os relacionados diretamente à saúde, são levados em consideração quando se vai decidir sobre o que é melhor para a qualidade de vida de cada um.

Nas últimas décadas, os rápidos avanços nas biociências proporcionaram uma explosão de opções de tratamento. Esta é uma boa notícia para os pacientes, mas torna mais complicada a tomada de decisões médicas. Contudo, um diagnóstico médico preciso não é mais suficiente para identificar o tratamento adequado, é preciso saber ouvir as demandas do paciente. Uma melhor leitura das preferências dos pacientes ajudaria em algumas falhas fundamentais nos sistemas de saúde em todo o mundo. Para que qualquer um destes sistemas de saúde funcione de forma eficaz, deve haver um sinal preciso da demanda. Mas não valorizar e identificar as preferências do paciente também é um sinal de erro desta demanda (MULLEY et al., 2012).

Wennberg, Fisher e Skinner (2002), definiram TD em duas grandes classes, as quais chamou de decisão efetiva e de decisão centrada nas preferências. Decisão efetiva se caracteriza pelas chances reais de eventos, são claras e bem definidas, enquanto a TD baseada nas preferências se caracteriza pelo risco-benefício com um limiar estreito ou quando as chances de sucesso ou fracasso não são definidas (COVINSKY; FULLER; YAFFE, 2000; ABREU et al, 2006).

Koon (2020) realizou revisão de literatura para explorar a pesquisa atual sobre AD e oferecer um resumo conciso que serviria como uma referência para qualquer profissional de saúde ou equipe que deseje para projetar e implementar essas

ferramentas úteis. Os autores concluíram que na literatura são encontrados vários instrumentos para desenvolvimento, implementação e avaliação da DC. Os autores relatam que essas ferramentas devem envolver profissionais de saúde e pacientes e garantir que os AD sejam pertinentes à situação e não percebido como uma prática que provoque demora no atendimento. Os pacientes podem selecionar informações de uma maneira que lhes convenha e visualizá-las para que se permita avaliar as suas compensações.

Broeiro (2001) publicou um projeto com objetivo de otimizar práticas formativas centradas em raciocínio clínico e em TD no internato médico de clínica geral do Centro de Saúde do Lumiar de Lisboa em Portugal, visando contribuir para a construção de competências na abordagem de pacientes com várias doenças. A autora relata ao longo do seu projeto que a competência incorporada pressupõe uma medicina centrada no paciente a qual necessita do domínio de: técnica da entrevista; capacidade de negociação; manutenção da saúde e prevenção da doença; reflexão e auto-avaliação da prática como processo racional de aprender a lidar com a incerteza e outras adversidades. Entre as atitudes a autora ressalta: a exploração dos valores relacionados com o binômio saúde-doença; a obtenção de informação psicológica e contextual; a formulação de objetivos para melhorar a saúde; e a tomada de decisão que reflita os valores do doente (sentimentos crenças).

Entre as capacidades a serem desenvolvidas pelo formando indispensáveis à abordagem do doente na TDC, Broeiro (2001) destaca: a técnica da entrevista clínica, a qualidade da interação médico-paciente tem consequências importantes, o uso adequado de exames complementares, a escolha das opções terapêuticas com seus riscos e benefícios, o registo clínico minucioso, o raciocínio clínico, a negociação e o compartilhamento da decisão, e por fim, a referenciação e consultoria baseadas em evidências presentes nos artigos científicos lidos de maneira criteriosa e crítica.

As decisões médicas na clínica médica apresentam um misto de hierarquias, tais como: (1) o nível de benefício (ou prejuízo); (2) o nível de evidência científica (de ensaios clínicos a estudos observacionais); e (3) o nível de incerteza acerca dos achados (representado pelo intervalo de confiança) (O'CONNOR et al., 2009). Quando se consideram doenças crônicas abordadas pela CM, um ponto a ser considerado é a adesão ao tratamento. Sabe-se que cerca da metade dos pacientes com doenças crônicas tem dificuldades em seguir a prescrição. As razões para essa

situação são diversas, podendo ser citadas as causas a seguir: (a) falta de conhecimento quanto às consequências do tratamento; (b) alguém importante para o paciente pode criticar o planejamento terapêutico que foi proposto; (c) as barreiras existentes para dar continuidade ao tratamento proposto. Muitas barreiras são teóricas e ainda carecem de comprovação. Dentre elas, podem ser citadas as alterações no cotidiano do paciente, seja pela doença, seja pela disciplina exigida para o tratamento. Alguns estudos têm apontado que cerca de 15 a 25% dos pacientes não seguem as prescrições e, após o primeiro ano de tratamento, cerca de 50% abandonam parcial ou totalmente o tratamento proposto (VERMEIRE et al., 2001). Neste contexto, os AD, por serem recursos padronizados e baseados em nível de evidência, podem contribuir para a melhoria da RMP, facilitando o processo de decisão. Diferentemente dos materiais educativos, os AD apresentam escolhas de opções e incluem informações personalizadas sobre as opções, desfechos, probabilidades e incertezas com detalhes suficientes para auxiliar uma decisão (O'CONNOR et al., 2009).

Para o sucesso dos AD na prática clínica, algumas características peculiares devem ser respeitadas, como seguem adiante:

- 1) Identificação da decisão e do tempo para que essa decisão seja feita;
- 2) Sumário das condições específicas, considerando os prós e contras e, quando disponíveis, as probabilidades dos desfechos;
- 3) Considerar com o paciente o seu desejo em ter um papel ativo no processo de decisão;
- 4) Planejar os passos seguintes para a ação; e
- 5) Encorajar o paciente a apresentar suas dúvidas com o seu médico, a fim de alcançar a DC.

As vantagens podem ser resumidas em: (1) estimular a prática da MBE; (2) permitir um processo de tratamento mais individualizado; (3) favorecer a incorporação dos valores dos pacientes na TD. A principal limitação dos AD no contexto da clínica médica é a dificuldade em encontrar informações comparativas sobre os diferentes tipos de AD para a mesma doença, bem como entre doenças, visto que a literatura é ainda escassa para este fim (PETITTI, 2000). A via final do uso de TD e DC é auxiliar ao paciente a encontrar suas preferências, de modo que sejam incorporadas na decisão clínica.

Mathijssen et al. (2020) realizaram estudo para avaliar a eficácia e as características de intervenções de apoio à TDC em terapia medicamentosa a longo prazo sobre os resultados nos pacientes. Utilizando uma revisão baseada em uma pesquisa sistemática de ensaios clínicos randomizados até fevereiro de 2019, os autores encontraram 25 artigos, dos quais 23 estudos foram incluídos. Dezesete desfechos tendo pacientes como foco foram avaliados usando uma variedade de instrumentos de medição. Havia evidências de efeito positivo nas intervenções em TDC com risco estimado e envolvimento dos pacientes em tomadas de decisão. Evidências que não apresentavam nenhum efeito para TDC foram encontradas em 4 resultados (por exemplo, adesão à medicação) e evidências conflitantes em 10 resultados (por exemplo, decisões de conflito). Intervenções em TDC entregues eletronicamente e aquelas que compreendem exercícios de esclarecimento de valor estavam mais associadas a resultados positivos para os pacientes. Os autores concluíram que faltam evidências com efeito positivo que envolvam os pacientes na maioria das intervenções em TDC.

### **3.3 Atenção centrada no paciente e tomada de decisão compartilhada na formação médica**

A próxima geração de médicos enfrentará um volume explosivo de literatura, rápida introdução de novas tecnologias e pacientes mais exigentes, aprofundando-se a preocupação com a escalada dos custos médicos e aumentando-se a atenção à qualidade e aos resultados dos cuidados médicos (TOWLE, 2000). Espera-se que o ritmo da mudança acelere à medida que as ferramentas melhorem e as demandas para analisar um corpo de conhecimento que cresce rapidamente e o conjunto de dados aumenta (JOHNSTON, 2018).

Os estudantes de Medicina de hoje praticarão em um mundo onde a tecnologia da informação é sofisticada e onipresente. Neste mundo, as tarefas de memorização e análise serão menos importantes para eles como médicos praticantes. Por outro lado, os aspectos não analíticos e humanísticos da Medicina - o mais importante, a arte de cuidar - permanecerão uma função crítica do médico, e serão necessárias instalações com melhoria dos sistemas de atendimento. Comunicação, empatia, TDC, liderança, formação de equipes e criatividade são habilidades que continuarão

ganhando importância para os médicos. Essas habilidades devem ser mais priorizadas nos currículos das faculdades de Medicina para produzir um médico ainda mais eficaz para o futuro (JOHNSTON, 2018).

Seguindo o método clínico tradicional, por muito tempo, estudantes de Medicina foram ensinados a “não se envolver”, pois se acreditava que a distância protegia de emoções negativas (BARBOSA; RIBEIRO, 2016). Para Ballester, Zuccolotto, Gannam e Escobar (2010), o modelo biomédico tradicional vem sendo substituído gradativamente pelo ensino do MCCP, apoiado no atendimento médico do indivíduo de forma integral e na premissa de que comunicação e empatia são habilidades que podem ser ensinadas e aprendidas. Rossignol (2015) mostrou que treinamento em MCCP, ensinado através de comunicação verbal e não verbal para profissionais de saúde, influenciava o modo como os estudantes se comunicavam.

As escolas médicas precisam garantir que os alunos recebam antecipadamente exposição a ambientes clínicos que permitam contato "significativo" com pacientes e oportunidades crescentes de "agir" para o papel de um médico iniciante, mesmo quando estudantes (BRENNAN et al, 2010). Para Stewart et al. (2017), o processo de ensino para um médico adquirir competências centradas na pessoa desafia estes profissionais a desenvolver suas habilidades e, principalmente, a si mesmos. Muitas vezes, a tarefa pode parecer inatingível e despertar sentimentos de fragilidade e vulnerabilidade quando os alunos se debatem com as metas que desafiam as suas capacidades.

Educar médicos para realizar consultas em modelo centrado na pessoa é essencial para construir com os alunos o conceito de indivíduo doente numa perspectiva indissociável entre doença e adoecimento desde o início da graduação (BARBOSA; RIBEIRO, 2016; BOUDREAU; CASSEL; FUKS, 2007). Tornar-se um profissional, se inicia no primeiro dia da escola de medicina, ou até mesmo no momento em que um aprendiz escolhe sua carreira (BARBOSA; RIBEIRO, 2016). Mais adiante, no internato médico, o graduando de Medicina, se aproxima ainda mais das experiências e práticas com as pessoas que buscam cuidados, e se tornam, quando trabalham como parte de uma equipe médica, responsáveis pelo cuidado do paciente, fortalecendo suas competências para a futura profissão (ABREU et al., 2006; BRENNAN et al, 2010; BARBOSA; RIBEIRO, 2016).



Relacionamentos humanos e percepção moral não são, a princípio, matéria de sala de aula, exceto quando os estudantes aprendem lições morais a partir da forma como são tratados por seus professores. Entretanto, a partir do momento em que sua importância é reconhecida e que um tempo é designado para isso, o entendimento dos relacionamentos pode ser aprofundado com a ajuda de professores sensíveis, que reflitam e estejam preparados para expor sua própria vulnerabilidade, dificuldades, necessidades e preocupações. Devem ser modelos, por meio de seu comportamento com os estudantes, da qualidade de interação que esperam que eles desenvolvam com as pessoas (STEWART et al, 2017).

Kleinman, Eisenberg e Good (1989) sugerem que os conceitos de ciências sociais podem ser desenvolvidos em estratégias clínicas com aplicação direta na prática e no ensino. Uma dessas estratégias é delineada como um exemplo de uma ciência social clínica capaz de traduzir conceitos da antropologia cultural em linguagem clínica para aplicação prática. A implementação dessa abordagem no ensino e na prática médica exige mais apoio, tanto curricular quanto financeiro.

Para Towle (2000), que trabalhou com pacientes padronizados como parte integrante de uma equipe de ensino médico no desenvolvimento de um *workshop* de TDC, os pacientes devem estar envolvidos para fazer com que a EMC responda às suas próprias necessidades. A autora relatou em seu estudo que pacientes, na forma de pacientes padronizados, são a autoridade máxima em fornecer *feedback* aos médicos. A autora complementa que pacientes padronizados, e até pacientes não padronizados, são fundamentais no desenvolvimento educacional do programa de ensino, além de projetar investigações e identificar resultados relevantes para eles mesmos.

O atendimento médico do indivíduo de forma integral, apoiado no modelo centrado no paciente, torna-se um desafio, pois pressupõe a implantação de estratégias de ensino efetivas, que requerem integração e interrelação de todos os departamentos e disciplinas, em uma realidade na qual se encontram escolas médicas que, muitas, vezes, têm a estrutura embasada no modelo “flexneriano” (BALLESTER; ZUCCOLOTTO; GANNAM, ESCOBAR, 2010), no qual o ciclo clínico deve-se dar fundamentalmente no hospital, pois ali se encontra o local privilegiado para estudar as doenças (ABREU et al., 2006). As escolas médicas devem estar baseadas em universidade, e os programas educacionais devem ter uma base científica. Nas

palavras do próprio Flexner: “O estudo da Medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta” (PAGLIOSA; Da Ros, 2008).

Um movimento em direção ao cuidado centrado no paciente, no entanto, não pode ser bem-sucedido apenas com alterações de currículo. Primeiro deve-se realizar avaliações para aumentar atitudes e práticas centradas no paciente e ferramentas de medidas aprimoradas, baseadas em terminologia, conceitos e experiências clínicas relevantes para configurações locais (HURLEY et al. (2018).

No Brasil, o processo de implementação do SUS nas últimas décadas trouxe reflexões a respeito dos limites e possibilidades de diferentes iniciativas de mudança na formação dos profissionais de saúde. A formação médica realizada em cenários de prática diversos, incluindo as unidades básicas de saúde, onde, diferentemente do hospital, o modelo biomédico nem sempre se aplica de forma adequada e onde as atividades de educação e promoção de saúde no nível individual ou familiar são de grande importância, vai exigir dos estudantes outras ferramentas para a abordagem adequada da pessoa (BARBOSA; RIBEIRO, 2016). Nota-se a necessidade de mudança paradigmática no atendimento médico e, por consequência, na formação desse profissional. A discussão de mudanças curriculares no ensino médico ocorre em diferentes partes do mundo, e, no Brasil, as novas DCNs marcam esse fato (BALLESTER; ZUCCOLOTTO; GANNAM, ESCOBAR, 2010).

Com o objetivo de conhecer a atitude do estudante de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) a respeito da RMP, Ribeiro e Amaral (2008) aplicaram a escala Patient-practioner orientation scale (PPOS) em 738 estudantes de seis períodos compreendendo estudantes do primeiro até o 12º período. O estudo concluiu que a MCP pode melhorar a atenção médica individual e coletiva, trazendo à discussão aspectos culturais e expectativas do paciente e tornando-o um coparticipante do cuidado com sua saúde. O estudo também mostrou que, embora preocupados com o cuidado, os estudantes estão pouco predispostos a discutir com o paciente suas prioridades na atenção à própria saúde e seus conhecimentos e crenças sobre o processo saúde-enfermidade. As autoras relatam que estas questões serão um grande desafio para o médico nos próximos anos e, também que a escola médica não pode ignorá-las.

Hurley et al. (2018), também aplicaram a mesma escala em 430 estudantes de Medicina em Bamako, Mali, oeste da África, nos 1º, 3º, 5º e 6º anos do curso de

graduação. A maioria dos alunos apresentou respostas favoráveis quando havia a figura de um provedor dominante para a subescala “compartilhamento”. Já nos itens da subescala “cuidado”, a maioria dos alunos respondeu de forma mais consistente quando o foco era baseado em atitudes centradas no paciente. Uma maior proporção de estudantes do 5º e 6º anos apresentou melhores resultados em atitudes centradas no paciente em comparação com os alunos do primeiro ano. Os autores sugerem mais trabalhos para garantir que estudantes de Medicina da África Ocidental desenvolvam e sustentem atitudes em relação ao cuidado centrado no paciente, como um esforço conjunto entre as escolas médicas para pilotar e implementar currículos que promovam uma abordagem centrada no paciente.

Lind (2000) estudou o desenvolvimento da competência para julgamento moral entre estudantes de vários cursos entre estudantes alemães, incluindo os de Medicina. O autor concluiu que os estudantes de Medicina apresentaram regressão em sua competência para o julgamento moral, ao contrário de outros estudantes universitários, que apresentaram um aumento notável nessa competência. Atribuiu esse achado ao fato de as escolas médicas ensinarem habilidades técnicas e científicas e de não valorizarem os aspectos éticos e humanos, sendo esse um problema mundial e antigo. Acrescentou ainda que a capacidade para o julgamento moral pode ser aprendida na idade adulta, com eficácia de estudos de casos em pequenos grupos.

McNair, Griffiths; Reid e Sloan (2016) realizaram estudo no qual alunos de uma escola de medicina australiana preencheram um questionário no início do segundo ano e no final do terceiro ano de treinamento médico em diferentes locais (urbanos, urbanos externos e rurais). O questionário mediu atitudes em relação ao atendimento centrado no paciente, à confiança clínica, a experiências de modelagem de papéis e a experiências de aprendizado clínico. A confiança dos estudantes aumentou ao longo de dois anos de treinamento clínico, mas as atitudes centradas no paciente não evoluíram no mesmo período. Nos estágios clínicos em zonas urbanas a localização não mostrou relação com os níveis de confiança ou condutas centradas no paciente desenvolvidas pelos estudantes, contudo os alunos apresentaram atitudes positivas em relação ao foco no paciente e notaram sua importância em contribuir para um atendimento de qualidade.

Zachariae et al. (2015) desenvolveram e validaram um questionário para avaliar estudantes de Medicina e médicos em autoeficácia de medicina centrada do paciente, o Self- Efficacy in Patient Centeredness Questionnaire (SEPCQ). O instrumento resultou em uma versão de 27 itens (SEPCQ-27) com três fatores subjacentes: 1) a perspectiva do paciente 2) Compartilhando informações e poder; e 3) Lidando com os desafios comunicativos. O SEPCQ-27 foi completado por uma amostra independente de 291 estudantes de Medicina em 2 escolas médicas e 101 médicos em ambiente hospitalar. Os autores indicaram que o SEPCQ-27 é um instrumento confiável e válido, revelando autoeficácia da MCP em vários contextos, por exemplo: resultados do ensino em comunicação nos cursos de formação para estudantes de Medicina e médicos.

Wilcox et al. (2017) realizaram uma pesquisa anônima online, enviada para 498 alunos da Escola Johns Hopkins University of Medicina em Baltimore, Maryland, EUA. A pesquisa avaliou instrumento com domínios de comunicação, currículo e cultura. A pesquisa mediu quantitativamente a ACP durante a graduação médica em seu ambiente de aprendizado. Os alunos do primeiro e segundo anos relataram maior entendimento sobre MPC do que os de 3º e 4º anos em cada domínio. A análise revelou que currículos explícitos centrados no paciente apresentaram um papel positivo na promoção da MCP. Percepções dos alunos sobre a ACP em ambiente de aprendizagem diminuíram com o passar dos anos da graduação, apesar da crescente exposição junto aos pacientes.

Kaper et al. (2020), realizaram um ensaio clínico randomizado, com médicos do segundo ano da pós-graduação Comunidade Global de Aprendizagem em Saúde de uma faculdade holandesa de Medicina. O estudo foi realizado com 39 estudantes e um grupo controle de 40 estudantes. A intervenção durou 11 horas de treinamento, abrangeu um plano de ensino em saúde com palestras sobre ensino médico e cinco sessões interativas em pequenos grupos para praticar a coleta de informações e dados de aprendizado em TDC e autogerenciamento. Os autores avaliaram competências como conhecimento e conscientização sobre educação em saúde, atitudes, autoeficácia e capacidade de usar a atenção centrada no paciente, além de técnicas de comunicação. O grupo de estudantes que receberam a intervenção relatou competências significativamente maiores em educação médica, sendo esses os melhores resultados observados em TDC e autogestão. Os autores ressaltaram

que treinamentos em educação e prática clínica podem apoiar um ensino em saúde mais sustentável, uma melhor capacitação de futuros médicos e uma contribuição para o empoderamento dos pacientes em suas consultas.

Mead e Bower (2000), e Stewart et al. (2017), inserem em seus componentes e dimensões da MCP à DC. Nos estudos de Mead e Bower (2000) o termo DC é encontrado na dimensão “Compartilhamento de poder e responsabilidade”. Nela o autor relata que o conceito está atrelado no direito às informações completas ao paciente, no respeito e no incentivo da sua participação no tratamento. Na dimensão “Aliança terapêutica” o termo está ligado à qualidade do relacionamento, e é considerado como tendo valor em decisões de gerenciamento, principalmente em relação à mediação de resultados positivos. Para Stewart et al. (2017) o modelo de TDC e o M CCP se alinham de forma mais clara no terceiro componente - Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas. As principais diferenças entre essas abordagens estão em três aspectos. Primeiro, o M CCP enfatiza uma conexão emocional com a pessoa, o que vai além do compartilhamento de informações sobre experiências, crenças e valores. Segundo, destaca a necessidade de uma abordagem individualizada para cada pessoa e até mesmo para cada consulta com cada pessoa, usando sua estrutura apenas como um guia, enquanto sua principal exigência é que o caminho mostrado pela pessoa seja seguido. O modelo de TDC, semelhante na tentativa de equilibrar formalismo e idiosincrasia, adotou uma abordagem mais padronizada almejando como uma meta incrementar a TDC. Terceiro, M CCP na pessoa busca integrar sua abordagem à prática clínica, sendo, por isso, chamado de método clínico.

A ciência moderna do julgamento e da TD começou a surgir na década de 1950, e era assim desconhecida quando Abraham Flexner escreveu “Educação Médica nos Estados Unidos e no Canadá” em 1910. Flexner destaca que os desafios únicos enfrentados pelo médico como tomador de decisão, como parte de seu esforço para pressionar por exigir alguma educação universitária como pré-requisito para a faculdade de Medicina. Flexner reconhece duas características principais da medicina. Primeiro, as incertezas são onipresentes, fundamentais e multidimensionais. Segundo, os médicos (e os estudantes de Medicina devem aprender a entender, confrontar e domesticar essas incertezas. Essa atividade,

amplamente denominada “tomada de decisão médica” por seus profissionais, está entre as mais importantes na prática de cuidados de saúde (SCHWARTZ, 2010).

A TD é implícita ou explícita em todas as atividades clínicas encontradas durante a graduação em Medicina, porque é fundamental para a própria prática médica. Conseqüentemente, as decisões - incertezas médicas e preferências dos pacientes - poderiam ser um poderoso princípio unificador no treinamento médico, integrando outros componentes do currículo da escola de medicina. O estudo das decisões médicas pode ser visto como um subconjunto do estudo geral do julgamento humano e da TD, e um pensamento valioso sobre decisões médicas resultou da tradução da ciência geral das decisões em problemas médicos, isso muitas vezes convergiu para um atraso substancial entre as descobertas na "ciência básica" das decisões e sua aplicação nas decisões médicas (SCHWARTZ, 2010).

Atualmente, podemos observar um crescimento do conhecimento sobre o aprimoramento das habilidades de comunicação dos graduados em Medicina, conforme destacado pelo reconhecimento das habilidades interpessoais e de comunicação como uma das competências essenciais para os médicos em treinamento reconhecidos nacionalmente pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e nos EUA pelo The Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) que é uma organização independente, liderada por médicos que define e monitora os padrões educacionais profissionais essenciais na preparação de médicos para oferecer assistência médica aos cidadãos estadunidenses.

Não está claro quando o ensino da TDC deve começar a alcançar o efeito máximo. Foi sugerido que o treinamento compartilhado para TD pode ser mais eficaz se incorporado nos currículos de graduação, para que os médicos se formem não apenas com consciência, mas também com alguma experiência, antes de estabelecer hábitos clínicos e padrões de interação com o paciente (TOWLE et al., 2006).

Embora a TD como uma atividade seja certamente modelada por preceptores e praticada passivamente pelos estudantes de Medicina em seus encontros clínicos, a teoria e a pesquisa em tomada de decisão médica em si raramente são objeto de instrução formal. Os encontros mais próximos com a ciência da decisão no currículo médico típico ocorrem no ensino de epidemiologia e bioestatística, MBE e ética médica. Os cursos de epidemiologia e bioestatística enfatizam a interpretação das

evidências estatísticas, a fim de fazer previsões sobre os resultados dos pacientes que podem ser úteis na TD (SCHWARTZ, 2010).

Os currículos de MBE desafiam mais explicitamente o aluno a fazer uma pergunta clínica - uma decisão a ser tomada - e a aplicar a literatura de pesquisa clínica para guiar a decisão, mas raramente dão atenção suficiente à medição e incorporação das preferências e valores do paciente (ELSTEIN, 2004). Os cursos de ética médica, por outro lado, prestam considerável atenção às preferências e valores, mas evitam modelos matemáticos de comportamento ideal ou real de decisão, geralmente adotam princípios bastante diferentes para tomar decisões apropriadas e podem ficar calados quanto a decisões que não colocam questões éticas (STIGGELBOUT et al., 2006)

O aprendizado de TD nas escolas médicas também deve abranger o conhecimento e as habilidades necessárias para entender as decisões que envolvem políticas de saúde, a alocação de recursos da sociedade para os cuidados de saúde e a familiaridade com o papel do médico na saúde pública, incluindo-se avaliação de tecnologias em saúde, tomada de decisão comparativa e de custo-efetividade e formulação de diretrizes clínicas e de saúde pública (SCHWARTZ, 2010).

Os programas educacionais que ensinam TDC para estudantes de Medicina em especial na sua fase de estágio, geralmente combinam um componente didático com uma experiência prática e tempo para *feedback* e discussão em grupo. Menos comumente, são fornecidas ferramentas aos participantes para implementar a DC na prática clínica. A avaliação formal e o relato desses programas são de natureza heterogênea e focados principalmente nos efeitos da intervenção na satisfação dos participantes, nas atitudes e na confiança com a DC. Evidências de qualidade muito baixa sugerem que os programas educacionais que ensinam TDC têm um efeito positivo sobre esses atributos, sendo que o impacto nas habilidades clínicas, comportamentos e resultados dos pacientes é menos claro, pois os dados sobre esses resultados são baseados em poucas observações e também porque os resultados são conflitantes (SINGH OSPINA et al., 2020).

A crença do médico nos benefícios da TDC e a motivação para se envolver nesta competência são facilitadores cruciais desse comportamento, e é importante transmitir essas atitudes durante os estágios formativos do treinamento antes que os padrões de prática sejam estabelecidos. Portanto, com suas habilidades clínicas

menos maduras, os alunos podem ser mais desafiados que os médicos pelas limitações de tempo dos encontros ambulatoriais (HAUER et al., 2011).

O ensino de TD na pós-graduação também é uma faceta importante de cada uma das principais competências do ACGME. O atendimento ao paciente deve ser apropriado e eficaz, bem como o conhecimento médico é uma entrada essencial nas decisões. O aprendizado baseado na prática requer a aplicação de evidências científicas nas decisões de atendimento ao paciente. A prática baseada em sistemas inclui análise de custo e risco-benefício, o profissionalismo exige respeito pelas preferências dos pacientes e valores, sem contar que habilidades interpessoais são cruciais para compartilhar decisões com os pacientes e suas famílias. Assim como no ensino médico de graduação, poucos programas de residência enfatizam o papel do médico como tomador de decisão ou guia de decisão (SCHWARTZ, 2010).

Mesmo que médicos compreendam completamente os princípios e benefícios do TDC e sejam treinados para envolver os pacientes em seus cuidados, a adoção do TDC é muito pouco observada (DURAND et al., 2018). Segundo Towle (2000) médicos não praticam TDC por três razões amplas. A primeira é uma lacuna ou déficit de competência (essas habilidades não são formalmente ensinadas no ensino médico no momento). Segundo, há resistência atitudinal em relação ao envolvimento do paciente. Terceiro, existem barreiras organizacionais, como falta de tempo e materiais de informação do paciente de boa qualidade. Légaré et al. (2018) concluíram em uma revisão sistemática que é incerto se alguma intervenção para aumentar o uso de TDC pelos profissionais de saúde seja eficaz, porque a certeza das evidências é baixa ou muito baixa, mas sugerem que a implementação bem-sucedida de TDC nos cuidados de rotina exigirá intervenções direcionadas aos clínicos, pacientes ou, idealmente, a ambos.

As respostas educacionais a essas questões podem começar durante o ensino básico, serem refinadas durante o treinamento de pós-graduação e ser mantidas ou atualizadas através da EMC. Para Durand et al. (2018) a instrução da TDC, mesmo que esteja cada vez mais incorporada na EMC e tenha recebido apoio crescente na política de saúde em todo o mundo, pouca ênfase foi colocada na integração de sua instrução nos currículos das faculdades de Medicina. Com uma cultura médica paternalista, o ensino da TDC se torna uma tarefa desafiadora. Há uma corrente de pensamento baseada na qual o ensino da TDC deve ser introduzido o mais cedo



possível durante a educação e treinamento médico, que é quando os estudantes de Medicina têm espaço e tempo para desenvolver conhecimentos e habilidades nas tomadas de decisão junto aos pacientes (XU et al., 2020).

Towle (2000) acredita que, apesar de existirem programas eficazes em EMC, é mais difícil mudar atitudes e padrões de pensamento com médicos praticantes do que acertar com estudantes de Medicina desde o início. Para o autor os alunos são fortemente influenciados pelos modelos comportamentais apresentados por seus professores, portanto, a graduação não pode ser separada da EMC, fazendo-se necessário fortalecimento de programas educacionais para o ensino das habilidades de comunicação nas escolas médicas. Por outro lado, estudantes de Medicina ou residentes também podem ser influentes na mudança do comportamento de seus preceptores.

As barreiras para a implementação desses programas educacionais incluem: 1) restrições de tempo para seu desenvolvimento e facilitação; 2) participação inadequada dos estagiários devido a outros fatores clínicos e demandas educacionais; 3) recursos financeiros limitados e 4) um ambiente em que boas habilidades de comunicação não são apoiadas ou valorizadas (SINGH OSPINA et al., 2020). Estimular o ensino de TDC na graduação em Medicina pode apresentar uma solução eficaz para barreiras de implementação, especialmente aquelas relacionadas ao estigma e a mal-entendidos, além de permitir que os pacientes se envolvam mais ativamente e compreendam melhor seus cuidados à saúde, instruindo futuros médicos em seus princípios promovendo um melhor aprendizado nos contextos clínicos (DURAND, 2018).

Mesmo que a maioria dos profissionais médicos tenha recebido treinamento de habilidades de comunicação na graduação, bem como nas residências médicas e cursos de pós-graduação, a comunicação se baseia em hábitos profundamente enraizados e em padrões habituais relacionados, o que dificulta e consome muito tempo para alterar o comportamento de comunicação existente (BERKHOF et al., 2011).

Programas educacionais foram desenvolvidos com sucesso para melhorar a comunicação do paciente e do médico como mostrado pela revisão sistemática realizada por Berkhof et al. (2011). O estudo avaliou 12 revisões sistemáticas sobre programas de treinamento em habilidades de comunicação e verificaram que

programas centrados no aluno e focados na prática de habilidades que durassem um dia se mostraram eficazes, assim como estratégias de treinamento que incluíram dramatização, *feedbacks* e discussões em pequenos grupos.

Elwyn et al. (2003) ao avaliarem instrumentos de medida em TDC, verificaram que uma revisão sistemática mostrou não existir uma medida existente até que ponto os profissionais de saúde envolvem os pacientes nas decisões nas consultas clínicas. Mesmo que alguns instrumentos incluam alguns componentes do envolvimento do paciente, eles foram revelados como insuficientemente desenvolvidos para medir com precisão essa faceta da comunicação nas interações paciente-médico. Para tanto desenvolveram a escala OPTION (sigla para “observing patient involvement”), instrumento projetado para avaliar até que ponto os profissionais envolvem pacientes nos processos de TDC. OPTION é um instrumento baseado em itens, concluído por avaliações de gravações de consultas (em áudio ou vídeo). O instrumento examina se os problemas estão bem definidos, se as opções estão formuladas, bem como as informações fornecidas, a compreensão do paciente e a preferência de papéis avaliadas e as decisões foram examinadas da perspectiva do profissional e do paciente.

A amostra do estudo foi feita com 186 consultas em fita cassete coletadas nas clínicas de rotina de 21 médicos de clínica geral no Reino Unido. A validade do conteúdo foi baseada na formulação dos itens da literatura existente, usando os resultados de uma série de estudos projetados para entender como o envolvimento do paciente pode ser melhor alcançado na prática profissional, seguido por um ciclo iterativo de design e avaliação (ELWYN et al., 2003).

Em uma tradução livre, os itens empregados na escala OPTION são:

- 1) O clínico identifica um problema que precisa de um processo de tomada de decisão;
- 2) O médico afirma que existe mais de uma maneira de lidar com um problema identificado (“equilíbrio”);
- 3) O clínico lista “opções”, incluindo a opção “nenhuma ação”, se possível,
- (4) O clínico explica os prós e os contras das opções para o paciente (tomar “nenhuma ação” é uma opção);
- (5) O clínico verifica o formato de informação preferido do paciente (palavras / números / exibição visual);

- (6) O clínico explora as expectativas (ou ideias) do paciente sobre como o problema deve ser gerenciado;
- (7) O clínico explora as preocupações (medos) do paciente sobre como os problemas devem ser gerenciados;
- (8) O clínico verifica se o paciente entendeu as informações;
- (9) O clínico oferece oportunidades para o paciente fazer perguntas;
- (10) O clínico direciona como o paciente deve se envolver na tomada de decisão;
- (11) É fornecida uma oportunidade para adiar uma decisão; e
- (12) São tomadas medidas para rever a decisão (ou seu adiamento).

Os resultados deste estudo mostraram que a escala OPTION fornece um método de mensuração no qual médicos envolvem pacientes no processo de TD durante a consulta. Com base nas características psicométricas relatadas, os autores ficaram convencidos de que a escala pode ser usada para fornecer uma pontuação em TDC. Apesar das pontuações positivas dos médicos quanto à MCP e da participação do paciente nos processos de TD, o desenvolvimento de habilidades se mostrou como um obstáculo, distante dos modelos adotados em livros e cursos de habilidades de comunicação e, de fato, dos desejos de certos pacientes (ELWYN et al., 2003).

As restrições estruturais, particularmente a falta de tempo, e as informações prontamente acessíveis e relevantes sobre os danos e benefícios das intervenções de saúde se mostraram como verdadeiros fatores limitantes. O estudo fornece evidências adicionais para a afirmação que a participação bem-sucedida do paciente exige mais tempo de consulta. Os resultados indicaram que baixos níveis de envolvimento na TDC foram alcançados pelos médicos participantes e que o paternalismo é o típico "modus operandi" na rotina das consultas. Os autores concluíram que o envolvimento na TD é um elemento essencial da participação do paciente nos cuidados de saúde e que a escala OPTION fornece uma medida de resultado validada para futuros estudos empíricos (ELWYN et al., 2003).

Elwyn et al. (2005) examinaram e revisaram as propriedades psicométricas da escala OPTION analisando sua reaplicação a uma amostra de consultas de rotina de cuidados primários. Comparada com a primeira versão, a escala revisada que usa uma magnitude em vez de uma escala de atitude, quando aplicada ao mesmo conjunto de dados, resultou em melhoria da confiabilidade da escala. Os autores

concluíram que todos os 12 itens da OPTION são suficientemente confiáveis para serem usados em uma avaliação formal, principalmente como uma maneira de desenvolver essas habilidades junto aos educadores, tanto nos níveis de graduação quanto de pós-graduação.

Apesar da relevância da TD para a prática médica, Schwartz (2010) percebeu que a competência recebe pouca atenção formal no currículo da escola de medicina dos EUA. O autor sugere em seu artigo três papéis para a tomada de decisão médica na educação médica. Primeiro, a ciência básica da decisão como pré-requisito apropriado no currículo pré-médico (ou mesmo no ensino médio). Segundo, várias competências relacionadas à decisão seriam resultados importantes da educação médica, isso inclui as habilidades de decisão do próprio médico, a capacidade de orientar os pacientes em decisões compartilhadas e o conhecimento das decisões de políticas de saúde no nível social. E, terceiro, a TD poderia servir como um princípio unificador no desenho do currículo médico, integrando outros conteúdos curriculares em torno da necessidade de criar médicos que sejam competentes e tomadores de decisão cuidadosos.

O currículo centrado na decisão consideraria os tipos de decisões que surgem na prática de cada área da Medicina, os tipos de evidências clínicas e científicas básicas que podem ser usadas para entender o problema da decisão e como o médico deve interagir com os pacientes para que esclareça a decisão e oriente o paciente a fazer escolhas consistentes com suas preferências. A instrução centrada na decisão desafiaria os alunos a aplicar seus conhecimentos de ciências básicas e medicina clínica para abordar decisões clínicas. Esse currículo representaria uma reestruturação substancial da educação médica e enfrentaria vários desafios comuns a qualquer reformulação curricular, como recursos limitados, tempo do aluno e do corpo docente, conhecimento do corpo docente e materiais educacionais. Mais significativas ainda seriam as mudanças culturais necessárias para mudar a ênfase do treinamento médico da aquisição de conhecimento biomédico e habilidade processual para um foco precoce e consistente na natureza das decisões médicas e em como melhorá-las (SCHWARTZ, 2010).

Hauer et al (2011) realizaram um estudo retrospectivo para caracterizar TDC de 60 estudantes de Medicina do 4º ano na Universidade da Califórnia em São Francisco – EUA, com 4 pacientes padronizados pré-treinados, e para determinar se

o uso da TDC se correlaciona com aspectos de comunicação destes pacientes. Os autores usaram o Exame de Desempenho Clínico, um instrumento abrangente, gravado em vídeo, e padronizado desenvolvido pelas oito escolas de Medicina que compõem o Consórcio da Califórnia para Avaliação de Competência Clínica. Após cada encontro, os pacientes padronizados completaram uma lista de verificação baseada em critérios para avaliar as habilidades de obtenção de histórico, exame físico, comunicação e compartilhamento de informações dos alunos.

As listas de verificação de casos usadas pelos pacientes padronizados incluíam entre elas itens de comunicação (escuta, construção de relacionamento, comportamento profissional e abordagem da perspectiva e das necessidades do paciente). A planilha do estudo apresentava dados de seleção para identificação do momento da decisão e cada uma das principais dimensões da TDC em um único momento: exploração / articulação da perspectiva (crenças, valores) e compartilhamento de informações e fechamento explícito, cada um dos quais podendo ser feito por o aluno, paciente padronizado ou ambos (HAUER et al., 2011).

Dos 779 momentos de decisão gerados em 240 encontros, 40% atenderam aos critérios para TDC. Os tópicos mais discutidos no momento da decisão foram medicamentos, visitas de acompanhamento e testes de diagnóstico. As correlações entre o número de momentos de decisão em um caso e as pontuações de comunicação dos alunos foram baixas. Embora todos os estudantes tenham participado de alguma TDC, principalmente em relação a intervenções médicas, não houve correlação entre a TDC e a competência geral de comunicação avaliada pelos pacientes. Os autores sugeriram que as classificações de desempenho de habilidades de comunicação dos alunos não podem ser usadas para inferir o uso de DC pelos alunos, sendo necessárias ferramentas para determinar a habilidade dos alunos na TDC (HAUER et al., 2011).

Abendroth et al., (2013) apresentaram estudo piloto em aprendizado virtual de casos clínicos e TD com 152 estudantes de Medicina do 5º ano e verificaram que os maiores escores foram nos módulos que valorizam a relevância da doença e seu diagnóstico, havendo baixa nos escores de TD. Já Pinheiro et al., (2011) avaliaram TD em estudantes de Medicina em ambiente real e revelaram que estudantes mostraram desconhecimento sobre TD em pacientes sem uso de recursos terapêuticos. McGregor et al., (2012) mostraram que estudantes de Medicina ainda

estão despreparados para TD, e que a intervenção do professor em cenários clínicos simulados parece melhorar esta competência.

Para avaliar a eficácia de uma pequena intervenção para facilitar a TDC Hoffmann et al. (2014) realizaram um estudo controlado randomizado, multicêntrico e cego, no qual 107 estudantes de graduação em Medicina do terceiro ano, estudantes de terapia ocupacional no último ano ou estudantes de fisioterapia de pós-graduação de duas universidades de Queensland, na Austrália. Cinquenta e quatro alunos participaram do grupo de intervenção e 53 alunos participaram do grupo controle. Todos os grupos foram subdivididos em pequenos grupos.

Para medir habilidades compartilhadas de TD foram pré-gravadas dramatizações e registradas em DVD. As intervenções foram classificadas usando a escala revisada OPTION. Como a escala OPTION não avalia especificamente habilidades na comunicação de evidências, as dramatizações também foram classificadas usando a ferramenta Evidence and Patient Preferences (EPP). Os desfechos que avaliavam atitudes para o envolvimento do paciente e do médico em consultas e confiança na comunicação com os pacientes sobre as evidências foram medidos usando a escala PPOS.

Hoffmann et al. (2014) mostraram que a avaliação constatou que na intervenção, projetada para fornecer aos estudantes durante o aprendizado em áreas clínicas, o conhecimento e as habilidades para facilitar a TDC foram eficazes na maioria dos resultados medidos, principalmente em: habilidades na TDC e comunicação com os pacientes sobre evidências e confiança nessas habilidades e atitudes em relação ao fornecimento de informações aos pacientes e no seu envolvimento na TD. As atitudes relacionadas à visualização do contexto, expectativas e preocupações de um paciente como elementos importantes do processo de TD não melhoraram mais no grupo de intervenção do que no grupo de controle. Isso pode refletir o uso de um cenário clínico razoavelmente direto na intervenção, o que não permitiu uma exploração aprofundada das complexidades que os pacientes trazem para consultas clínicas reais. Os autores concluíram que a intervenção foi eficaz na facilitação da TDC, o que pode melhorar a capacidade, a atitude e a confiança dos estudantes de Medicina.

Durand et al. (2018) realizaram uma ampla revisão para examinar completamente a extensão e a natureza da atividade de pesquisa em torno da

avaliação do treinamento de TDC incorporado aos currículos das faculdades de Medicina. De acordo com a revisão a maioria dos cursos ministrou TDC no terceiro ano da escola e enfatizou uma abordagem experimental para integrar as habilidades de TDC no treinamento clínico. A maioria dos estudos apresentado na revisão sugeriu que as habilidades e confiança na promoção da TDC dos estudantes de Medicina aumentaram significativamente após o treinamento. Todos os estudos que mediram o impacto nas atitudes dos alunos relataram um efeito positivo no curso com o aprendizado em TDC. Os autores de um estudo sugeriram que a integração dos cursos de treinamento de TDC nos currículos de graduação em Medicina é viável e não exige recursos adicionais.

Durand et al. (2018) relatam que as habilidades e o interesse pela TDC são altamente dependentes do docente e que priorização de professores clínicos é considerada importante. A revisão não encontrou evidências que indicassem qual método de treinamento foi mais eficaz quando aulas teóricas e práticas experimentais foram comparadas, sendo que a maioria dos estudos incluídos na revisão combinou pelo menos uma abordagem teórica e uma sessão experimental. A revisão também não encontrou evidências de treinamento em TDC para estudantes de graduação em medicina em países de média e baixa renda.

Waschwill, Bittner e Harendza (2019) compararam habilidades compartilhadas de TD de 29 estudantes de Medicina que traduziram voluntariamente documentos médicos para pacientes em linguagem simples na plataforma online <https://washabich.de>, com as de 29 estudantes de Medicina que não realizaram a tradução. Os dois grupos de alunos participaram de uma consulta virtual simulada de uma hora pela Internet com seis pacientes simulados. Ambos os grupos de estudantes não receberam treinamento específico em comunicação com relação às habilidades compartilhadas de tomada de decisão. Após a consulta todas as conversas foram transcritas e um avaliador cego as avaliou com a escala OPTION para TDC.

No site <https://washabich.de> (“qual é o meu diagnóstico”), estudantes de Medicina de língua alemã em qualquer escola de medicina, que atingiram o quarto de seus seis anos de graduação, podem traduzir voluntariamente documentos médicos originais, por exemplo: carta de alta hospitalar e resultados de raios-X, etc., que foram submetidos pelos pacientes, em linguagem simples. Essas traduções são supervisionadas por estudantes seniores que também trabalham voluntariamente no

site e receberam um treinamento de *feedback* especial. Eles dão *feedback* aos tradutores e corrigem as traduções, se necessário. Posteriormente, as traduções são enviadas aos respectivos pacientes (WASCHWILL; BITTNER; HARENDZA, 2019).

Em quatro dos seis pacientes encontrados, os alunos do grupo que realizaram as traduções alcançaram notas totais significativamente mais altas na escala OPTION. Estes quatro casos incluíram opções diferentes para diagnóstico ou tratamento adicional, enquanto os dois casos de pacientes sem diferenças significativas na escala OPTION incluíram apenas uma opção. Embora os autores não tenham detectado diferenças entre a correção médica nas decisões de tratamento entre os dois grupos, o grupo que realizou as traduções recebeu melhores pontuações nos quesitos de comunicação, quando se trata de explicar as opções de tratamento, quando estas existem (WASCHWILL; BITTNER; HARENDZA, 2019).

Os autores concluíram que estudantes de medicina que voluntariamente traduzem documentos médicos em linguagem simples mostram uma expressão significativamente mais alta de habilidades em TDC em encontros simulados entre médico e paciente, e que o uso de linguagem simples e a perspectiva dos pacientes são dois aspectos necessários para traduzir documentos médicos e para realizar TDC (WASCHWILL; BITTNER; HARENDZA, 2019).

Ao avaliar o German National Competence-Based Catalog of Learning Goals in Medicine, Deis et al (2020) observaram que o ensino em comunicação de risco, conflitos de interesses com as empresas farmacêuticas, apresentação dos benefícios e riscos das terapias e o aconselhamento dos pacientes pelos médicos em TDC é quase inexistente ou fragmentado quando ocorre. As autoras propuseram um modelo de currículo para ensinar conflitos de interesse e comunicação de risco aplicado no Institute of Medical and Pharmaceutical Examination Questions em Mainz na Alemanha. O projeto também integrava conhecimentos estatísticos, competência comunicacional na apresentação de benefícios e riscos, e o significado e gerenciamento de conflitos de interesses.

O grupo alvo foi de estudantes de Medicina do 7º ao 10º semestre com conhecimentos básicos em estatística e comunicação. Foram apresentados componentes essenciais da boa comunicação verbal de riscos, nos quais o conceito de TDC é incorporado e discutido, como o uso de frequências naturais, para garantir o entendimento dos dados de risco pelos pacientes. Para facilitar as transferências



em suas próprias conversas com os pacientes, os alunos receberam auxílio na formulação de como os valores podem ser comunicados de maneira compreensível aos pacientes. O currículo modelo foi avaliado positivamente pelos alunos, contudo a introdução prática não foi testada e deverá ser feita futuramente em quatro escolas de Medicina da Alemanha em um contexto de projeto de comunicação longitudinal com base em experiências na prática real (DEIS et al., 2020).

O conhecimento e a capacidade de discriminar a TDC entre diferentes níveis nas interações médico-paciente foram a base de um treinamento *on line* realizado por Geiger et al. (2020) em uma universidade alemã em 2019. Os autores realizaram um ensaio clínico randomizado e cego com 187 estudantes de Medicina divididos em 2 grupos, um grupo controle com 105 estudantes e um grupo de intervenção com 82 estudantes. Ambos os grupos receberam uma breve introdução geral sobre TDC e o treinamento *online*. Os desfechos primários foram avaliados ou antes do treinamento online no grupo controle ou posteriormente no grupo de intervenção.

O módulo de treinamento *online* foi projetado como parte do programa SHARE TO CARE (Danner et al., 2020), desenvolvido como um programa de implementação de TDC para ser aplicável internacionalmente em hospitais em todo o mundo. Além do treinamento online, o estudo inclui outros módulos como: treinamento presencial, auxiliares de decisão, enfermeiros como treinadores de decisão e intervenções para capacitar os pacientes. Consultas comuns de decisão médico-paciente ideais foram usadas para desenvolver exemplos de vídeo e demonstrar a utilidade das etapas de TDC. Após a análise dos dados o estudo de Geiger et al. (2020) revelou que o conhecimento e a capacidade de julgamento relacionados a TDC aumentaram significativamente no grupo de intervenção em comparação com o grupo controle.

Os resultados mostraram efeitos significativos de um treinamento *on-line* em TDC em relação à aquisição de conhecimento, capacidade de detectar elementos e diferenciar os níveis de TDC na comunicação médico-paciente. Os autores concluíram que o treinamento das habilidades de estudantes de Medicina (e, presumivelmente de todos os outros profissionais de saúde) em TDC é possível com alta eficiência e com métodos potencialmente fáceis de realizar, como as modalidades *on-line*, e isto se torna relevante pois TDC, MBE e outras habilidades médicas básicas enfrentam um desafio comum: A necessidade não atendida de uma ampla integração curricular no

treinamento na graduação e na pós-graduação para quase todos os profissionais de saúde (Ginger et al.2020).

Xu et al. (2020) realizaram pesquisa com objetivo de verificar a importância dos fatores que afetam a implementação do ensino de TDC em escolas médicas. Atualmente na China o currículo sobre conceito e aplicação de TDC não é um módulo obrigatório no sistema de educação médica. A pesquisa foi feita em 3 escolas médicas da China e realizada com 223 estudantes de medicina no ciclo clínico e 351 residentes nas áreas de ginecologia e obstetria, medicina de emergência, pediatria, cirurgia e otorrinolaringologia. Uma pesquisa online transversal usando a escala de melhor-pior com um desenho de bloco incompleto balanceado foi adotada para investigar os fatores que impactariam na implementação do ensino de TDC em escolas médicas na China.

A escala melhor-pior é um método usado para medir preferências individuais, é categorizada em três tipos: (1) Caso 1 (caso de objeto), Caso 2 (caso de perfil) e Caso 3 (caso de vários perfis). O método realizado no estudo foi o Caso 1. neste método os pesquisadores exploram as preferências de uma população de interesse em relação a cada item de uma lista particular de objetos. Os indivíduos sob observação são apresentados a um conjunto de objetos e orientados a escolher separadamente o melhor e o pior objeto. Após extensa revisão de literatura e encontros focais com pesquisadores em TDC, identifica-se uma lista de 13 fatores relacionados ao ensino de TDC: colaboração multidisciplinar, colaboração do paciente, formação médica de alta qualidade, confiança e respeito, educação em saúde, fornecimento de ferramentas de ajuda à decisão, controle de número de paciente, suporte administrativo, assistência à família / cuidadores, incentivos financeiros, privacidade nas consultas, habilidades de comunicação e treinamento em TDC. Os fatores foram agrupados no instrumento bloco incompleto balanceado para construir as escolhas de cada participante (XU et al., 2020). O bloco incompleto balanceado é um dos desenhos mais comumente usados para casos de objeto na escala melhor-pior (SMITH; STREET, 2003).

Um total de 574 estudantes de Medicina completaram a pesquisa online. Os três fatores mais importantes para a implementação da TDC em escolas médicas foram confiança e respeito, fornecimento de informações médicas de alta qualidade e colaboração multidisciplinar principalmente no grupo dos residentes. O modelo de

regressão identificou heterogeneidade significativa nas preferências em TDC entre os entrevistados e a análise de subgrupos mostrou que algumas heterogeneidades variaram nos entrevistados por sexo, programas de estudo e por suas experiências com os pacientes. Para os autores a maioria dos estudantes de Medicina identificou que o desenvolvimento de uma relação de confiança e respeito entre médicos e pacientes é o fator mais importante para a implementação do ensino em TDC na prática clínica. Contudo os autores relatam que perspectiva dos estudantes de Medicina é muito limitada, pois pelos resultados do estudo revelou-se uma heterogeneidade de preferência entres os residentes e os alunos de graduação, principalmente quando se considera o tempo de experiência nas práticas com o paciente (XU et al., 2020).

Leyland et al. (2021) realizaram uma avaliação qualitativa em 44 alunos de um total de 89, do 3º ano de Medicina da Universidade de Plymouth no Reino Unido. A intervenção almejou uma reflexão crítica sobre as disciplinas clínicas e as experiências em TDC. O ensino em TDC é introduzido como um tópico do currículo em profissionalismo no 3º ano do curso, realizado por discussões em pequenos grupos, princípios éticos e literatura.

Os autores realizaram uma avaliação informal com o objetivo de: explicar os benefícios da TDC para o atendimento ao paciente e ao Serviço Nacional de Saúde (NHS) incluindo evidências atuais; identificar as maneiras pelas quais os médicos incorporam a TDC em sua comunicação com os pacientes; identificar e analisar exemplos de boas práticas em TDC; considerar desafios e barreiras para incorporar a TDC na prática do ensino e como abordá-los; e identificar as maneiras pelas quais os alunos desejam aplicar a TDC em suas próprias funções e como futuros médicos. Após a análise dos dados qualitativos foi desenvolvida uma escala de pontos para avaliar o envolvimento do aluno com a ferramenta SHARE (buscar, ajudar, avaliar, alcançar) (AHRQ, 2016).

Os participantes de alto envolvimento ou demonstraram uma compreensão da ferramenta aplicando-a às suas observações e indicando o seu valor em alcançar a TDC, ou consideraram seus benefícios e limitações. Engajamento médio foi visto nos participantes que simplesmente mostraram uma compreensão da ferramenta e aplicaram-na às suas observações. Os participantes de baixo envolvimento não demonstraram compreensão ou aplicação da ferramenta. O nível de envolvimento da

maioria dos alunos com a ferramenta SHARE foi avaliado como alto ou médio e o baixo engajamento foi muito raro. Metade dos alunos refletiram sobre o utilitário da própria ferramenta SHARE.

Dos 44 modelos analisados, quatro temas principais foram identificados: aprendendo sobre TDC, observando e desconstruindo a TDC, reflexão dos participantes sobre as suas próprias respostas e as dos outros e, por fim desafios e incertezas sobre a prática médica e a autonomia do paciente. Segundo os autores, os alunos costumam achar mais fácil "desconstruir" encontros clínicos negativos, dividindo-os em seus diferentes elementos e identificando aspectos específicos que eles percebem como pior (por exemplo, "o tom de voz dela era bastante agressivo."). Ao refletir sobre experiências positivas, no entanto, eles geralmente as discutem-nas em termos mais gerais (por exemplo, "ela se comunicou bem").

Muitas das barreiras e lutas identificadas pelos participantes estavam relacionadas a desequilíbrios de poder entre o paciente e o médico, principalmente quando se depararam com um entendimento de que o clínico é um especialista em Medicina, mas o paciente é um especialista em suas próprias necessidades de saúde. Os alunos descreveram frustração e constrangimento, quando observaram o mau desempenho em TDC. Quando isso acontecia, suas análises frequentemente destacavam etapas que o profissional de saúde não havia seguido. Os alunos também refletiram sobre a escassez em TDC na prática e sobre como as restrições de tempo podem limitar as oportunidades de abraçar totalmente a TDC.

Para Leyland et al. (2021) a TDC é cada vez mais reconhecida como um imperativo ético na assistência à saúde, embora não tenha sido amplamente adotada na prática e as evidências em benefício das atividades de treinamento sejam limitadas. O estudo dos autores descreve como o apoio aos alunos da graduação em Medicina para empreenderem uma reflexão estruturada sobre modelos de comportamento usando a TDC na prática pode aprofundar uma melhor compreensão das tomadas de decisões junto ao paciente.

## 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

---

## 4.1 Desenho da Pesquisa

Optamos por uma metodologia quanti-qualitativa. Minayo (2004, p. 22-23) relata que os tipos de abordagem e os dados delas advindos adquirem uma oposição complementar que, quando bem trabalhada, produz riqueza de informações e maior fidedignidade interpretativa. A autora aponta as metodologias qualitativas como:

[...]aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativa.

As alternativas devem ser colocadas ao lado das grandes tendências epistemológicas que fundamentam não somente as técnicas, os métodos e as teorias, mas também a sua articulação com seus pressupostos filosóficos (FERREIRA, 2004).

É, portanto, dessa forma que entendemos o dimensionamento e o significado das opções técnicas, sejam essas quantitativas ou qualitativas. A escolha de uma técnica de coleta, registro e tratamento de dados ou dos procedimentos de recuperação de informações sobre um determinado fenômeno implica não somente pressupostos com relação às concepções de método e de ciência, mas também a explicitação das concepções de sujeito e de objeto como também as visões de mundo implícitas em todo processo cognitivo (FERREIRA; BATISTA; BATISTA, 2013).

Em nossa concepção, observamos que seja necessário relativizar as técnicas quantitativas ou qualitativas com relação a um conjunto maior. Com isso quero dizer que esse uso, indiscutivelmente, ajudará a compreender sua dimensão no conjunto dos elementos da pesquisa e também revelará suas limitações de tal maneira que, para serem consideradas como opções na definição de alternativas da investigação ou como modelos científicos, precisam ser articuladas com outros elementos mais complexos. Assim, pensamos que as opções técnicas só têm sentido dentro do enfoque epistemológico no qual são utilizadas ou elaboradas (FERREIRA; BATISTA; BATISTA, 2013).

Optamos por trabalhar o estudo de caso dentro da pesquisa qualitativa com um de seus métodos. Segundo Ludke e André (1986), o estudo de caso é um método da abordagem qualitativa de pesquisa porque encerra alguns aspectos essenciais. Nesta modalidade, o caso escolhido para investigação é uma unidade, e os contornos e os

limites do caso são mais claramente definidos ao longo do estudo. Apesar do caso ser uma unidade dentro de um sistema amplo, o seu foco de interesse dirige-se para aquilo que ele tem de particular, de único e sobretudo útil para investigar questões singulares que têm um valor em si mesmas.

Alguns desses aspectos também podem ser encontrados na definição dada por Triviños (1990, p. 146) sobre o estudo de caso:

É uma categoria de pesquisa cujo objetivo é uma unidade que se analisa aprofundamente. Suas características são dadas pela natureza e abrangência da unidade. Além disso, a complexidade do Estudo de Caso está determinada pelos suportes teóricos que servem de orientação ao investigador em seu trabalho. O importante é lembrar que no Estudo de Caso qualitativo, no qual nem as hipóteses nem os esquemas de inquirição estão aprioristicamente estabelecidos, a complexidade do exame aumenta à medida que se aprofunda o assunto.

De acordo com Yin (2010) o estudo de caso é: “um dos empreendimentos mais desafiadores na pesquisa” (p. 23). Segundo o autor (p. 39):

[...] o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes.

O estudo de caso permite ao investigador um aprofundamento quanto ao fenômeno estudado, revelando nuances difíceis de serem enxergadas “a olho nu”. Além disso, o estudo de caso favorece uma visão holística sobre os acontecimentos da vida real, destacando-se seu caráter de investigação empírica de fenômenos contemporâneos (YIN, 2005).

O estudo de caso assumido nesta pesquisa é classificado por YIN (2010) como descritivo, o que possibilita ao investigador a descrição de fenômenos contemporâneos dentro de seu contexto real.

O estudo apresenta as seguintes características: especificidade; pluralidade das técnicas auxiliares de coleta de dados (qualitativas e quantitativas); contemporaneidade, que permite sua utilização em eventos atuais e pouco explorados, aprofundando-se no contexto da realidade; e análise intensiva, que

consiste na busca da maior quantidade possível de informações sobre o objeto de estudo (YIN, 2010).

As fontes dos estudos de caso variam de acordo com a natureza do caso investigado. Essas fontes podem ser:

- Documentais: a pesquisa documental deve constar no plano de coleta de dados. O material coletado e analisado é utilizado para corroborar evidências de outras fontes e/ou acrescentar informações. É preciso considerar que nem sempre os documentos retratam a realidade. Por isso, é importantíssimo tentar extrair das situações as razões pelas quais os documentos foram criados. Os documentos podem fornecer “pistas” sobre outros elementos (YIN, 2005).

- Entrevistas: as entrevistas constituem a principal fonte de evidências de um Estudo de Caso. Trata-se de relato verbal sujeito a problemas de viés, recuperação de informações e/ou de articulação imprecisa. Sempre que possível, recomenda-se o uso do gravador de áudio. Há três tipos de entrevistas: (1) aberta – para extrair fatos; opiniões e “insights”; (2) focada – perguntas previamente formuladas que servem para corroborar ou não o que o investigador pensa a respeito de determinada situação; e (3) estruturada – perguntas pré-formuladas, com respostas fechadas (YIN, 2005).

O estudo de caso possibilita a triangulação de dados como estratégia de validação. Portanto, o autor recomenda que se empreguem múltiplas fontes de evidência em relação ao mesmo fenômeno: a construção de uma base de dados, através de notas, documentos, tabulações e narrativas (interpretações e descrições dos eventos observados, registrados etc.); e o estabelecimento de uma cadeia de evidências, que possibilite ao leitor a percepção de evidências capazes de legitimar o estudo, desde as questões de pesquisa até as conclusões finais (YIN 2005).

Por fim, Yin (2005, p.197) sugere que um estudo de caso “atraente” deve reunir algumas características básicas:

Engajamento, instigação e sedução – essas são características incomuns dos estudos de caso. Produzir um estudo de caso como esse exige que o pesquisador seja entusiástico em relação à investigação e deseje transmitir amplamente os resultados obtidos.



## 4.2 Contexto da Pesquisa

O estudo tem como cenário o curso de graduação em Medicina da Universidade Federal do Tocantins (UFT).

A Fundação Universidade Federal do Tocantins, instituída pela Lei 10.032, de 23 de outubro de 2000, vinculada ao Ministério da Educação, é uma entidade pública destinada à promoção do ensino, pesquisa e extensão, dotada de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, em consonância com a legislação vigente. Embora tenha sido criada em 2000, a UFT iniciou suas atividades a partir de maio de 2003, com a posse dos primeiros professores efetivos e a transferência dos cursos de graduação regulares da Universidade do Tocantins, mantida pelo Estado do Tocantins (UFT, 2016).

O Tocantins é o mais novo estado da Federação Brasileira, foi criado com a promulgação da Constituição Brasileira, em 5 de outubro de 1988, e ocupa área de 278.420,7 km<sup>2</sup> (IBGE, 2020). A população do Estado do Tocantins em 2021, estimada pelo IBGE é de 1.607.363 habitantes, distribuídos em 139 municípios, com densidade demográfica de 4,98 habitantes por km<sup>2</sup> (IBGE, 2022).

O Tocantins ocupa a 14<sup>a</sup> posição no ranking brasileiro em relação ao IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) e terceiro em relação à região Norte, com um valor de 0,699 (PNUD, 2013). A população da capital Palmas é de 228.332 habitantes, com densidade demográfica de 102,90 habitantes por km<sup>2</sup>. O IDH é de 0,788. Ocupa o 76<sup>o</sup> lugar em relação a todos os municípios do Brasil (PNUD, 2013).

Com uma estrutura multicampi, a UFT se encontra de norte a sul do Estado e conta com sete campi, implantados nas cidades de: Araguaína, Arraias, Gurupi, Miracema, Palmas, Porto Nacional e Tocantinópolis (UFT, 2022).

A UFT é a mais importante instituição pública de ensino superior do Estado, em termos de dimensão e desempenho acadêmico. Oferece 62 cursos de graduação presenciais, distribuídos nos sete campi. Na modalidade à distância são mais 26 cursos entre graduação, especialização e extensão, além de 17 programas de mestrado acadêmico, 9 de mestrados profissionais, e 6 de doutorado, reconhecidos pela Capes, e ainda vários cursos de especialização lato sensu presenciais, totalizando 982 docentes e 18.881 alunos (UFT, 2022).

A missão da UFT é formar profissionais cidadãos e produzir conhecimento com inovação e qualidade que contribua para o desenvolvimento socioambiental do Estado do Tocantins e da Amazônia Legal. Para a promoção da missão a UFT declara os seguintes valores: respeito à vida e à diversidade, transparência, comprometimento com a qualidade, criatividade e inovação, responsabilidade social e equidade (UFT, 2022).

O curso de Medicina da UFT do campus de Palmas foi autorizado pelo Decreto nº 5.773, de 09/05/2006 e criado em 24 de maio de 2006 (Resolução CONSEPE Nº 02/2006). A portaria de reconhecimento do curso pelo MEC é a de nº 189, de 01/10/2012 - DOU de 03/10/2012, Seção 1, p. 16. O curso é estruturado em 12 (doze) semestres, incluído internato de dois anos (4 semestres). A carga horária total do curso é de 8.715 horas-aulas (UFT, 2011).

Semestralmente 40 estudantes ingressam no curso, contabilizando um total de 480 estudantes nos 12 períodos do curso. A primeira turma ingressou no 2º semestre de 2007. O curso formou, até maio de 2022, em torno de 660 médicos em 18 turmas desde a sua 1ª colação de grau no final do 1º semestre de 2013.

O curso contabiliza 80 professores efetivos e 12 temporários. O internato de clínica médica conta com 3 professores titulares do estágio, sendo um deles o coordenador. O número de preceptores do internato de clínica médica no Hospital Geral de Palmas é de 32.

A proposta da estrutura curricular é trabalhar com as disciplinas de forma articulada e integrada. Durante o aprendizado prático, os trabalhos são realizados em diversos cenários (Programas de Saúde da Família, Unidades de Saúde, Programas de Saúde Indígena e Hospitais de referência no estado do Tocantins), bem como a inserção dos internos nos serviços desde os primeiros anos do curso e incentivo às atividades de iniciação científica (UFT, 2011).

O conteúdo da clínica médica no currículo de Medicina da UFT se dá nos 7º e 8º semestres nas disciplinas Saúde do Adulto I e Saúde do Adulto II. Nestas disciplinas, o estudante acompanha semanalmente os professores nas áreas de gastroenterologia, dermatologia, pneumologia, cardiologia, hematologia, nefrologia, endocrinologia, reumatologia, neurologia, ortopedia, angiologia, urologia, otorrinolaringologia e oftalmologia, em atividades práticas de ambulatório e

enfermaria. Ao final do 8º semestre o aluno aprovado seguirá para o estágio curricular, no caso o internato médico.

Conforme a resolução do CNE/CES nº 04, de 7/11/2001 (BRASIL, 2001), o estágio curricular, correspondente ao internato deverá representar, no mínimo, 35% da carga horária total do curso. O curso de Medicina da UFT supera esta porcentagem contemplando uma carga horária total que representa mais de 50% do curso. A carga horária teórica do estágio curricular também está em conformidade com artigo 7º da referida resolução, que é de até 20% (UFT, 2011).

No nono semestre o estudante inicia o estágio de internato com 24 meses de duração (do 9º ao 12º semestre). Os internos fazem rodízios, a cada 13 semanas, em seis grandes áreas (Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Cirurgia, Programa de Saúde da Família e Urgências). Todos os grupos alternam-se entre os grandes estágios nas áreas citadas acima. Ao término dos rodízios, os alunos fazem uma sequência com o Internato Rural.

O internato de CM do curso de Medicina da UFT é realizado no Hospital Geral Público de Palmas. Os internos fazem rodízios de 13 semanas em enfermarias e ambulatórios de CM e especialidades clínicas (gastroenterologia, pneumologia, cardiologia, hematologia, oncologia, nefrologia, endocrinologia, reumatologia, neurologia, infectologia e dermatologia). O internato de clínica médica contabiliza 41 créditos dos 581 créditos do curso de Medicina, sua carga horária total é de 615 horas-aulas, sendo 30 horas-aulas teóricas e 585 horas-aula para práticas.

As atividades desenvolvidas durante o internato são prioritariamente: anamnese e exame físico do paciente internado em enfermaria e em ambulatório de clínica médica, avaliação diária da evolução clínica, prescrição da terapêutica, interpretação da evolução clínica, e dos exames subsidiários ao diagnóstico e previsão prognóstica.

O módulo de clínica médica foi escolhido porque faz parte do internato médico obrigatório da UFT, fase na qual ocorre o treinamento prático do estudante. Neste cenário, o interno além de exercer as atividades técnicas como as citadas no parágrafo anterior, tem a oportunidade de se relacionar com o paciente e com outros profissionais de saúde, de modo que possa desenvolver habilidades e atitudes centradas no paciente.

### 4.3 População do estudo

Para a primeira etapa, realizada com a aplicação do instrumento atitudinal tipo Likert, foram convidados para participar da pesquisa 155 internos de Medicina no rodízio de clínica médica do 9º ao 12º período do curso em atividades nas enfermarias e ambulatórios de clínica médica e especialidades. A coleta destes dados foi realizada entre agosto de 2017 a dezembro de 2019 e contou com a adesão de 116 internos (74,84%). Trinta e nove internos (25,16%) se negaram a participar da pesquisa e não justificaram o motivo. O número de respondentes (116) por período, em relação à amostra total dos convidados (155) está detalhado na tabela 4.1.

**Tabela 4.1: Total de internos participantes.**

	<b>9º período</b>	<b>10º período</b>	<b>11º período</b>	<b>12º período</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Ago 2017 a dez 2017</b>					
nº de respondentes			16	17	33
%			10,32	10,97	21,29
<b>Ago 2018 a dez 2018</b>					
nº de respondentes			15	18	33
%			9,68	11,61	21,29
<b>Ago 2019 a dez 2019</b>					
nº de respondentes	7	10	14	19	50
%	4,52	6,45	9,03	12,26	32,26
<b>nº total de respondentes</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>45</b>	<b>54</b>	<b>116</b>
<b>%</b>	<b>4,52</b>	<b>6,45</b>	<b>29,03</b>	<b>34,84</b>	<b>74,84</b>

Ao considerarmos a amostra do total dos respondentes (116) como 100%, encontramos as seguintes características demográficas (gênero e faixa etária): 56 (48,28%) do gênero feminino e 60 (51,72%) do gênero masculino. A faixa etária foi agrupada em 6 faixas equidistantes: 20 a 25 anos, 25 a 30 anos, 30 a 35 anos, 35 a 40 anos, 40 a 45 anos e 45 a 50 anos, sendo que o intervalo à direita é aberto e o esquerdo é fechado. A amostra total de 116 respondentes apresentou a grande

maioria dos internos nas duas primeiras faixas: 51(43,77%) internos na faixa de 20 a 25 anos, e 57 (48,14%) internos na faixa de 25 a 30 anos. Juntas elas representaram 93,11% (108 internos) do total da amostra. Os dados de gênero e faixa etária estão detalhados na tabela 4.2.

**Tabela 4.2: Características demográficas dos internos participantes.**

	n	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	56	48,28
Masculino	60	51,72
<b>Faixa Etária</b>		
20 a 25 anos	51	43,97
25 a 30 anos	57	49,14
30 a 35 anos	4	3,45
35 a 40 anos	2	1,72
40 a 45 anos	1	0,86
45 a 50 anos	1	0,86

Na segunda etapa, após a avaliação da amostra dos dados da análise documental e da escala atitudinal tipo Likert, realizamos a entrevista de aprofundamento. Para esta etapa foram convidados inicialmente, professores do curso que atuam como preceptores em atividades nas enfermarias e ambulatórios de especialidades do módulo de clínica médica no internato. Após as entrevistas com os professores, foram convidados internos que participaram da 1ª etapa do estudo e que já haviam finalizado o estágio de clínica médica. A saturação da amostra das entrevistas foi atingida com 7 professores e 7 internos.

Dentre a amostra dos professores, 4 eram do gênero feminino e 3 do gênero masculino, a faixa etária predominante foi dos 35 aos 40 anos (4 professores); os outros 3 professores se situaram na faixa dos 45 a 50 anos. No grupo dos internos, 4 respondentes estavam no 11º período e 3 no 12º período do internato de clínica médica. Quatro internos eram do gênero feminino e 3 do gênero masculino. A faixa etária predominante foi dos 25 aos 30 anos (5 internos). Um interno se situou na faixa entre 30 a 35 anos.

### 4.3.1 Critérios de inclusão

Internos da UFT em curso do internato médico de clínica médica e professores médicos no exercício de supervisão destes internos durante atividades de enfermagem e ambulatorios de especialidades da clínica médica.

### 4.4 Processo de produção de dados

Para a coleta de dados utilizamos a escala atitudinal tipo Likert, análise documental e entrevista de aprofundamento, visando o alcance dos objetivos propostos. O quadro 4.1 relaciona cada um dos objetivos específicos com o método e o instrumento utilizado para esta coleta.

**Quadro 4.1: Apresentação dos objetivos, instrumentos, cenários e sujeitos da pesquisa.**

Objetivo	Instrumento	Cenário	Sujeitos	Número de sujeitos
Identificar e analisar como a ACP e a TDC têm sido contempladas no PPC do curso e nas atas do colegiado;	Análise documental	PPC do curso e atas das reuniões de colegiado		
Avaliar, na percepção de professores e internos, a formação em	Escala Atitudinal tipo Likert	Módulo de clínica médica do internato	Internos de clínica médica	116 internos  7 internos

TDC na etapa pré-internato	Entrevista de aprofundamento  Entrevista de aprofundamento		Internos da clínica que responderam à escala atitudinal tipo Likert  Professores do curso de Medicina da UFT que atuam no internato de clínica médica	7 professores
Caracterizar a formação em TDC no internato de clínica médica da UFT	Entrevista de aprofundamento	Módulo de clínica médica do internato	Internos da clínica que responderam a escala atitudinal tipo Likert  Professores do curso de Medicina da UFT que atuam no internato de clínica médica	7 internos  7 professores
Investigar a participação do interno de clínica médica nas TDC	Escala Atitudinal tipo Likert	Módulo de clínica médica do internato	Internos de clínica médica	116 internos  7 internos

durante as práticas em enfermarias e ambulatórios	Entrevista de aprofundamento		Internos da clínica que responderam à escala atitudinal tipo Likert	7 professores
	Entrevista de aprofundamento		Professores do curso de Medicina da UFT que atuam no internato de clínica médica	

#### 4.4.1 Análise documental

A análise documental foi adotada por ser uma abordagem qualitativa exploratória, utilizando fontes primárias, seguida da análise de conteúdo dos dados identificados.

As questões envolvidas na análise documental foram:

1. O cuidado e a ACP compõem as competências a serem desenvolvidas pelos estudantes do curso de Medicina da UFT?
2. A formação do médico em TDC é assumida explicitamente nos documentos? Se sim, como é assumida?

A análise documental é uma técnica de pesquisa cuja fonte encontra-se em documentos que, após uma busca com critérios pré-estabelecidos de seleção, são submetidos a uma análise criteriosa e em profundidade. Neste instrumento, os resultados obtidos contribuem às revelações e explicações acerca de um fenômeno ou objeto em estudo (PIMENTEL, 2001).

Scheller, Kripka e Bonotto (2015) demonstram que a análise documental apresenta um desafio ao pesquisador ao selecionar e interpretar a informação para



compreender estas fases e a interação estabelecida com a fonte de informação, resultando em uma gama maior de significados da pesquisa. Busca-se então as definições de fonte primária e documento correlacionadas à relevância dos questionamentos assumidos na investigação, identificando como fonte primária os documentos que são originais e sem interpretações presentes em seu contexto (CELLARD, 2008).

Foram utilizados, como fontes de documento, arquivos públicos, considerados documentos oficiais abertos e acessíveis livremente (MARCONI; LAKATOS, 2007).

A análise documental foi realizada em duas fases: a primeira, localizando a fonte e a seleção dos documentos e a segunda, tratando e analisando as informações coletadas nos documentos oficiais (CALADO; FERREIRA, 2005).

Os documentos foram acessados na coordenação do curso de Medicina da UFT, no campus de Palmas -TO.

As palavras-chave utilizadas foram: atenção centrada no paciente, atenção centrada na pessoa e tomada de decisão compartilhada.

Os documentos analisados foram o PPC (novembro de 2008) e as atas de reunião de colegiado do curso de fevereiro de 2007 a dezembro de 2019.

A escolha permitiu aprofundar com maior grau de fidedignidade o conhecimento acerca da trajetória histórica do curso de Medicina da UFT, analisando o curso desde sua criação em 2007 até dezembro de 2019.

As buscas localizaram um total de 119 documentos, reunidos pelo PPC e 118 atas de reunião de colegiado do curso, como o *corpus* inicial da análise documental. Flick (2009) descreve que o *corpus* inicial favorece não somente à escolha dos documentos, como também auxilia na definição de toda uma amostra significativa do objeto de estudo da pesquisa.

A segunda fase da análise documental foi o tratamento e a análise das informações após a construção do *corpus* da análise (CALADO; FERREIRA, 2005).

O quadro da análise do documento foi elaborado com as seguintes informações: nº de ordem e caracterização dos documentos: título, numeração, fonte de publicação, data de publicação e objetivo central. Foram apresentados trechos na íntegra do texto para análise e inferência à ACP e TDC. Foi realizada uma leitura aprofundada de cada documento para identificar os elementos que favorecessem respostas às perguntas norteadoras:

1. O cuidado e a APC compõem as competências assumidas no PPC?

2. A formação do médico em TDC é assumida explicitamente nos documentos, e como é assumida?

Na pré-análise, o material foi organizado, realizando-se uma leitura flutuante como primeiro contato com os conteúdos dos documentos (FRANCO, 2008). A leitura flutuante deu lugar a uma leitura detalhada, aprofundada e mais precisa para com os questionamentos condutores da análise, buscando uma construção analítica coerente (FRANCO, 2008; SÁ-SILVA, ALMEIDA, GUINDANI, 2009).

Seguiu-se à fase de exploração do material, em que, a partir da leitura flutuante, foram escolhidas as unidades de contexto e de registro (UC e UR) e a identificação das categorias e subcategorias. A leitura dos documentos, conduzida pelos questionamentos, direcionou a respostas presentes em trechos dos documentos que, na íntegra foram selecionados, assim, constituindo as UCs.

Após analisarmos as UCs, identificamos especificidades do conteúdo expresso nos documentos, tais como parágrafos e textos na íntegra, que se constituíram nas URs. Estas unidades foram se apresentando como as menores partes do conteúdo presentes nas UCs, ou seja, as que traziam significados de cuidado e ACP, e formação do médico em TDC, que requeriam análise para a identificação/formulação das categorias e subcategorias (FRANCO, 2008).

O quadro da análise documental está disponível no Apêndice B.

#### **4.4.2 Escala atitudinal tipo Likert**

Foi construída uma escala no formato Likert (Apêndice A), que foi aplicada aos internos da clínica médica do curso de Medicina da UFT, objetivando apreender a percepção dos mesmos sobre o processo de ensino-aprendizagem em TDC no estágio de clínica médica do internato, assim como o processo ensino-aprendizagem em TDC na etapa pré-internato do curso de Medicina.

As escalas foram entregues aos internos, dos que se dispuseram a responder, na última semana do internato de clínica médica após sessões clínicas e atividades de enfermagem e ambulatório. Todos os participantes receberam orientação sobre o estudo, bem como responderam à escala. Todos os respondentes leram e assinaram o TCLE.

Escalas do tipo Likert constituem-se numa ferramenta de busca da percepção sobre o objeto pesquisado, verificando, portanto, o nível de concordância do indivíduo com assertivas positivas ou negativas propostas sobre o tema.

Compreender e avaliar a percepção humana há muito se constitui num aspecto importante para qualquer área de conhecimento. Sabemos que vários aspectos podem influenciá-la e entre eles podemos destacar a cognição, motivação e emoção.

Identificar a percepção nos leva a identificar atitudes que, no âmbito da psicologia, se traduzem na disposição ligada ao juízo de determinados objetos da percepção ou da imaginação, ou seja, a tendência de uma pessoa para julgar aspectos como desejáveis, indesejáveis, bons ou ruins. A escala tipo Likert vem sendo usada com frequência em estudos nas áreas da educação e da saúde revelando-se uma ferramenta contributiva para o processo avaliativo (FERREIRA, 2004; FERREIRA et al., 2013; MORAES et al., 2012; SILVA et al., 2013; FLORES e FERREIRA, 2022).

A referida escala buscou responder aos objetivos assumidos na pesquisa e para tal passou por uma validação de conteúdo e após sua aplicação por um tratamento estatístico quanto à sua dispersão e confiabilidade. O processo de validação de conteúdo consistiu na construção de dimensões, que são categorias de análise compostas por asserções positivas ou negativas com o objetivo de desvelar a percepção sobre cada dimensão construída (FERREIRA, 2004).

A validação de conteúdo da escala proposta pautou-se pela construção de asserções, à luz das:

- ❖ *Equivalência semântica* (significado das palavras);
- ❖ *Equivalência cultural* (termos e situações cotidianas diferentes entre as culturas);
- ❖ *Equivalência conceitual* (palavras que possuem significados culturais diferentes).

Após o processo de construção, as asserções foram pontuadas com a oferta de quatro opções de resposta com início na concordância até a discordância entremeada pela inclinação à concordância e inclinação à discordância. O uso de opções pares de resposta evita a tendência centrante (RITZ, 2000; FERREIRA, 2004). Foram atribuídos pontos para cada opção em duas escalas: 1/2/3/4 e 4/3/2/1, gerando

três intervalos interpretativos: de 1 ponto a 1,99, a percepção foi considerada ruim demandando correções a curto prazo; de 2 pontos a 2,99, a percepção foi considerada razoável exigindo correções à médio prazo e de 3 pontos a 4 pontos, a percepção foi considerada boa indicando assertividades quanto ao objeto pesquisado.

A pontuação se baseou em documentos considerados relevantes como as DCNs para os cursos de Medicina e o PPC do curso de Medicina da UFT. A consideração do PPC tem como objetivo verificar a sintonia entre os documentos externos e internos e o processo de formação propriamente desenvolvido.

A última etapa da validação de conteúdo foi a randomização das asserções que teve como finalidade não evidenciar o que estava sendo pesquisado, buscando encontrar de forma mais precisa a percepção de cada respondente. Foi construída uma página de rosto, na qual foram ofertadas as informações necessárias aos respondentes sobre o instrumento em si bem como sobre o objeto pesquisado, enfatizando-se que não existia resposta certa ou errada e, sim, o que o respondente considerava mais adequado.

#### **4.4.2.1 Validação estatística da escala atitudinal tipo Likert**

A escala foi aplicada após a primeira etapa do processo de validação do conteúdo. A seguir, validada estatisticamente quanto a dois aspectos: dispersão das asserções e confiabilidade do instrumento. Desta forma, foram obtidos os valores médios por asserção validada bem como os valores médios por asserção não validada.

Os recursos estatísticos utilizados foram:

- Teste de Correlação Linear ( $r$ );
- Teste de Confiabilidade (Spearman-Brown) ( $R$ );
- Análise de Variância (ANOVA);
- Gráficos de Setor, Colunas e Barras.

A validação do instrumento atitudinal foi baseada em FERREIRA (2004); MORAES et al., (2012); CARDOSO e JANSEN (2017); SOUZA e FERREIRA (2019); RODRIGUES e FERREIRA (2019); FERREIRA et al., (2019); FLORES e FERREIRA (2022).

#### 4.4.2.2 Análise de validade das asserções

Esta análise visou assegurar que houve dispersão mínima de respostas entre os respondentes em relação à escala atitudinal proposta, que exigia consistência entre pontuação baixa na asserção e pontuação total baixa no instrumento e vice-versa. Além disso, esta análise também utilizou o recurso estatístico do cálculo do coeficiente de correlação linear ( $r$ ), uma vez que, como se pode observar na fórmula abaixo, ( $x$ ) refere-se à resposta do respondente na asserção em análise, ( $y$ ) refere-se à pontuação total do respondente no instrumento e  $N$  é o número de respondentes (total da amostra).

$$r = \frac{\sum xy - \frac{(\sum x)(\sum y)}{N}}{\sqrt{\left[\sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{N}\right] \left[\sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{N}\right]}}$$

O valor de ( $r$ ) foi calculado para todas as asserções na simulação da primeira administração, visando à sua depuração com a eliminação das asserções com correlação linear inferior a 0,30. Na sequência, o valor de ( $r$ ) foi calculado novamente no que se denominou segunda administração, levando-se em consideração apenas as asserções validadas na primeira administração, envolvendo todos os instrumentos respondidos. Caso alguma asserção ainda apresentasse correlação linear inferior a 0,20, essa foi eliminada do cômputo final de pontos por respondente. Associou-se à escala atitudinal de concordância plena e discordância plena, com termos intermediários, inclinado a concordar ou inclinado a discordar, uma escala numérica de intervalo constante que, neste caso, foi de 4/3/2/1, ou 1/2/3/4, dependendo do fato de a asserção estar ou não em consonância com os documentos considerados ser favorável ou desfavorável, visando possibilitar a aplicação de estatística paramétrica, cálculo das médias e coeficientes de correlação linear ( $r$ ).

#### 4.4.2.3 Análise de confiabilidade do instrumento de percepção

As escalas de percepção têm uma dispersão mais adequada em estudos efetuados com um número de respondentes acima de 50. A forma mais direta para se verificar a confiabilidade de um instrumento é aplicá-lo a um grupo de pessoas, esperar um período de tempo e então reaplicá-lo ao mesmo grupo.

O coeficiente de correlação envolvendo o total de pontos por respondente entre a primeira e a segunda aplicação é conhecido como coeficiente de confiabilidade e o procedimento utilizado chama-se método do teste-reteste (SCHIMIDT, 1975).

Neste trabalho, foi utilizado o método de *split-half* (divisão ao meio), conforme descrito por Ritz (2000), que implica aplicar o instrumento ao grupo uma só vez e computar, para cada respondente, a soma dos pontos das asserções ímpares e, separadamente, a soma dos pontos das asserções pares, simulando, portanto, duas aplicações do instrumento, procedendo-se, a seguir, ao cálculo do coeficiente de correlação linear entre os valores mencionados, envolvendo todas as pessoas do grupo pesquisado. Na sequência, calculou-se o coeficiente de confiabilidade do instrumento por meio da fórmula de Spearman-Brown (SCHIMIDT, 1975), objetivando-se conhecer qual a porcentagem do tempo que o mesmo grupo responderia da mesma forma ao instrumento, sendo o critério de aceitação um mínimo de 80%, equivalente a R igual ou maior que 0,80.

O coeficiente de confiabilidade final (R) foi calculado pela fórmula de Spearman-Brown, como segue:

$$R = \frac{2r_{XY}}{1 + r_{XY}}$$

Para a análise da diferença entre as médias encontradas em cada um dos eixos de análise, isto é, se o sexo influenciou na percepção para cada uma das quatro dimensões e se o mesmo pode ter ocorrido com a Faixa Etária, foi utilizado a Estatística de Análise de Variância (ANOVA).

A análise visa, fundamentalmente, verificar se existe uma diferença significativa entre as médias e se os fatores exercem influência em alguma variável dependente. Essa técnica permite que vários grupos sejam comparados em um só tempo.

A ANOVA usa testes-F para testar estatisticamente a igualdade entre médias que é, em última instância uma razão de duas variâncias. As variâncias são uma medida de dispersão, ou até que ponto os dados estão dispersos em relação à sua média. Nesta pesquisa, nenhum dos eixos de análise interferiu nos resultados obtidos na escala tipo Likert construída.

### 4.4.3 Entrevista de aprofundamento

Consideramos que a entrevista se torna um instrumento de relevância em uma pesquisa qualitativa, pois através desta ferramenta podemos abordar temas complexos com dificuldade de serem investigados completamente em um questionário. Bogdan e Biken (1994) citam:

Em investigação qualitativa, as entrevistas podem ser utilizadas em duas formas. Podem constituir a estratégia dominante para a recolha de dados ou podem ser utilizadas em conjunto com outras técnicas. Em todas essas situações, a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito.

Neste estudo, optamos pela entrevista semiestruturada, por entendê-la, como conceitua Minayo (2004) como aquela:

[...]que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem resposta ou considerações prefixadas pelos pesquisados.

Acerca da entrevista, Brito Junior e Feres Junior (2011) afirmam que no cenário científico, figura como uma das técnicas mais usadas, viabilizando ao pesquisador extrair a riqueza de dados e informações para a pesquisa. Importante ressaltar que a entrevista requer de seu condutor a decisão do limite da busca das informações, estabelecendo o nível de profundidade do conhecimento que almeja para alcance dos objetivos propostos (FALSARELLA, 2015).

No intuito da busca das informações e garantia da profundidade para responder aos objetos de estudo construiu-se um roteiro de questões norteadoras, com previsão para manifestações livres dos sujeitos, e respostas às interrogações propostas pelo entrevistador (MARTINS, 2013). Visando a integralidade das apreensões, foi utilizado um gravador de voz.

O roteiro intencionou alcançar os objetivos de analisar a aprendizagem em TDC na etapa pré-internato e caracterizar as concepções e práticas sobre TDC dos egressos do internato de clínica médica.

Dessa maneira o instrumento, com suas especificidades, evidenciou as seguintes questões norteadoras:

1. TDC é uma competência que faz parte do processo de ensino-aprendizagem do curso de Medicina da UFT?
2. Qual a formação em TDC dos estudantes na etapa pré-internato?
3. Como se dá a formação em TDC dos internos de clínica médica durante o internato?
4. O interno de clínica médica participa da TDC junto aos seus preceptores nas enfermarias e ambulatórios?

Intencionando a fidelidade dos dados coletados, bem como auxiliar no momento da transcrição e análise dos dados, utilizamos o gravador de voz. Quanto ao recurso e sua empregabilidade, Gil (2008) discorre que o gravador é mais adequado para registrar a conversa, tornando-se inconveniente tomar nota no local, e é fundamental na prevenção de perda de dados, fatos que justificam uso de tal recurso, por ser o melhor modo de preservação do conteúdo abordado.

Usar o gravador se justificou uma vez que o momento do processo de coleta de dados requereu ao pesquisador atenção aos acontecimentos durante a obtenção de dados, como pausas, reações e atitudes dos sujeitos na inferência das perguntas. Dessa maneira exigiu-se do entrevistador fidelidade em sua transcrição ao ocorrido durante a entrevista (BONI; QUARESMA, 2005).

Utilizamos a amostragem por saturação, entendendo-a como um critério frequentemente empregado nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da Saúde, entre outras. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008). O critério de amostragem por saturação pertence às esferas de validação objetiva e de inferência indutiva e é utilizado para determinar quando o pesquisador deve finalizar o processo de coleta de dados. (THIRY-CHERQUES, 2006).

O fechamento amostral por saturação teórica foi operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passavam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o



aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estavam sendo coletados (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008).

O roteiro da entrevista foi elaborado com 7 questões para o interno e 7 questões para o professor baseadas nas questões norteadoras. Ao longo das entrevistas as questões foram exploradas ao máximo, a fim de se obter o maior número de respostas e informações para se alcançar os objetivos propostos. Os dois roteiros das entrevistas estão disponíveis nos apêndices C e D. Todas as falas das entrevistas foram transcritas na sua íntegra, dispostas em um único documento, e assim categorizadas.

#### **4.5 Análise de dados**

Partimos do pressuposto que a análise de dados apresenta três finalidades: servir para uma melhor compreensão dos dados coletados, confirmar ou negar pressupostos da pesquisa e ampliar o conhecimento sobre o objeto da pesquisa, articulando-a com seu contexto cultural.

Gressler (2004) afirma que a realização da análise abrange três aspectos: interpretação, explicação e especificação. A interpretação diz respeito à verificação de relações existentes entre as variáveis presentes no estudo e é o momento no qual o pesquisador, através de sua atividade intelectual, dá sentido e significado às respostas encontradas, relacionando os dados obtidos aos conhecimentos prévios. A explicação é referente a um desvendamento sobre as origens das variáveis, o que as causou e o que as explica. A especificação, por sua vez, explicita as relações válidas entre as variáveis.

A Matriz de Análise nesta pesquisa pautou-se pelos seguintes parâmetros direcionadores:

- Análise crítica e contextualizada das evidências científicas;
- Escuta ativa aos pacientes;
- Autonomia de o paciente decidir junto ao médico sobre a terapêutica, quando possível e o direito a consentir ou recusar as intervenções propostas;
- Tipos de RMP;
- Tipos de RMP tendo ponto de partida no contexto de TDC, tendo em vista o consenso para as decisões entre as partes;

- Habilidades de comunicação e troca de informações, para chegar a um acordo sobre uma decisão relativa ao tratamento e aos cuidados da saúde do paciente;
- Responsabilidade da decisão;
- Utilização de AD como ferramentas de auxílio ao médico na exposição de diferentes estratégias e suas respectivas consequências em riscos e benefícios para uma dada questão clínica e TDC;
- Incorporar das preferências e valores do paciente quando se tomam decisões;
- Utilização das seguintes competências pelo formando na abordagem do doente para TDC: técnica da entrevista clínica; uso adequado de exames diagnósticos; instituição do tratamento; registo clínico e técnica de apresentação de casos; raciocínio clínico e negociação; referência e consultoria; e leitura crítica de artigos científicos; e
- Discussão e valorização da TDC no ensino médico da UFT.

#### **4.5.1 Análise dos dados referentes à escala atitudinal tipo Likert**

A análise dos dados obtidas por meio da escala Likert observou a construção de quatro dimensões construídas a partir dos objetivos da pesquisa, compostas por asserções positivas e negativas, onde atribui-se pontos em duas escalas (4/3/2/1 ou 1/2/3/4), com randomização das mesmas, o que caracteriza o processo de validação de conteúdo desenvolvido antes da aplicação. Após, desenvolveu-se a validação estatística quanto a dispersão, confiabilidade e variância; os três intervalos interpretativos resultantes desse processo foram: de 1,00 a 1,99 pontos a percepção é negativa e mudanças de curto prazo devem ser tomadas; de 2,00 a 2,99 pontos, a percepção revela aspectos a serem melhorados exigindo medidas em médio prazo e de 3,00 a 4,00 pontos a percepção é positiva e pode ser potencializada; destaca-se que tais resultados foram problematizados à luz da literatura afeta ao tema.

#### **4.5.2 Análise de dados das entrevistas**

Os dados coletados nas entrevistas foram submetidos a uma análise de conteúdo, modalidade Análise Temática. A análise temática é definida por Bardin (2004) como um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento que se aplica a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados, que oscila entre dois polos do rigor da objetividade e da subjetividade.

A análise de dados desta pesquisa utilizou como ordenação de dados: mapeamento de todos os dados levantados durante a pesquisa e classificação dos dados identificando os mais relevantes para a elaboração das categorias específicas (MINAYO, 2010).

Assim como descrito na análise documental, seguiu-se a fase de exploração das entrevistas, em a partir da leitura flutuante, foram escolhidas as unidades de contexto (UC) e de registro (UR), e a identificação das categorias e subcategorias. A leitura das entrevistas, conduzida pelas questões norteadoras direcionou as respostas que foram selecionadas na íntegra, constituindo as UCs.

Após analisarmos as UCs, identificamos a amplitude do conteúdo expresso nas respostas das entrevistas, tais como frases, parágrafos e até textos na íntegra, que se constituíram nas URs. Estas unidades foram se apresentando como as menores partes do conteúdo presentes nas UCs, ou seja, as que traziam significados relacionados ao conhecimento e aprendizado em TDC dos estudantes de Medicina da UFT na etapa pré-internato, e aprendizado e participação em TDC dos internos de clínica médica. Dados que requeriam serem análise para a identificação/formulação das categorias e subcategorias (FRANCO, 2008).

O quadro com as informações permitiu leitura apurada das entrevistas e registros, o que auxiliou em evitar interpretações equivocadas, assim como identificar com mais precisão os contextos de citação dos objetivos a serem alcançados. Desta forma, procurou-se atender aos elementos das entrevistas, como elucidação da identidade dos autores, contexto da escrita, a autenticidade, confiabilidade e lógica interna advinda dos textos (CELLARD, 2008).

#### **4.6 Procedimentos éticos**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e aprovado em dezembro de 2015, sob o parecer de número 1.347.286 (Anexo 1).

O TCLE (Anexo 2) foi fornecido a todos os internos e professores que aceitaram participar da pesquisa. Todos os participantes leram e assinaram o TCLE.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

Os resultados e a discussão pertinente serão apresentados conjuntamente em dois subcapítulos:

5.1 A tomada de decisão Compartilhada no PPC e nas atas do colegiado;

5.2 Ensino e aprendizagem de tomada de decisão compartilhada na graduação do curso de Medicina da UFT.

Este, por sua vez, está subdividido em 3 tópicos:

5.2.1 Percepções de professores e estudantes sobre o ensino e aprendizagem de tomada de decisão compartilhada na graduação;

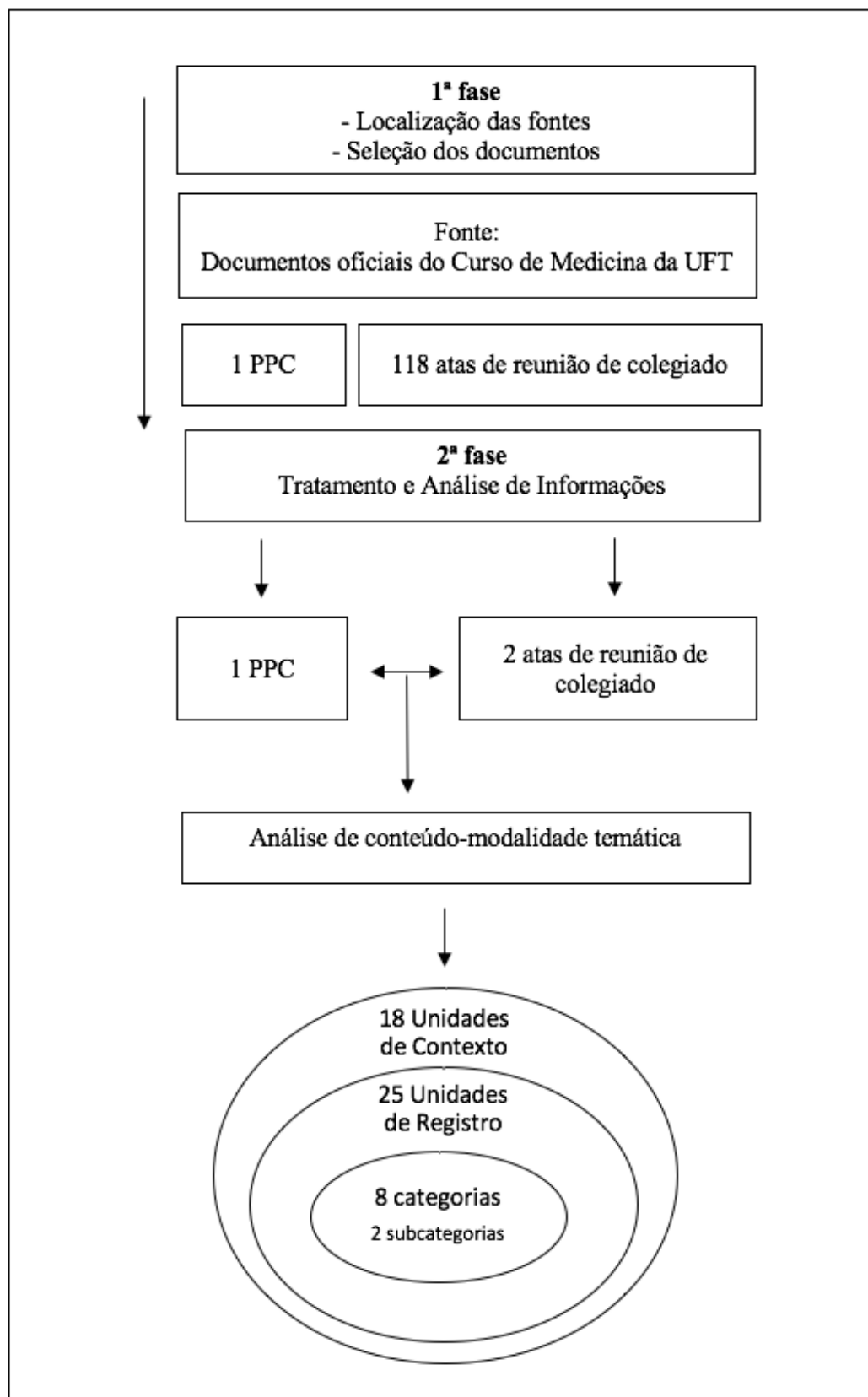
5.2.2 Ensino e aprendizagem de tomada de decisão compartilhada na etapa pré-internato;

5.2.3 Ensino e aprendizagem de tomada de decisão compartilhada no internato de clínica médica.

## **5.1 A tomada de decisão compartilhada no PPC e nas atas do colegiado**

Para investigar a proposta formativa referente ao desenvolvimento de competências relacionadas com a ACP e a TDC pelos estudantes na graduação do curso de Medicina da UFT, realizou-se análise documental do projeto político pedagógico e de atas de reuniões de colegiado em duas fases, conforme explicitado na figura 5.1.

Figura 5.1: Síntese da análise documental da pesquisa.



Assim, dos 119 documentos, 3 foram selecionados: o PPC do curso de Medicina da UFT (novembro de 2008) e 2 atas de reuniões ordinárias do colegiado de Medicina da UFT (março de 2016 e fevereiro de 2018).

A análise de conteúdo, na modalidade temática, foi realizada em três fases: a pré-análise, a exploração do material e a definição das categorias (BARDIN, 2011). A análise foi conduzida pelos seguintes questionamentos:

1. O cuidado e a ACP compõem as competências assumidas no PPC?
2. A formação do médico em TDC é assumida explicitamente nos documentos?

Se sim, como?

Nos resultados desta análise documental não evidenciamos UR que explicitamente assumiam a competência de TDC como objetivo a ser alcançado na formação do médico do curso de Medicina da UFT. O ensino médico ao longo das décadas tem priorizado as doenças e o seu processo diagnóstico, movendo a pessoa para um plano secundário, paralelamente à busca de uma ordem ou norma para fundamentar diagnósticos (BARBOSA; RIBEIRO, 2016). O ensino baseado no método clínico centrado na pessoa, de onde parte a premissa para o ensino da TDC, sugere que o paciente seja protagonista de sua própria saúde e o posiciona como foco na consulta médica e participante ativo no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisões para o cuidado (FERREIRA et al, 2016).

Ao investigar currículos de escolas médicas Barbosa e Ribeiro (2016) chamam atenção para o fato de que ainda há uma lacuna na formação médica atual em relação ao ensino centrado no paciente e às dificuldades de incorporação do seu ensino nos currículos dos cursos de graduação em Medicina, resultado que mostra uma relação com este resultado encontrado neste estudo, ao abordarmos uma particularidade do ensino centrado no paciente, que é a TDC. Outro estudo que avalia ACP em currículos médicos foi o da tese de Pereira (2017). A autora avaliou preditores de atitudes centradas no paciente de estudantes de Medicina em diferentes tipologias curriculares, e revelou que apesar das escolas médicas estarem envolvidas em reformas curriculares que têm entre as suas finalidades a implementação de um cuidado mais centrado no paciente e valores profissionais centrados no relacionamento médico-paciente, os esforços das escolas para instituírem as mudanças curriculares e os resultados esperados na formação dos estudantes não têm sido completamente alcançados.



Logo, mesmo observando que escolas médicas com currículos teoricamente voltados para a ACP, a realização deste objetivo ainda não tem sido completamente efetivada. No caso do PPC do curso de Medicina da UFT, como mostrado nesta primeira análise dos documentos, objetivos explícitos de uma formação com base na ACP, ainda se mostram incipientes, principalmente se levarmos em conta o ensino de TDC.

Contudo, foram encontrados indicativos indiretos de preparo para a perspectiva do cuidado baseado na integralidade do sujeito, pressupondo-se o cuidado para ACP, condição esta para a TDC.

Nesta perspectiva, identificamos 18 UCs e 24 URs, das quais emergiram 08 categorias e 02 subcategorias.

O quadro 5.1 enumera as categorias, subcategorias e as frequências que foram encontradas nos documentos.

**Quadro 5.1: Categorias e subcategorias encontradas na análise documental.**

<b>CATEGORIA</b>	<b>Número de UR</b>
<b>Compromisso com a formação baseada na integração academia-sociedade.</b>	<b>1</b>
<i>Subcategoria:</i> <i>Formação acadêmica com vistas a viabilização da integração do ensino com os serviços de saúde.</i>	<i>1</i>
<b>Compromisso com a formação baseada em atendimentos focados nas necessidades de saúde da população.</b>	<b>4</b>
<b>Compromisso com conteúdos curriculares de compreensão de determinantes sociais, comportamentais, individuais e coletivas.</b>	<b>2</b>
<b>Compromisso da formação de profissionais comprometidos com atenção integral à saúde.</b>	<b>2</b>
<b>Compromisso da formação com qualidade e humanização no atendimento.</b>	<b>5</b>
<b>Compromisso da formação com a ética e a conduta médica em favor do ser humano e da sociedade.</b>	<b>4</b>

<b>Compromisso da formação com estabelecimento de reciprocidade na relação com o indivíduo/sociedade.</b>	<b>2</b>
<b>Compromisso com a formação e com o desenvolvimento e valorização da autonomia das pessoas.</b> <i>Subcategoria:</i> <i>Compromisso com a formação médica que considere a representação de saúde dada pela pessoa (indígena).</i>	<b>7</b>   <b>1</b>

O PPC assume o **Compromisso com a formação baseada na integração academia-sociedade**, uma categoria mais ampla quando levamos em conta a interação da universidade com a sociedade, base para aproximação do profissional a ser formado com o indivíduo que o procura. Nesta categoria encontramos a subcategoria *Formação acadêmica com vistas a viabilização da integração do ensino com os serviços de saúde*, remetendo aos cenários presentes em todo o aprendizado prático do curso de Medicina.

*"[É objetivo do internato médico]: conscientizar o aluno sobre as responsabilidades e deveres éticos do médico perante o paciente e a sociedade". (DOC 1)*

*"A Coordenação do Curso de Medicina (viabilizará) a integração academia-sociedade, especialmente a integração ensino-serviços de saúde." (DOC 1)*

A criação da UFT no Estado do Tocantins, com o reforço dos cursos da área de saúde, projetou com maior amplitude o compromisso da educação com a sociedade de um Estado com poucas décadas de existência. O curso de Medicina veio solidificar esta integração, assumindo-a no seu PPC. Com o passar dos anos, já podemos observar os ganhos para a sociedade desde os primeiros anos do curso. É notável como a saúde no Estado adquiriu características até então não presenciadas. O ingresso dos alunos, internos e residentes nos serviços de saúde, não só na capital

Palmas, como no interior do Estado, exemplificado pelo internato rural do curso de Medicina, nos dão uma prova de como o compromisso da universidade com a sociedade podem ser transformadoras. Para Paiva (2008), a universidade e seus cursos, enquanto instituições que se definem em função dos saberes, têm por atribuição triar, selecionar e incorporar certos saberes sociais em processos de formação sob seu controle. Para Barbosa e Ribeiro (2016), saberes sociais têm sido seletivamente transformados em saberes escolares, ou seja, saberes adaptados às formas e aos fins do ensino. Os autores mostram que a universidade tem se esforçado por apresentá-los como legítimos e, que sua transmissão, há normas às quais se devem conformar tanto os agentes escolares como os estudantes.

Ao longo da análise do PPC, encontramos preocupação por parte do curso de Medicina com a comunidade e os usuários em que está inserida, expressa no **Compromisso com a formação baseada em atendimentos focados nas necessidades de saúde da população**, encontrada 4 vezes nesta análise.

*A competência educacional [do curso de Medicina da UFT] visa construir um profissional inserido no papel de formação de condutas e de educação em saúde nas suas relações com o paciente, com a família e com a comunidade. (DOC 1)*

Com a mesma percepção Albuquerque (2008) relata que a formação e a qualificação dos profissionais da saúde devem ser orientadas pelas necessidades da população. Para o autor não cabe mais uma relação distanciada e cerimoniosa entre o ensino e o serviço, muito pelo contrário: é necessária uma articulação estreita, tendo em vista a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Abreu et al (2006) apontam que esta mudança pressupõe trabalho em equipe, acolhimento dos usuários, produção de vínculo entre eles e as equipes, responsabilização com a saúde individual e coletiva, atendimento das necessidades dos usuários, assim como resolubilidade dos problemas de saúde detectados.

Os documentos analisados também mostraram **Compromisso com conteúdos curriculares de compreensão de determinantes sociais, comportamentais, individuais e coletivos.**

*O conteúdo curricular [do curso de Medicina] contempla a compreensão dos determinantes sociais, [...] comportamentais, [...] éticos e legais, nos níveis individual e coletivo [...]. (DOC 1)*

Nesta categoria, observamos um empenho do ensino de aspectos inerentes à pessoa seja ela como um componente individualizado ou como uma forma coletiva, para que a universidade possa ter uma melhor compreensão do papel do indivíduo na sociedade e assim traçar planos para que o aprendizado de cada um dos seus egressos retorne à sociedade, fortalecendo-a de forma continuada.

A escola deve dar conta de condições básicas para formar um profissional com conhecimento, habilidades e atitudes capazes de atender com qualidade as necessidades e demandas da população brasileira (LAMPERT, 2008). Cabe aí, o papel da ACP e da TDC como competências que se tornam instrumentos para que estas condições na formação dos estudantes se tornem de fato reais para o cumprimento dos compromissos do curso tanto na forma individual como coletiva.

A categoria **Compromisso da formação profissionais comprometidos com atenção integral à saúde** foi registrada 2 vezes no PPC do curso.

*“A UFT promove a criação de cursos de saúde que visem[...] formação de profissionais comprometidos com o sistema de saúde, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde [...]. (DOC 1)*

Para Franco et al. (2014) saúde integral é um ponto de destaque na formação, trazendo uma linha de cuidado que considera ações coordenadas para benefício do

sujeito. Desse modo, é apontada como um dos principais elementos de um currículo baseado em competências, associado ao Sistema de Saúde (SUS) e à universidade. As estratégias que buscam este tipo de integração avançam para maiores possibilidades de aproximar a escola dos serviços de saúde, bem como de docentes de diversas áreas, tendo como ponto de convergência a necessidade de formação do profissional de saúde (GIRALDES IGLÉSIAS e BOLLELA, 2015).

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde é destacada pelo Ministério da Saúde como norteadora dessa prática integral. Logo, deve-se estimular que competências amplas— como as ligadas à integralidade, a ser acessível ao paciente, à responsabilidade, ao compromisso, ao levar em conta as necessidades da população e o cuidar de si — façam parte do cotidiano do ensino e aprendizagem (FRANCO et al., 2014). Para o autor, a ausência dessas competências não quer dizer que necessariamente estejam ausentes no ensino, mas por algum motivo não foram explicitadas nos planos pedagógicos. Isso pode ocorrer por estarem associadas a competências bastante complexas para serem transportadas para uma linguagem escrita, estando mais ligadas a atividades práticas e atitudes.

Para Almeida e Ferraz (2008) a correlação entre as diferentes áreas do conhecimento é um ponto forte a ser considerado, uma vez que o sujeito é integral. Um estímulo para isso é a interdisciplinaridade com o objetivo de considerar tanto o cuidado como a integralidade, o controle social, a humanização, a ética, as abordagens e as pesquisas disciplinares com o mesmo grau de importância. Procurar entender e refletir sobre as várias possibilidades éticas enriquece o vocabulário moral, expandindo possibilidades de encaminhamento das questões do cotidiano (ABREU et al., 2006). Na formação de profissionais de saúde, é necessário contemplar as diversas possibilidades éticas, por meio de sua apresentação e discussão, para tornar possível uma moral mais maleável, fugindo da rigidez normativa da ética deontológica, que muitas vezes é a única base de dados éticos dos profissionais (CARVALHO et al., 2015).

Partindo do princípio de cuidados centrados no paciente, verificamos os termos *humanização* e *humanizar* em várias citações no PPC e 1 citação em ata de reunião de colegiado do curso. A categoria **Compromisso da formação com qualidade e humanização no atendimento** foi encontrada 4 vezes no PPC e 1 vez em ata de reunião de colegiado do curso.

*"Criação de cursos de saúde que visem [...] (formação de profissionais comprometidos com) qualidade e humanização no atendimento [...]" (DOC 1)*

*"Aprovação do projeto de pesquisa: A Humanização sob ótica dos profissionais que atuam na estratégia da saúde da família [...]" (DOC 2)*

A relação entre ACP e TDC com humanização é uma das mais próximas, e estas competências se imbricam tanto no atendimento como no ensino. Para Martolelli et al. (2016) os desafios que se mostraram pertinentes na formação dos novos profissionais de saúde pautados pela humanização abrangem: implantação de mudanças nas graduações em Saúde, a partir do que determinam as diretrizes curriculares nacionais. Ainda para o autor, a humanização nos currículos potencializa um diferencial na formação em Saúde e na educação permanente em Saúde, constrói competências docentes mais próximas do indivíduo, forma professores comprometidos com práticas humanizadas e com escuta qualificada, estabelece um bom diálogo com os estudantes e proporciona experiências significativas ao longo da formação, em sua prática cotidiana e nos estágios.

Não é fácil ensinar humanização nos cursos de Saúde, principalmente com o aparato tecnológico que nos cerca. A formação profissional na área de Saúde apresenta uma dimensão subjetiva devido ao caráter do seu objeto. Contudo, práticas de saúde de caráter mais social e humanizado são possíveis sem abandonar os avanços tecnológicos. Porém, é necessária uma profunda reflexão sobre o caráter dos profissionais que estão sendo formados, o que passa por necessidades de mudanças não apenas nas estruturas curriculares dos cursos médicos, mas também na formação dos professores-médicos que precisam estar preparados para repassar esses conteúdos em sala de aula (BARBOSA; RIBEIRO, 2016). O profissional humanizado é aquele que conhece a realidade do local onde está trabalhando e que escuta e mantém um diálogo horizontal com seus pacientes, orientando-os e traçando

conjuntamente a eles, as melhores estratégias para a solução de uma determinada enfermidade ou buscando soluções para contornar os problemas que possam surgir com o tratamento (ALVES SILVA et al., 2017).

Assim como as estratégias de ensino voltadas para a humanização dos atendimentos, os documentos mostraram **Compromisso da formação com a ética e a conduta médica em favor do ser humano e da sociedade** (4 URs). Esta abordagem é fundamental no ensino voltado para ACP. Esta complementação se faz necessária para que o aprendizado do estudante seja construído de maneira integral, estabelecendo, assim, regras inerentes ao próprio atendimento que, em algumas vezes, parecem se apresentar de forma subjugada, principalmente quando se ensina a TDC. A figura do professor adquire ainda mais relevância, não somente no seu papel de educador, mas como instrutor dos seus próprios princípios morais e éticos adquiridos além da sua formação profissional.

Para Nicholas (1999) a ética médica não é neutra e professores através de exemplos, influenciam seus alunos de muitas maneiras na abordagem com seus pacientes. Logo, a educação de ética médica precisa se tornar-se mais reflexiva sobre sua própria ética, ou seja, a ética dos professores-médicos, de acordo com sua posição social e política, dada a importância da construção e transmissão da ética médica. Para isso, deve haver uma aproximação crítica entre os preceitos médicos e a exploração de um contexto político nas escolas médicas. Para a autora, educadores médicos não ensinam somente o que está posto nos códigos. Para Barbosa e Ribeiro (2016), há um forte empenho em ensinar a capacidade de analisar, refletir e argumentar, fornecendo aos estudantes oportunidades de adquirirem competências para examinar o mundo e sua prática profissional. A chance de obter um novo olhar, oferecida aos estudantes nestas lições, irá orientá-los na tomada de decisões e em direção a uma distribuição de poder e a valorização do relacionamento interpessoal, pois os alunos miram-se em seus mestres e anseiam por seus saberes.

O **Compromisso da formação com estabelecimento de reciprocidade na relação com o indivíduo/sociedade** foi encontrado em 2 URs no PPC do curso.

*“A competência educacional visa  
construir um profissional inserido no  
papel de formação de condutas e de*

*educação em saúde nas suas relações com o paciente, com a família e com a comunidade”. (DOC 1)*

Esta categoria chama atenção para como as relações entre as pessoas e os seus papéis dentro da sociedade se mostram valorosas no contexto do curso e como este elemento incorpora as relações de compartilhamento. Para Laffin (2007), a formação em Saúde pressupõe a necessidade de formar profissionais habilitados a compreender e se comunicar adequadamente com os seus pacientes, estabelecendo relações de envolvimento humano marcado por trocas, conflitos, diálogos, negociações, empenho e uma intimidade entre docentes, discentes e pacientes.

As situações de aprendizagem demandam um clima de reciprocidade, vínculo, autoria, criação e respeito (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015). Não existe conhecimento fora de um vínculo que possa ser processado pela mente. É importante, nessa concepção, que o professor seja capaz, como exercício constante, de entrar em contato com sua subjetividade e, acrescenta-se, com a alteridade, além de poder passar este conhecimento para os seus alunos. Não existe boa comunicação sem envolvimento com o outro (PIO, 2019).

Nesse sentido, Barbosa e Ribeiro (2016), ressaltam a necessidade de que os projetos políticos pedagógicos dos cursos de Medicina, bem como suas políticas formativas, atendam à necessidade de capacitar os acadêmicos numa boa compreensão do homem em seu contexto social/cultural/econômico e em suas relações com os outros, a fim de serem capazes de lidar com a alteridade, respeitando os indivíduos em suas particularidades, compreendendo o “outro” em sua singularidade e dentro da sociedade. Essa tarefa não é fácil, pois o modelo de ensino, focado no positivismo científico, reafirma constantemente a objetividade biológica em detrimento das condições sócio- culturais do indivíduo enfermo (ALVES SILVA et al., 2017), o que dificulta a inserção do paciente como participante da tomada de decisão, um dos motivos pelos quais na prática o ensino desta participação ainda não esteja bem estabelecido.

Ainda com um olhar mais voltado para a pessoa, seus valores e sua autonomia chegamos à categoria **Compromisso com a Formação comprometida com o desenvolvimento e valorização da autonomia das pessoas**, encontrada 7 vezes nos documentos analisados, revelando, na 102<sup>a</sup> ata de reunião de colegiado do curso,



a subcategoria *Compromisso com a formação médica que considere a representação de saúde dada pela pessoa (indígena)*, situação que mostra um projeto de pesquisa que visa envolvimento de um membro da comunidade como ser participante nas ações com o sistema de atenção à saúde.

*“Formação médica visando[...] redimensionar o desenvolvimento da autonomia das pessoas [...]” (DOC 1)*

*“O cuidado à saúde vai incentivar a [...] construção de processos participativos, democráticos e inclusivos...” (DOC 1)*

Quando se estuda ensino ACP e TDC um ponto fundamental é o papel do paciente e por conseguinte a sua autonomia, principalmente na participação da tomada de decisão. Para Bezerra (2017) a formação médica em geral propicia uma postura absoluta em que o paciente é conduzido pelo médico. Todavia entender a autonomia do indivíduo significa observar o direito do paciente de receber todas as informações pertinentes à sua condição e de participar ativamente de seu tratamento. Tendo, inclusive, o direito de recusar o que achar agressivo a sua integridade física ou emocional.

A mesma opinião é compartilhada com Gonzalez e Branco (2012). Para os autores o médico não pode obrigar o paciente a aceitar o tratamento proposto, haja vista que a autonomia permite ao mesmo o direito legal de negá-lo, sendo o princípio bioético fundamental no atendimento médico é a compreensão da autonomia do paciente. Não há muito, o médico assumia posturas autoritárias sob o argumento de que, sendo médico, sabia o que era melhor para o paciente e que, portanto, este deveria obedecer-lhe. O respeito pela autonomia do paciente coloca o médico no lugar daquele que, de fato, detém o conhecimento e, por isso, deve esclarecê-lo acerca da melhor alternativa para tratamento. Assim sendo, o respeito à autonomia é a atitude que deve ser apreendida desde cedo no processo de formação dos estudantes de Medicina.

Apesar de não estar explícito o ensino da autonomia e das preferências do paciente nos documentos do curso, nesta categoria podemos observar poucas

inserções de forma tímida, diluídas nos objetivos do curso e na ementa da disciplina bioética. Acreditamos que o PPC poderia ter sido mais enfático nesta abordagem e que poderia ter sido assumido o ensino da participação do paciente na formação do seu aluno. Contudo, mesmo com PPCs mais atuais nas quais as considerações sobre a ACP adquirem maior relevância, ainda temos uma abordagem pouco expressiva na prática. Não encontramos estudos robustos que possam avaliar como estes estudantes que se formaram em metodologias centradas no paciente estão valorizando o protagonismo e a autonomia do paciente.

Para a formação médica, as DCNs para o curso de Medicina, propuseram ajustes que focalizam a necessidade de uma formação que considere a diversidade étnico-racial a partir do conhecimento sobre as realidades históricas e culturais da matriz afro-brasileira e sua influência nos processos de saúde-doença (BRASIL, 2014). Oliveira et al. (2021) chamam atenção que de fato existe uma lacuna da temática nos currículos e programas dos cursos de formação dos profissionais médicos, demonstrando que, mesmo havendo legislação que disponha sobre a inclusão de estudo da temática étnico-racial no ensino superior, isso não garante sua efetividade. Para Monteiro (2016), os cursos da área de saúde pouco ou nada têm feito no sentido de considerar o tema em questão como conteúdo pertinente à formação dos novos profissionais.

Como exemplo de currículo centrado no paciente em uma população com predominância indígena, citamos o currículo da Escola de Medicina John A. Burns da Universidade do Havaí nos Estados Unidos da América. Os objetivos do curso incluem requisitos como abordar cada paciente com consciência e sensibilidade, considerando fatores como idade, gênero, cultura, crenças espirituais, antecedentes econômicos, apoio familiar, sexualidade e crenças de saúde que possam impactar no desenvolvimento, diagnóstico e no tratamento da doença, incorporando princípios de TDC e atenção centrada no paciente em sua prática, além de avaliar como determinantes não biológicos dos problemas de saúde, fatores econômicos, psicológicos, sociais e culturais contribuem para o desenvolvimento e/ou continuação da doença (KASUYA e SAKAI, 2013).

Quando olhamos para o nosso curso, já podemos observar preocupação na valorização do paciente indígena, visto a importância desta população no próprio contexto sócio-demográfico do Estado do Tocantins, com aldeias presentes em boa

parte das regiões do Estado (DA SILVA et al., 2015). Alunos dos cursos de Enfermagem, Medicina, Serviço Social e Nutrição, com a tutoria de uma antropóloga e professora da UFT do curso de Nutrição, participaram ativamente da elaboração de estudos sobre o contexto cultural, econômico e condições de saúde do povo indígena Xerente. A partir destas discussões e cientes das particularidades do trabalho em uma área cultural indígena, o grupo vem fazendo ações de saúde nestas aldeias, bem como estudando e conhecendo mais sobre seus aspectos culturais e sobre a saúde da sua comunidade. Segundo DA SILVA et al. (2015), os acadêmicos que participam dessa ação estão mais próximos do sistema de saúde, conhecem melhor a realidade da comunidade e têm mais capacidade de análise crítica da realidade, sabendo reconhecer as experiências exitosas e podendo opinar sobre aquilo que pode ser melhorado, percebendo que a atenção básica deve ser priorizada e melhor estruturada, em detrimento da valorização da busca da especialidade, o que permite qualificar melhor o acadêmico para trabalhar no contexto da atenção básica futuramente, particularmente dentro da atenção indígena. Contudo mesmo com trabalhos sobre abordagem na pessoa indígena, as ações ainda se mostram tímidas diante das inúmeras possibilidades sobre o tema, principalmente pela vasta quantidade de aldeias presentes no Estado do Tocantins.

## **5.2 Ensino e aprendizagem de tomada de decisão compartilhada na graduação do curso de medicina da UFT**

Para atingir os objetivos específicos de análise sobre a aprendizagem em TDC e caracterizar as concepções e práticas sobre ACP e TDC dos egressos do internato de clínica médica, realizamos duas etapas de coleta de dados: aplicação de uma escala atitudinal tipo Likert e entrevista de aprofundamento.

A escala atitudinal tipo Likert foi construída à luz dos objetivos da pesquisa e foi composta por 4 dimensões, a saber:

As quatro dimensões da escala atitudinal tipo Likert estão listadas abaixo:

D1: Formação de TDC na Etapa Pré-Internato;

D2: Percepção e aprendizagem dos Internos de Clínica Médica em TDC;

D3: Processo Ensino Aprendizagem em TDC dos Internos de Medicina em Clínica Médica;

D4: Percepção do interno quanto ao papel/satisfação do paciente em TDC no internato de clínica médica.

Após este processo a mesma foi validada estatisticamente quanto a sua dispersão, confiabilidade e variância. Podemos observar que a dispersão foi adequada evidenciando a boa compreensão da escala entre os residentes, na medida que a literatura sobre o tema recomenda dispersões iguais ou superiores a 0,60 e, conforme nos mostra a Tabela 5.1, nessa pesquisa a mesma foi de 0,71.

A escala contava com 48 asserções, dentre as quais, 6 referentes a TD e DC em reumatologia, que não foram objeto desta investigação. Assim, a numeração original das asserções foi mantida, com consequentes hiatos nas sequências numéricas do instrumento.

Das 42 asserções não foram validadas 14, o que corresponde a 33,3% estando dentro do que é recomendado pela literatura que admite perdas de até 40%.

As perdas foram marcadas por consensos positivos e negativos que do ponto de vista estatístico, evidentemente não podem ser considerados pois não houve dispersão, mas que, do ponto de vista qualitativo, revelam acertos e desafios, e devem ser norteadores interpretativos para melhor compreensão dos resultados encontrados.

**Tabela 5.1: Resultado da dispersão das asserções validadas.**

<b>Nº de asserções validadas</b>	<b>28</b>
<b>Dispersão</b>	<b>0,71</b>

A Tabela 5.2 nos mostra o índice de confiabilidade que denotou solidez estatística com 0,83.

**Tabela 5.2: Resultado da confiabilidade das asserções validadas.**

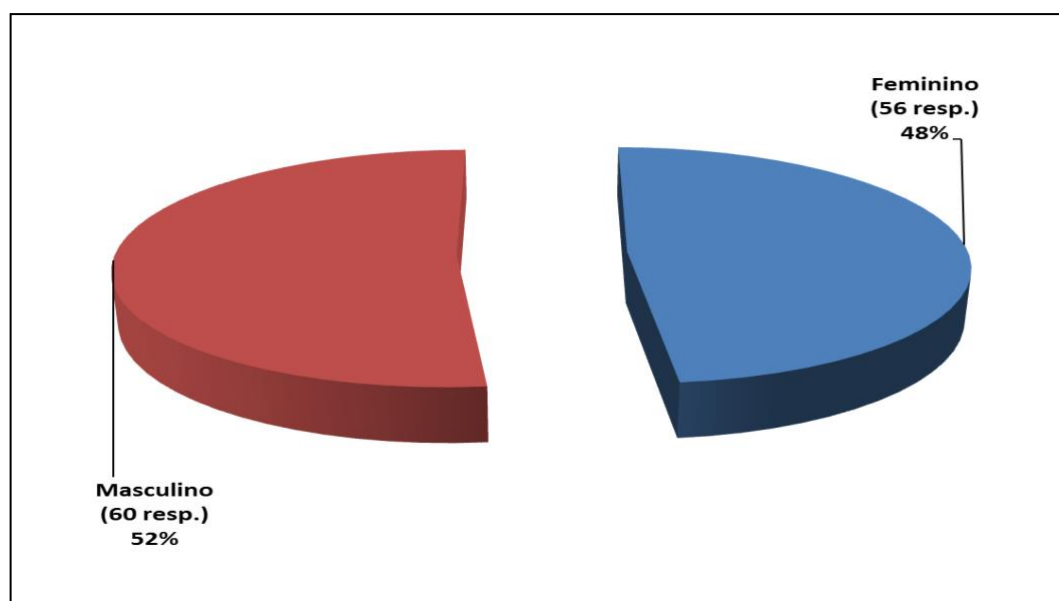
<b>Nº de asserções validadas</b>	<b>28</b>
<b>Confiabilidade</b>	<b>0,83</b>

Como eixos de análise tivemos gênero (feminino e masculino) e faixa etária com 6 intervalos: de 20 a 25 anos, de 25 a 30 anos, de 30 a 35 anos, de 35 a 40 anos, de 40 a 45 anos e de 45 a 50 anos.

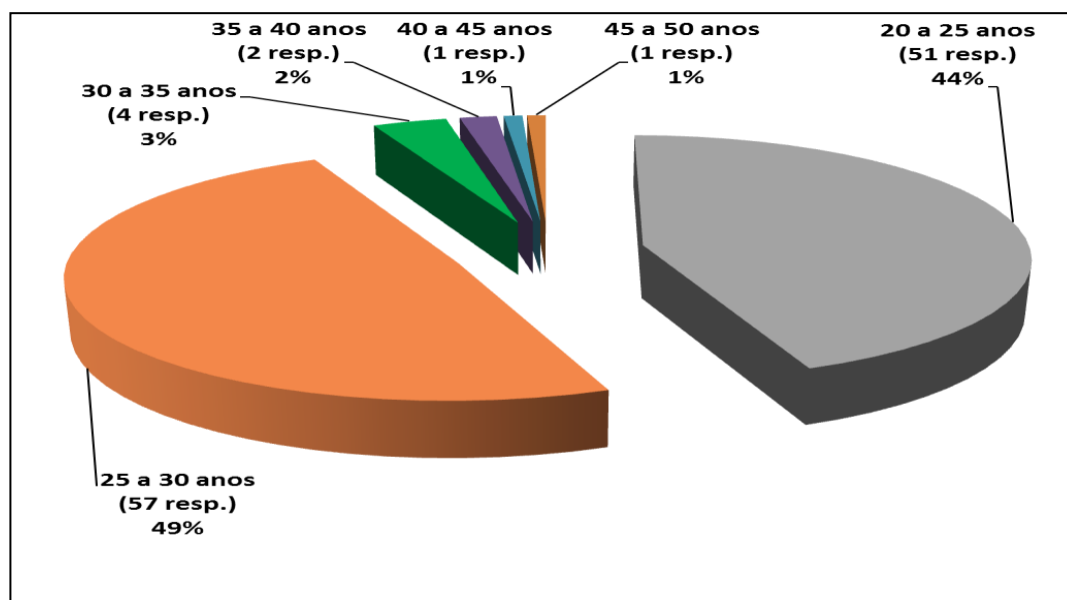
Para analisarmos se existe diferença entre as médias encontradas em cada um dos eixos de análise, isto é, se o gênero influenciou a percepção para cada uma das quatro dimensões e se o mesmo poderia ter ocorrido com a faixa etária, foi utilizada a Estatística de Análise de Variância (ANOVA). O teste não identificou nenhuma interferência em relação aos eixos de análise definidos para a pesquisa.

Os gráficos 5.1 e 5.2, e as tabelas 5.3 e 5.4 nos mostram a distribuição desses eixos na população e podemos perceber uma distribuição equitativa quanto ao gênero junto à população pesquisada.

**Gráfico 5.1: Perfil da População Amostral quanto à distribuição por gênero.**



**Gráfico 5.2: Perfil da População Amostral quanto à distribuição por faixa etária**



Observa-se uma preponderância dos intervalos etários de 20 a 25 anos com 44% da população pesquisada e de 25 a 30 anos com 49%.

Seguem abaixo os resultados das análises de variância para cada eixo de análise:

**Tabela 5.3: Resultado da análise de variância em relação ao Eixo de Análise: gênero.**

Anova: fator único

**RESUMO**

Grupo	Contagem	Soma	Média	Variância
geral	4	11,93657915	2,984144788	0,086223084
feminino	4	11,87605519	2,969013799	0,082230344
masculino	4	11,99306818	2,998267045	0,090290001

**ANOVA**

Fonte da variação	SQ	gl	MQ	F	valor-P	F crítico
Entre grupos	0,001712183	2	0,000856092	0,009925952	0,990133971	4,256494729
Dentro dos grupos	0,776230284	9	0,086247809			
Total	0,777942468	11				

**Como o valor de  $F < F$  crítico == Aceita a Hipótese.**

**Tabela 5.4: Resultado da análise de variância em relação ao Eixo de Análise: faixa etária**

Anova: fator único

## RESUMO

<i>Grupo</i>	<i>Contagem</i>	<i>Soma</i>	<i>Média</i>	<i>Variância</i>
geral	4	11,93657915	2,984144788	0,086223084
20 a 25 anos	4	11,9344920	2,983622995	0,078939147
25 a 30 anos	4	11,96957735	2,992394338	0,089124470
30 a 35 anos	4	12,46136364	3,115340909	0,125231147
35 a 40 anos	4	10,07045455	2,517613636	0,208816718
40 a 45 anos	4	13,17954545	3,294886364	0,344801567
45 a 50 anos	4	10,55227273	2,638068182	0,110342200

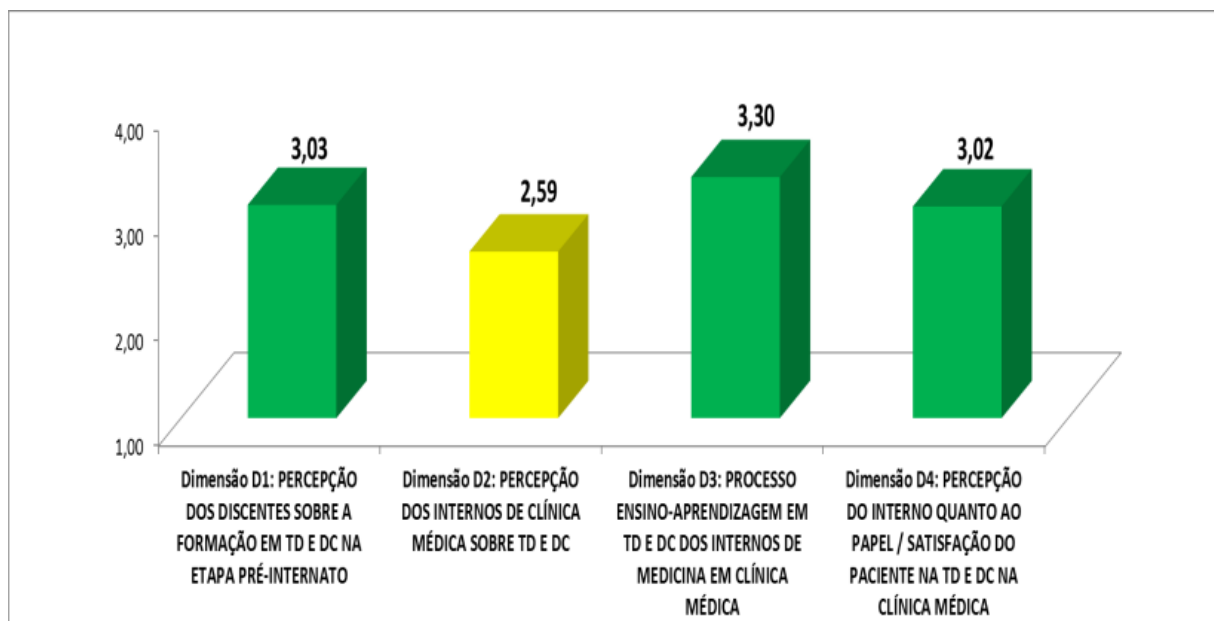
## ANOVA

<i>Fonte da variação</i>	<i>SQ</i>	<i>gl</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>valor-P</i>	<i>F crítico</i>
Entre grupos	1,729772999	6	0,288295500	1,933982177	0,122139375	2,572711641
Dentro dos grupos	3,130435	21	0,149068333			
Total	4,860207999	27				

**Como o valor de  $F < F$  crítico == Aceita a Hipótese.**

O Gráfico 5.3 nos mostra como se apresentaram as dimensões acima citadas.

Podemos ver que as dimensões D1, D3 e D4 ficaram numa zona de conforto evidenciando assertividades, e a dimensão D2 numa zona de atenção, apontando para a necessidade de correções a médio prazo.

**Gráfico 5.3: Perfil Geral Atitudinal por Dimensão**

Mediante a análise dos dados da escala atitudinal tipo Likert e das entrevistas com professores e internos, apresentamos este capítulo em 3 subcapítulos:

- Percepções de professores e estudantes sobre o ensino e aprendizagem de TDC na graduação;
- Ensino e aprendizagem de tomada de decisão compartilhada: etapa pré-internato; e
- Ensino e aprendizagem de tomada de decisão compartilhada: internato de clínica médica.

### **5.2.1 Percepções de professores e estudantes sobre ensino e aprendizagem de tomada de decisão compartilhada na graduação**

O núcleo direcionador **percepções do ensino na TDC nas etapas pré-internato e internato** foi construído para abrigar as concepções dos internos da clínica médica e de professores do curso de Medicina que atuam tanto nas disciplinas antes do ingresso no internato, quanto no internato de clínica. O núcleo mostra as percepções dos professores e internos sobre o ensino e aprendizagem no curso de



Medicina, sobretudo no internato de clínica médica, revelando opiniões e desafios sobre o tema em estudo.

A questão norteadora para este capítulo é: quais são as percepções de professores e de internos do curso de Medicina da UFT sobre o ensino e o aprendizado da TDC na graduação?

Para responder a esta pergunta, exploramos os resultados da escala a partir de duas dimensões: D2 (Percepção dos internos de clínica médica sobre TDC) e D4 (Percepção do interno quanto ao papel/satisfação do paciente em TDC no internato de clínica médica), e realizamos uma análise temática das entrevistas com identificação de 127 UCs e de 295 URs, das quais emergiram 3 categorias e 16 subcategorias apresentadas no quadro 5.2.

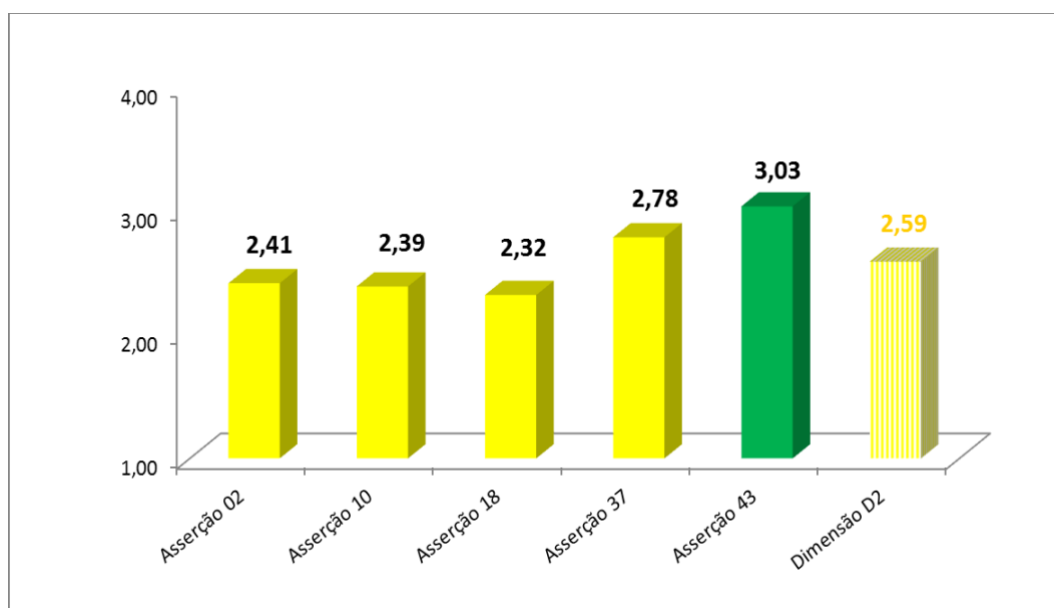
**Quadro 5.2: Categorias e subcategorias encontradas na entrevista de aprofundamento do núcleo direcionador: Percepções de professores e estudantes sobre o ensino e aprendizagem de tomada de decisão compartilhada na graduação.**

<b>CATEGORIA</b>	<b>Número UR</b>
<b>Percepção do ensino/aprendizagem da TDC prejudicado por diferentes contextos do curso de graduação</b>	<b>102</b>
<i>Subcategorias</i>	<i>16</i>
<i>Pouca abordagem sobre TDC em aulas teóricas com inserções subliminares durante as práticas</i>	
<i>Predominância de métodos de ensino que não incorporam a discussão da TDC</i>	<i>8</i>
<i>Falta de coesão nas disciplinas clínicas do curso</i>	<i>1</i>
<i>Falta de integração entre as clínicas do internato</i>	<i>2</i>
<i>Falta de tempo durante o atendimento do paciente pela alta demanda</i>	<i>9</i>
<i>Ensino centralizado em ambiente hospitalar</i>	<i>1</i>
<i>Escassez de ambulatórios</i>	<i>4</i>
<i>Pouca abordagem sobre comunicação e aspectos emocionais do paciente na graduação</i>	<i>21</i>

<i>Pouca abordagem sobre preferências do paciente na graduação</i>	35
<b>Pouca autonomia do aluno na abordagem do paciente</b>	<b>12</b>
<i>Subcategorias</i>	
<i>Atitude passiva do aluno durante os atendimentos clínicos</i>	3
<i>Desconhecimento técnico dos internos na abordagem com o paciente</i>	2
<i>Decisões subjugadas a uma hierarquia no ambiente de ensino</i>	4
<i>Estímulo à autonomia para o aluno abordar o paciente</i>	3
<i>Estímulo ao aprendizado sobre as preferências do paciente</i>	15
<b>Reconhecimento da necessidade de aspectos que abordem o ensino da TDC</b>	<b>78</b>
<i>Subcategorias</i>	
<i>Estímulo ao aprendizado da comunicação entre pacientes e estudantes</i>	31
<i>Consideração do nível cultural e educacional do paciente</i>	20

A dimensão D-2 intitulada Percepção dos internos de clínica médica sobre TDC teve 2,59 pontos ficando numa zona de atenção, requerendo medidas de correção a médio prazo, conforme nos mostra o Gráfico 5.4.

**Gráfico 5.4: Perfil Atitudinal da Dimensão - D2: Percepção e aprendizagem dos Internos de Clínica Médica em TDC**



As asserções **A02**, **A10**, **A18**, **A18** e **A43** revelam insatisfação dos internos quanto ao ensino da TDC, conforme podemos observar no quadro 5.3.

**Quadro 5.3: Médias das asserções da Dimensão - D2: Percepção e aprendizagem dos Internos de Clínica Médica em TDC.**

No	Asserção	Média
A02	<b>“Durante as disciplinas clínicas do curso antes do ingresso no internato, fiquei frustrado por não construir e compartilhar com meu professor e com meu paciente as tomadas de decisões clínicas desenvolvidas no atendimento”</b>	1 ponto – CP 2,41 = IC
A10	<b>“Como aluno das disciplinas clínicas do curso antes do ingresso no internato, reconheço falta de conhecimento teórico e falta de destreza na semiotécnica, o que dificulta a minha participação nas Tomadas de Decisão e Decisão Compartilhada”</b>	1 ponto – CP 2,39 = IC
A18	<b>“Como aluno das disciplinas clínicas do curso antes do ingresso no internato, reconheci que apresentei receio na minha participação nas TD e DC devido a pouca autonomia dada por meu professor”</b>	1 ponto – CP 2,32 = IC
A37	<b>“Como interno, verifiquei que, quando as TDs eram realizadas apenas pelo médico, o paciente compreendia melhor o desfecho da consulta”</b>	1 ponto – CP 2,78 = IC
A43	<b>“Como interno, acredito que a TD e a DC geram insegurança ao paciente, pois ele espera que só o médico seja detentor absoluto do saber”</b>	1 ponto – CP 3,03 = ID

Assim podemos depreender sobre a percepção encontrada junto aos internos nesta dimensão que:

- A dimensão ficou numa zona intermediária, o que demanda intervenções a médio prazo;
- Os internos revelaram frustração por não construírem e compartilharem com seus professores e pacientes as tomadas de decisões clínicas desenvolvidas no atendimento;
- Reconhecem que não se prepararam para TDC e relacionam isso a falta de empenho dos mesmos na construção de conhecimento teórico bem como falta de destreza na semiotécnica;
- Mostraram-se inseguros na participação das TDC e atribuem a falta de autonomia dada pelo professor;
- Acreditam que este comportamento de TDC pelo professor contribui para uma sensação de segurança na medida em que existe um componente cultural de modelo assistencial pautado pela certeza de que a opinião médica é a mais segura.
- Por último, os internos apontaram que apesar o aspecto cultural do médico ser o “detentor do saber”, a TDC não necessariamente pode gerar insegurança no paciente.

Na análise temática das entrevistas encontramos 102 registros da categoria **Percepção do ensino/aprendizagem da TDC prejudicado por diferentes contextos do curso de graduação**. A subcategoria *pouca abordagem sobre TDC em aulas teóricas com inserções subliminares durante as práticas* emergiu de 16 URs.

*...os alunos, especificamente, não foram ensinados, avaliados ou mesmo tiveram alguma abordagem [sobre TDC] ...parece que esta parte... fica meio subentendida no dia das enfermarias e ambulatórios.*

(Professor 7)

*“a gente vai aprendendo [TDC] no dia a dia, com alguns preceptores que vão*

*falando que a gente sempre tem que deixar o paciente participar da tomada de decisão” (Interno 6)*

Ao analisarmos os resultados da escala atitudinal e a categoria e subcategoria citadas, observamos a fragilidade da abordagem de ensino de TDC no curso médico, em especial no internato de clínica médica, com destaque para a compreensão de que o ensino pode até ser citado e realizado, embora que de maneira não explícita e com pouca profundidade, principalmente durante as práticas. Os resultados dos dois instrumentos mostraram-se complementares. Infelizmente não encontramos nenhum fator que pudesse surpreender. Podemos constatar que a situação é mesmo global, como visto nos dados da literatura, principalmente quando buscamos fontes estrangeiras de várias escolas médicas ao redor do mundo, e no curso de medicina da UFT não parece ser diferente.

Um destes estudos, realizado por Leyland et al. (2021) na Inglaterra, também avaliou percepções e reflexões sobre TDC. Na amostra dos autores, mesmo constituída apenas de alunos do 3º ano do curso de Medicina, os estudantes já identificaram a escassez do ensino de TDC durante as aulas teóricas e principalmente durante as práticas.

Como assinalado em uma das falas, observa-se a presença relevante do ensino da TDC no currículo oculto. Isto nos leva a refletir sobre como o ensino vem sendo realizado e que consequências podem acarretar no desenvolvimento profissional do acadêmico: desde a percepção do real compromisso em assumir competências centradas no paciente e realizá-la de forma pormenorizada, até condutas nas quais o paciente não participa, além do pouco desenvolvimento de outros valores como empatia e até uma RMP mais distante ou meramente técnica.

Para nós, o ensino de TDC nos cursos de graduação sob a forma de currículo oculto, mesmo sendo reconhecido pelos participantes do estudo, ainda permanece “oculto”, assim como outras competências ligadas às escolhas e o papel centralizado no paciente. Será necessário, mesmo com todos os esforços e conquistas da educação médica nas últimas duas décadas, mais abordagens para deixar essas competências mais explícitas para que passem a figurar com maior representatividade nos currículos das escolas médicas.

Para Ferreira et al. (2020), o currículo oculto resulta das relações interpessoais vividas academicamente, extrapolando o currículo formal, podendo ser um facilitador e também um empecilho ao aprendizado. O currículo oculto se associa ao profissionalismo, competência definida como o conjunto de valores, comportamentos e responsabilidades mobilizados no cotidiano das atuações e das relações (inter)profissionais.

Na graduação da área da saúde, o profissionalismo está associado a valores morais, como: a ética no ensino, na pesquisa, na atenção à saúde e na relação com o outro e os comportamentos profissionais. Todos esses pontos possuem como base a saúde e o bem-estar do cidadão e o respeito ao paciente. No currículo oculto os graduandos podem aprender valores da profissão, constituindo elemento fundamental em sua formação tanto moral quanto acadêmica e profissional (FERREIRA et al., 2020).

Nesta mesma linha de pensamento, Tardin e Aleluia (2020), ao descreverem sobre as influências que o currículo formal e o currículo oculto exercem na formação da identidade profissional dos estudantes do curso de Medicina, revelam que, apesar de existirem práticas formais no currículo, previstas no plano de ensino das disciplinas curriculares, os estudantes internalizam mais a humanização da medicina por meio de observação de exemplos e atitudes de mentores e colegas.

O paciente traz uma nova percepção de empatia e resiliência necessária durante a jornada acadêmica e, ao contrário do currículo formal que ocorre na sala de aula através de aulas e seminários, o currículo oculto exemplifica o "processo cultural" de formação médica através da socialização dos médicos, exercendo grande influência sobre a identidade profissional do estudante (TARDIN; ALELUIA, 2020).

De Benedetto e Gallian (2018) apresentam pensamento semelhante. Para os autores, o ensino da humanização em saúde é extremamente complexo e decorrente de múltiplos fatores, e um enfoque puramente tecnicista sob as influências do currículo oculto pode colaborar para um processo de não humanização do paciente na fase da graduação, modelo no qual os estudantes poderiam estar sendo afastados de uma exposição a um modelo de ensino centrado no paciente e que prioriza a reflexão ética.

Mesmo com os relatos dos autores acima, acreditamos que podemos fazer mais para formalizar o ensino centrado no paciente, para que possa ganhar forma

mais acadêmica, com mais estrutura e força curricular, não sendo visto como um coadjuvante na formação do futuro médico.

O **Reconhecimento da necessidade de aspectos que abordem o ensino da TDC** demonstra que, mesmo reconhecendo o prejuízo no ensino de TDC, os alunos estão dispostos a participar do aprendizado durante a sua formação. Tanto os professores como os estudantes apontam *Predominância de métodos de ensino que não incorporam a discussão da TDC* (8 URs) enfatizando barreiras de metodologias nas quais os ganhos deste ensino podem ser menores.

*“Quando o aluno apenas observa o professor atendendo, o foco do ensino passa a ser o professor, o aluno é mero espectador, como ocorre em modelos mais tradicionais de ensino... (Professor 2)*

*“[falta] atendimento centrado na pessoa, não existia isso de querer botar o paciente como protagonista da situação, ...eu acho que tem muito a ver com a formação mesmo desses profissionais.” (Interno 5)*

Para os entrevistados, o modelo tradicional do curso de Medicina da UFT é um dos elementos que acarretam prejuízo no ensino de TDC e nas habilidades de comunicação. Ballester, Zuccolotto, Gannam e Escobar (2010) citam que a capacitação no modelo tradicional para a obtenção de histórias a respeito de doenças continua sendo enfatizada nos currículos médicos, quando comparada à capacitação no modelo centrado no paciente e em habilidades de comunicação.

Atualmente, por incentivo do Ministério da Educação e Cultura (MEC), modelos curriculares baseados em metodologias ativas já são predominantes em grande parte das escolas médicas do Brasil. Contudo, mesmo com currículos voltados para metodologias ativas e dos esforços das escolas médicas para implantarem as DCNs de 2014, há uma certa dificuldade em realizar atividades de ensino centradas

no paciente, talvez pela própria formação de uma parte dos professores que não realizam atualizações na sua forma de ensinar ou, até mesmo, que não apresentam interesse neste modelo de ensino.

Junior et al. (2021) enfatizam que as ideias contidas nas DCNs encontraram aceitação. Contudo, não está sendo fácil torná-las parte das práticas. Existem empecilhos à sua implementação, conflitos nas instituições, problemas de ordem estrutural/física e resistência por parte de alunos e professores.

Outros fatores configurados como agentes que provocaram a percepção de prejuízo do ensino em TDC no curso de Medicina são expressos através das subcategorias *Falta de coesão nas disciplinas clínicas do curso* (1 UR), *Falta de coesão entre as clínicas do internato* (2 URs) e *Falta de tempo durante o atendimento do paciente pela alta demanda de atendimentos* (9 URs).

*“acho que na teoria a gente fala muito sobre isso [TDC], mas por diversos motivos na prática acaba não fazendo tanto, talvez por falta de tempo, de espaço apropriado, volume de demanda...”* (Professor 7)

*Eu acho que talvez [a falta de compartilhar a decisão] pode ser por pressa, por falta de tempo, muito paciente para atender...* (Interno 2)

A falta de coesão entre as disciplinas do curso e entre as clínicas do internato é um dos reflexos da deficiência dos aspectos educacionais que envolvem a interdisciplinaridade, que podem ter sido abordadas de maneira não tão abrangente no currículo do curso de Medicina, como também a própria formação acadêmica dos professores. Neste sentido, Alves Silva et al. (2017) chamam atenção para a própria organização universitária que, na maioria das vezes, aparece como entrave à uma formação mais integrada e generalista, em que os departamentos têm práticas isoladas, dificultando a visão do estudante do curso como um todo e, por conseguinte,



até a visão do paciente como um todo, não apenas sob o ponto de vista fisiológico, mas principalmente como um ser individual e único. Celes (2009) compartilha a mesma inquietação, comentando que as escolas médicas com currículo fragmentado em disciplinas e pautado em especialidades, apresentam dificuldade de proporcionar ao futuro profissional o exercício de identificar situações-problema, até mesmo de diagnosticar e, mais ainda, de tomar decisões e saber trabalhar em equipe.

Para Davini (2005), o currículo integrado é uma opção educativa que permite: integração entre ensino e prática profissional; integração entre prática e teoria; construção de teorias a partir da anterior; busca de soluções específicas e originais para diferentes situações; integração ensino-trabalho-comunidade, implicando numa imediata contribuição para esta última; integração professor-aluno na investigação e busca de esclarecimentos e propostas; e adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social.

Contudo, apesar de haver claras recomendações para a integração curricular na área da saúde, ainda existem poucos estudos e evidências sobre o verdadeiro impacto desta iniciativa (GIRALDE IGLÉSIAS; BOLLELA, 2015). Logo, mesmo com escolas médicas abertas com currículos inovadores, integrados e centrados no paciente, e com as crescentes reformas de currículos de escolas com metodologias ditas “tradicionais”, é necessário que se façam estudos para analisar os resultados e progressos dentro da formação destes alunos.

Assim como nossos resultados mostraram, a falta de tempo aparece na literatura como um fator que dificulta a realização de ações centradas no paciente e, mais especificamente no caso, a TDC. Mesmo com estudo não voltado para o ensino de TDC em práticas médicas, Elwyn et al. (2013) citaram a pressão de tempo como uma das principais razões pela qual os médicos tinham dificuldade em incorporar apoios de decisão do paciente nas práticas do dia médico. Da mesma forma, Towle (2000) também cita que, entre as razões pelas quais médicos não costumam praticar TDC, está a falta de tempo. Em um estudo já voltado para o ensino de TDC em escola médica, Leyland et al (2021) revelaram, assim como os nossos resultados, que, entre percepções de estudantes de Medicina, as restrições de tempo limitam as oportunidades de aprendizado das TDC e ações centradas no paciente.

Outro fator revelado por Costa et al. (2016) em um estudo das percepções de estudantes de Medicina sobre o papel do professor no ensino das ações centradas no

paciente, foi a do professor que se mostra como um agente passivo durante as aulas. Para os estudantes este tipo de professor, por não cobrar habilidades e atitudes dos estudantes, acaba não os estimulando a realizar tais competências, independente do fator tempo.

Para nós, a falta de tempo não deve ser, por si só, um problema para o ensino de competências que envolvem uma maior participação do paciente, que de forma inerente (já que ele é o protagonista do atendimento), exigem tempo e disposição principalmente dos professores. Neste caso, é importante colocar a falta de planejamento não só dos professores, mas também das próprias escolas.

Neste mesmo pensamento, Junior et al. (2021) relatam que nas universidades federais existem empecilhos que atrasam e dificultam a inserção das competências centradas no paciente, como problemas internos das próprias universidades, nas unidades de saúde, bem como gestão e organização ineficiente da relação universidade-unidades de saúde, dificuldades com as pessoas envolvidas no processo, como docentes e profissionais do serviço de saúde, fragmentação dos conteúdos e dissociação dos mesmos com a parte prática, o que inviabiliza um conhecimento longitudinal e integral.

Os cenários de práticas se mostraram como fatores influenciadores no prejuízo do ensino da TDC, como observado nas subcategorias *Ensino centralizado em ambiente hospitalar* (1UR) e *escassez de ambulatórios* (4 URs).

*“[os alunos têm] uma perda de [ensino em] TDC pois o ambulatório [que são poucos] é onde o estudante passa a discutir condutas com o paciente.  
“(Professor 4)*

Campos (1999) já chamava atenção, há mais de 20 anos, que a maioria da carga horária dos estágios práticos dos cursos médicos se desenvolve dentro de hospitais universitários, espaços que compõem o denominado “interno” das faculdades. O autor relata que durante quase toda a fase de formação clínica, incluindo a do internato, os alunos são treinados dentro desses locais e que algumas escolas têm estágios em centros de saúde, ou em outras modalidades de serviços do SUS, e que seguramente seu peso qualitativo na composição curricular é pequeno.

Para o autor, os professores estariam muito presos à lógica dos serviços especializados e teriam resistência a sair dos hospitais universitários, e os alunos, em geral, estariam também encantados pela medicina dos aparatos em que o paciente é quase um insumo a mais.

Para Bulcão (2004), propostas como as centradas em ambiente ambulatorial ou unidades foras do hospital, práticas generalistas, medicina familiar, trabalho em equipe interdisciplinar (em que decisões devam ser compartilhadas) são entendidas sob o ponto de vista do reconhecimento social, de prestígio e do valor profissional, como menos prestigiosas, ameaçando, assim, a autonomia profissional, o que gera conflitos e inseguranças.

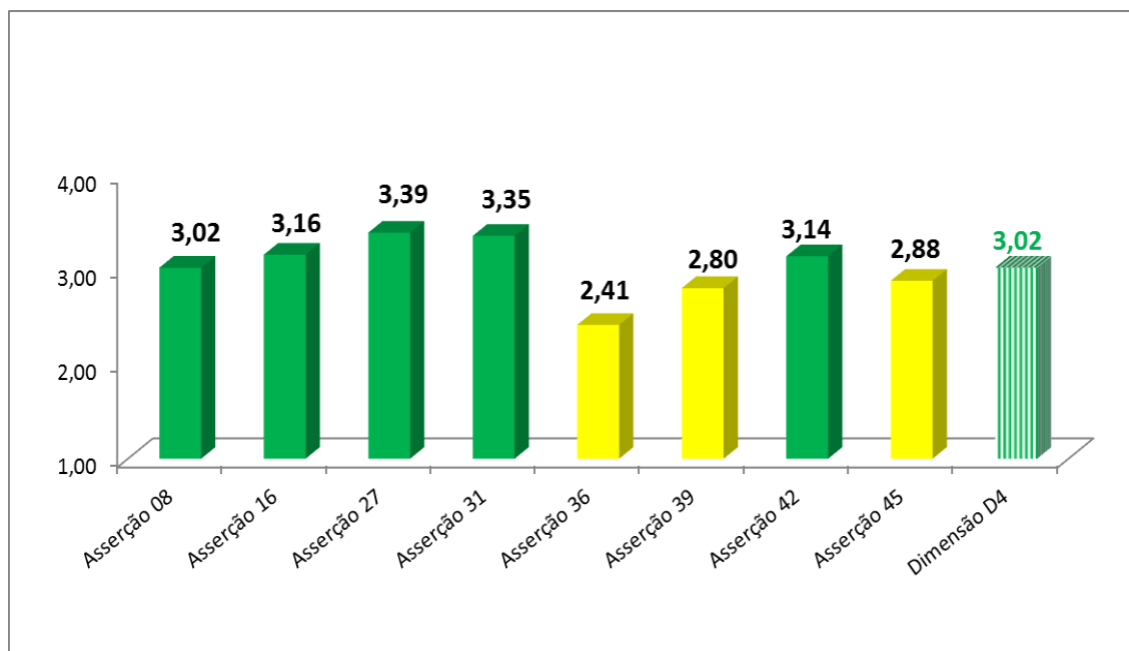
Por outro lado, Marques dos Santos et al. (2020) mostraram que a aproximação do aluno de primeiro período do curso de Medicina ao paciente hospitalizado foi interpretada como positiva pelos alunos e pacientes, evidenciando que os estudantes são capazes de participar auxiliando no cuidado e fornecendo informações durante a internação, trazendo mais conforto e tranquilidade aos pacientes durante a internação, procurando suprir os problemas apresentados por eles, em várias áreas relatadas, trabalhando no estímulo da habilidade de comunicação.

Para Zarpelon et al. (2018), a formação em saúde deve ter na integração ensino-serviço a base do seu desenho curricular, entendendo que não se pode mais conceber serviços de saúde que não prevejam na organização de seu trabalho a incorporação do processo educativo continuado em todos os níveis. Os autores chamam a atenção que a integração ensino-serviço, antes normalmente restrita a acordos entre duas instituições, atualmente se apresenta como um cenário que pode ajudar a superar algumas dificuldades como: as instabilidades políticas originadas pelas frequentes mudanças dos gestores; a infraestrutura limitada dos serviços de saúde; o isolamento das IES em relação à rede de serviços e à sociedade; as falhas na compreensão de ambos os atores nos reais objetivos da integração ensino-serviço; a dificuldade em ordenar, pactuar e absorver a demanda de campo de práticas em municípios que contêm um maior número de escolas de saúde; a articulação interprofissional insuficiente dentro da IES para desenvolvimento das atividades de integração ensino-serviço; os conflitos diante da indefinição quanto aos compromissos das instituições de ensino e dos serviços de saúde em relação à preceptoria e à responsabilidade sanitária.

Para nós a variabilidade de cenários não necessariamente se apresenta como um elemento que dificulta a aprendizagem de ações centradas no paciente e na TDC. Acreditamos que cada cenário de ensino apresenta sua particularidade a TDC deve ser desenvolvida de formas diversas e serem assim utilizadas a favor do ensino naquele momento em específico. Neste contexto, cabe aqui citar novamente a questão do planejamento dos professores e das próprias escolas na busca pela implementação de cenários diversos de ensino, pois cada um deles pode ser aproveitado de maneira única com maior enriquecimento do aprendizado.

Na escala atitudinal também foi investigada a percepção do interno quanto ao papel e satisfação do paciente na TDC, enfatizando a comunicação, o aspecto emocional e as preferências do paciente. O gráfico 5.5 mostra a média geral da dimensão – D4 e das suas asserções. Nota-se que a maioria das asserções estão em zona de conforto e três em zona de alerta.

**Gráfico 5.5: Perfil Atitudinal da Dimensão - D4: Percepção do Interno quanto ao Papel / Satisfação do Paciente na TDC no internato de clínica médica.**



Aprofundando a visão dos estudantes sobre o papel do paciente na TDC, apresentamos as asserções **A8, A16, A27, A31, A36, A39, A42 e A45**, e suas médias no quadro abaixo:

**Quadro 5.4: Médias das asserções da dimensão – D4: Percepção do Interno quanto ao Papel / Satisfação do Paciente na TDC no internato de clínica médica**

No	Asserção	Média
A8	“Durante as disciplinas clínicas antes do ingresso no internato, pude aprender que o meu professor e o paciente realizam e analisam as evidências disponíveis para uma determinada questão clínica, incluindo as opções e consequências, incorporando as preferências dos pacientes para os desfechos das consultas”	4 pontos - CP 3,02 = IC
A16	“Durante o internato de clínica médica, pude aprender que o meu preceptor e o paciente realizam e analisam as evidências disponíveis para uma determinada questão clínica, incluindo as opções e consequências, incorporando as preferências dos pacientes para os desfechos das consultas”	4 pontos- CP 3,16 = IC
A27	“Eu acredito na assistência em saúde e na relação médico/paciente/familiares, em que só o médico possui os dados e os conhecimentos referentes aos problemas que afligem os pacientes”	1 ponto - CP 3,39 = ID
A31	“O paciente tem condições de realizar decisão compartilhada a partir da comunicação das hipóteses clínicas, do diagnóstico, do prognóstico e das opções terapêuticas fornecidas pelo médico”	1 ponto - CP 3,35 = ID
A36	“Nos atendimentos médicos que participei, o paciente ficou satisfeito com a decisão do médico, sem realizar TDC, sendo um sujeito passivo nesta ação”	1 ponto - CP 2,41 = IC

A39	<b>“Nos atendimentos médicos que participei, o médico tomou a decisão sem levar em consideração o aspecto emocional do paciente”.</b>	1 ponto - CP 2,80- IC
A42	<b>Nos atendimentos médicos que participei, o médico tomou a decisão sem levar em consideração o aspecto econômico do paciente”</b>	1 ponto - CP 3,14 = ID
A45	<b>“Nos atendimentos médicos que participei, o médico tomou a decisão sem levar em consideração o conhecimento do paciente sobre a sua própria doença”</b>	1 ponto -CP 2,88- IC

Falar de TDC é falar de promoção à saúde, modelo de atenção à saúde do qual o Brasil é signatário desde 1990, e indiscutivelmente se constitui a perspectiva de um padrão de saúde sustentável para este novo século (FERREIRA, 2014). Os resultados obtidos nos levam a inferir que:

- A percepção dos discentes, antes do internato, apontavam para uma assertividade em relação a TDC, pois os mesmos percebiam que seus professores e pacientes realizavam e analisavam as evidências disponíveis para uma determinada questão clínica, incluindo as opções e consequências, incorporando as preferências dos pacientes para os desfechos das consultas;
- Contudo evidenciam a dissonância entre a prática e a teoria no internato pois identificaram posturas médicas que desconsideraram os aspectos emocionais bem como o conhecimento do paciente sobre sua patologia e funcionamento de seu corpo;
- Destacam que o aspecto econômico foi considerado e podemos inferir que o mesmo define o acesso ou não a terapêutica indicada.

Das entrevistas emergiram as subcategorias *“Pouca abordagem sobre comunicação e aspectos emocionais do paciente na graduação”* (21 URs) e *“Pouca abordagem sobre preferências do paciente na graduação”* (35 URs), mostrando que as percepções dos participantes sobre ensino da comunicação com paciente se

encontram aquém de uma formação médica que valoriza os sentimentos e escolhas do paciente.

*“não paramos para ensinar especificamente sobre comunicação com o paciente...acho que [o ensino da comunicação] já está incluído na forma de atendermos...” (Professor 4)*

*“Nem sempre as preferências do paciente são levadas em consideração...Talvez seja só falta de paciência, falta de adequação do profissional médico” (Interno 6)*

Um ponto importante a ser discutido é o ensino da comunicação e do aspecto emocional do paciente. A considerável quantidade de categorias e subcategorias relacionadas a este tópico denota a fragilidade de ensino neste quesito. Não que a habilidade não esteja sendo realizada, mas há a necessidade de uma abordagem mais ampla, tanto teórica como prática.

A tomada de decisão compartilhada baseia-se na premissa de que a melhor decisão médica para o paciente incorpora suas preferências e valores por meio de um processo no qual o médico e o paciente exploram abertamente crenças, trocam informações e chegam a um fechamento explícito (HAUER et al., 2011). Para Kon (2015), o *continuum* da TDC propõe um equilíbrio variável entre a experiência do médico e o respeito pela autonomia do paciente. Para Elwyn et al. (2012), alguns profissionais têm dúvidas sobre a implantação de um modelo baseado no compartilhamento de decisões, afirmando que seus pacientes não querem participar da tomada de decisões, não têm capacidade para participar ou que podem até tomar decisões erradas.

A comunicação médico-paciente foi conceituada tanto como uma habilidade quanto como uma forma de "estar em relação" com o outro. A abordagem da competência comunicativa focada na habilidade depende muito dos comportamentos

observados. O ensino pode e deve focar tanto na mudança de comportamentos quanto no desenvolvimento pessoal da atenção plena do aluno. Os métodos de pesquisa devem incluir rotineiramente as respostas do observador e do participante. A reconciliação dessas duas visões apoia a tese de que a boa comunicação é tanto uma habilidade quanto um modo de ser, que é inata e ensinável e que deve ser cultivada por métodos integrados de ensino e pesquisa (ZOPPI; EPSTEIN, 2002).

Mortsiefer et al. (2014), realizaram um estudo com alunos do 4º ano do curso de Medicina utilizando o Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE) para avaliar comunicação e TDC, evidenciando que os alunos tiveram dificuldade para abordar os aspectos da consulta que envolviam comunicação e preferências dos pacientes. Os resultados deste estudo e do nosso denotam que ainda precisamos estar mais atentos na forma como estudantes e professores se comunicam ao inserir no contexto da consulta o próprio paciente.

Para Givron; Deseilles (2021), as atitudes dos estudantes de Medicina sobre comunicação com o paciente parecem mudar durante o treinamento médico e podem, portanto, ser influenciadas conscientemente a fim de limitar sua erosão ao longo do tempo. Além disso, como os currículos médicos parecem ser um veículo para atitudes negativas, parece importante envolver os membros do corpo docente no apoio ao ensino da comunicação com o paciente e incorporar essas habilidades.

Encontramos nas entrevistas, 12 URs apontando para a categoria **Pouca autonomia do aluno na abordagem do paciente**. Nesta categoria, registramos em 3 URs das entrevistas com os professores, a subcategoria *Atitude passiva do aluno durante os atendimentos clínicos*.

*“[O aluno] precisa tomar uma decisão mais ativa, de falar que ele examinou o paciente, [dizer]: ...eu [aluno] analisei o paciente.” (Professor 2)*

*“...eles [os médicos] não têm essa prática, eles não têm essa vivência [dar*



*autonomia para o estudante nas  
consultas] ...” (Interno 7)*

A autonomia, a confiança do paciente no tratamento e a própria confiança do professor nos alunos, internos e residentes são processos importantes e interligados, nos quais os supervisores podem promover, por meio de suas abordagens, ajuda ao estudante durante as consultas aos pacientes. A confiança do paciente é fundamental para garantir que os mesmos retornem para um novo atendimento, o que é um mecanismo importante para o gerenciamento de incertezas e segurança do paciente no treinamento da clínica médica (STURMAN et al. (2021).

Para Schut e Driessen (2019), a responsabilidade e o poder tomar decisão (ou "definir o critério de decisão") são, na maioria dos casos, de domínio exclusivo do professor, uma prática que raramente é contestada. A princípio, esta prática reflete as normas e valores subjacentes que mantemos nas práticas de ensino e quem consideramos o mais bem colocado para tomar essas decisões. Dada a ênfase da figura dos tomadores de decisão na aprendizagem e a aspiração de levar alunos ao longo da vida para o sistema de saúde, a educação médica deve claramente valorizar o papel e a responsabilidade do aluno.

Para os autores, se quisermos que os alunos façam escolhas de maneira informada e reflexiva, como no complexo processo de tomada de decisão clínica, precisamos reconsiderar seus papéis e seus envolvimentos na definição do critério de decisão. Envolver o aluno na definição deste critério pode beneficiar fortemente o processo de tomada de decisão, não apenas em termos de melhoria, mas também aumentando a aceitabilidade da decisão e, mais importante, a significância das práticas de aprendizagem em geral. Não estamos argumentando que os alunos devem definir seus próprios critérios de decisão, e também não ignoramos os desafios e tensões das práticas. Acreditamos que é hora de transformar o modelo no qual o papel do aluno é passivo - em um modelo de competências no qual professor e aluno contribuem para o processo de tomada de decisão (SCHUT; DRIESSEN, 2019).

Um fator que chamou atenção foi o encontro de 2 registros da subcategoria *Desconhecimento técnico dos internos na abordagem com o paciente*.

*“...na maioria das vezes o que eu acho, é que eles [alunos] não se sentem confortáveis, principalmente por desconhecimento teórico, para dar uma opinião qualquer que seja, ...” (Professor 5)*

Usando uma versão adaptada e traduzida da Cross-Cultural Care Survey (CCC) desenvolvida pela Harvard Medical School, Lu et al. (2021) analisaram percepções de alunos e professores em quatro escolas de medicina taiwanesas sobre conhecimentos de cuidados com o paciente. Assim como em nosso estudo, os resultados mostram que os alunos se sentiam despreparados para lidar com os pacientes. Da mesma forma professores perceberam que os alunos em diferentes períodos do curso apresentavam dificuldades técnicas e afetivas para lidar com as disparidades e necessidades de saúde dos pacientes. E ainda que as respostas dos professores fossem semelhantes às dos alunos, os professores perceberam que os alunos estão ainda mais despreparados do que eles próprios percebem.

A reflexão destes dados mostra, de certa forma, como estamos ensinando habilidades e atitudes aos nossos estudantes. Será que estamos ensinando, ou achando que estamos, de forma mais quantitativa que qualitativa? De tal forma que estes estudantes não estão se sentindo preparados para o enfrentamento dos próximos anos do curso e, principalmente, para a sua carreira depois da formatura?

Para Schut et al (2018), a confiança dos alunos e sua capacidade de exercer controle sobre sua autonomia e conhecimento parecem aumentar com o tempo. Alunos novatos precisam de tempo maior para se ajustar e se familiarizar com novas abordagens de ensino e avaliação. As associações e experiências com avaliações nas quais os alunos inicialmente identificam como difíceis e sem preparo para realizar precisam ser minimizadas e os professores precisam ajustar a orientação em direção ao nível de experiência do aluno.

Quando a relação professor-aluno pode ser caracterizada como segura, com maior autonomia dos alunos, estes se mostram mais propensos a usar a avaliação do professor para apoiar sua aprendizagem. Logo, é necessário desenvolver uma responsabilidade compartilhada entre alunos e professores dentro do processo de ensino e assim criar um ambiente de aprendizagem onde o diálogo possa florescer

para envolver os alunos ativamente com *feedback*. Isso desafia os professores a conciliarem suas responsabilidades de estimular e avaliar o desenvolvimento do aluno.

Entendemos que nossos resultados são importantes para analisar o quanto a parte técnica do ensino pode estar influenciando a autonomia dos alunos em diversas atitudes durante sua formação, fazendo-se necessário realizar intervenções que possam trabalhar melhor a confiança do estudante.

Uma destas intervenções pode ser a revisão de uma inquietação dos estudantes que é a hierarquia imposta pelo regime educacional no ensino médico no qual estudantes com maior graduação, por exemplo residentes, apresentam mais autonomia nas tomadas de decisão, como mostrado no registro de 4 URs da subcategoria *Decisões subjugadas a uma hierarquia no ambiente de ensino*.

*“Dentro de um hospital...com característica de hospital de ensino tem uma hierarquia...os estudantes da graduação, apesar de participarem ativamente da condução dos casos, não participam tanto dessa palavra final...”*  
(Professor 7)

*“... é como se fosse uma hierarquia a gente também não pode falar uma coisa que não deram abertura para a gente falar.”* (Interno 5)

Estes resultados apresentam algumas semelhanças com o estudo de Corrêa et al. (2017) que analisaram as percepções dos estudantes de Medicina do primeiro ano até a formatura sobre o cuidado integral ao paciente com enfoque na relação paciente-estudante em uma faculdade no Brasil. Os autores também mostraram que, na visão dos estudantes, tomadas de decisão realizadas prioritariamente pelos médicos e residentes sem uma discussão com o estudante e com o paciente compõem um fator que gera descontentamento.

Källemark et al. (2004) analisaram hierarquias estritas como uma estrutura de "faça o que lhe é dito", na qual os indivíduos podem se sentir compelidos a cumprir ordens, mesmo que contra o melhor julgamento de alguém. Para os autores, esta estrutura organizacional pode resultar na intimidação de alguns membros da equipe, em que a estrutura hierárquica pode criar um dilema de responsabilidade adiada, em que os inferiores assumem que os "superiores" estão sempre corretos. No entanto, os "superiores" muitas vezes esperam que os subordinados "façam" se perceberem um erro. Torna-se, assim, evidente que quando uma área da estrutura hierárquica se torna prejudicial, a tensão dentro da organização pode diminuir sua capacidade de cumprir seus deveres com eficácia.

Por outro lado, Mishra et al. (2020) apresentam outro olhar sobre o aprendizado hierarquizado durante o internato médico. Para os autores a cooperação entre internistas e o preceptor pode ser uma lição salutar para os próprios internos e para os residentes. Para os autores, em uma profissão repleta de especialistas, a experiência de ninguém sempre pode contar para mais. Ainda que certas habilidades técnicas possam ser específicas da especialidade, há uma gama muito mais ampla de habilidades em que nenhum grupo detém o monopólio.

Para nós, esta prática já é tão intrínseca ao dia a dia do aprendizado que, muitas vezes, professores e alunos não param para observar a dinâmica das aulas, até então muito sistematizadas, que acabam não apurando o que está acontecendo e, muitas vezes, negligenciando estes aspectos. Podemos sim, tirar proveito deste aprendizado hierarquizado como defendido por Mishra et al (2020); contudo, não podemos deixar de olhar para cada segmento que compõe a estrutura do aprendizado e generalizar a forma de ensinar, principalmente quando se leva em conta a opinião do paciente.

*Estímulo à autonomia para o aluno abordar o paciente* também aparece em algumas entrevistas de aprofundamento.

*"[o estudante] precisa se sentir confiante, e não se sentir envergonhado... [dar autonomia ao estudante] seria uma forma de encorajamento e de melhora da Relação Médico-paciente."* (Professor 1)

*[Sobre autonomia] os médicos estão bem abertos. Eu tive uma impressão bem positiva dos médicos, eles estão deixando a gente trabalhar, vamos dizer assim, ... deixam a gente questionar, deixam a gente indagar, ...” (Interno 4)*

Para Franco et al. (2014), algumas competências/habilidades devem ser estimuladas desde o início do curso, por mais que não sejam completamente desenvolvidas. Se não ocorrerem, desde os primeiros semestres da graduação, o indicativo da importância do trabalho em um sistema hierarquizado, em equipe interdisciplinar, preocupando-se com a educação permanente, com o estudante ativo, líder, responsável socialmente, há grandes possibilidades de não se conseguir realizar essas ações após a graduação, pois o olhar do egresso poderá estar limitado a uma medicina estritamente curativa.

Por fim, mesmo que alguns dos nossos resultados apontem para a percepção que o ensino se encontra prejudicado, **Reconhecimento da necessidade de aspectos que abordem o ensino da TDC** emerge em uma categoria. A categoria foi encontrada 78 vezes, mostrando que a TDC se torna uma competência que deve ser abordada e valorizada durante a formação do estudante.

*“Conteúdos [de TDC] precisam ser abordados durante a formação médica, ensinar que podem existir outras alternativas para um determinado tratamento e que o paciente pode escolher.” (Professor 3)*

*“A TDC acaba dando autonomia para o paciente se envolver durante o próprio tratamento dele. Ele tem consciência da própria doença também e isso ajuda no nosso trabalho.” (Interno 6)*

As subcategorias *Estímulo ao aprendizado da comunicação entre paciente e estudante* (31 URs) e *Estímulo ao aprendizado sobre as preferências do paciente* (15 URs) revelam estímulos ao aprendizado das competências que elevam o papel do paciente nas tomadas de decisões.

*“...você efetivamente começa a trabalhar o aspecto emocional quando a consulta é centrada no paciente...o aluno precisa ser treinado, ele não nasce sabendo.”*  
(Professor 3)

*“...eu acredito que isso [ensino de preferências do paciente] é fundamental, já que seu paciente, ele tem a preferência, se você tem uma referência baseado naquilo, isso é ótimo.”* (Interno 3)

Ao discutirmos sobre as preferências do paciente, lembramos que o conceito de TDC combina a melhor evidência clínica disponível, a experiência do médico em aplicar essa evidência ao paciente e a experiência do paciente com seus sintomas, objetivos e preferências para identificar a melhor opção para o paciente (VALENTINE et al, 2021). Contudo, na prática, os pacientes são pouco encorajados a participar dos desfechos das condutas. As opções são pouco discutidas e o consentimento fica apenas implícito (MULLEY et al, 2012). Em geral, as dificuldades podem estar na formação do profissional, na capacidade de comunicação, compreensão e discussão entre os sujeitos envolvidos na relação terapêutica para a tomada de decisão e nos mecanismos que possibilitem sua concretização (ABREU et al, 2006).

Para nós, ainda há dificuldade em implementar as preferências do paciente no ensino das escolas médicas, principalmente nos primeiros anos do curso, mas isso não impede sua ocorrência, mesmo que de maneira tímida e até mesmo dentro do currículo oculto com o avançar dos anos e mais ainda no internato.

Para completar, a subcategoria *Consideração do nível cultural e educacional do paciente*, com 20 registros, emerge como um fator importante no entendimento dos internos sobre medicina centrada no paciente.

*“não só atender e tratar, mas ensinar com o paciente e falar a língua dele, falar numa linguagem acessível para que o paciente possa entender...”* (Professor 1)

*“... isso é uma coisa que a gente tenta melhorar né, e uma coisa que você tenta dar a voz para o paciente e discutir com ele, afinal de contas vai ser bom é para ele.”* (Interno 4)

Um estudo que avaliou o ensino de habilidades de comunicação ao longo da graduação de um curso médico realizado por Givron e Desseilles (2021) apresentou um ponto convergente com o nosso: o ensino sobre comunicação apresentou bons patamares de reconhecimento dos estudantes, principalmente nos primeiros anos do curso. Porém, os autores perceberam que, ao desempenhar as habilidades de comunicação, os alunos não apresentaram a mesma desenvoltura do reconhecimento, deixando os resultados a desejar.

O estudo de Douglas et al. (2020) fez uma avaliação qualitativa de um curso de medicina no Nepal, explorando as experiências e percepções de 20 estudantes, sendo 6 internos, sobre ensino de habilidades de comunicação. Os resultados, assim como os nossos, demonstram percepções positivas sobre a consideração do ensino de comunicação com o paciente e como esta formação é importante para o desenvolvimento pessoal. Os internos também sugeriram a expansão do ensino da comunicação para todos os períodos do curso, incorporando cenários de comunicação mais desafiadores e em maior frequência. Os autores concluíram que os educadores devem explorar maneiras de facilitar uma reflexão mais aprofundada dos alunos na comunicação com o paciente, no respeito da sua cultura, permitindo

uma reflexão crítica com avaliação de seus próprios valores para promover uma mudança que valha a pena para a vida e a carreira do estudante.

Como síntese das **Percepções de professores e estudantes sobre o ensino e aprendizagem de tomada de decisão compartilhada na graduação** temos:

- As percepções dos entrevistados revelaram prejuízo no ensino de TDC antes e durante o internato de clínica médica, principalmente nas aulas teóricas e com abordagens subliminares nas práticas com deficiência no processo avaliativo;
- As percepções dos internos apontam prejuízo no ensino das habilidades de comunicação e nas considerações dos aspectos emocionais e das preferências dos pacientes. Contudo já dizem estimular a formação do aluno nas competências de comunicação e preferências do paciente;
- Os entrevistados reconhecem que os cenários de ensino estão centralizados em ambiente hospitalar, o que pode acarretar em escassez de ambulatórios, pouco tempo para atender o paciente e alta demanda de atendimentos, prejudicando o ensino de TDC;
- Os entrevistados reconhecem que os estudantes do curso de Medicina, principalmente os internos de clínica médica, são prejudicados quanto à concessão de autonomia para abordar o paciente para TDC. Mas, ao mesmo tempo, os professores observam que o aluno apresenta atitude passiva durante os atendimentos além de desconhecimento técnico;
- Os internos reconhecem que no internato de clínica médica existe prejuízo na concessão de autonomia para abordar o paciente para TDC, prejudicado também por uma hierarquia estipulada pelos ambientes de ensino;
- Apesar de tudo, existe preocupação recorrente sobre a necessidade do ensino de TDC, da comunicação com o paciente com valorização das suas preferências e dos aspectos emocionais.

### **5.2.2 Ensino e aprendizagem de tomada de decisão compartilhada na etapa pré-internato**



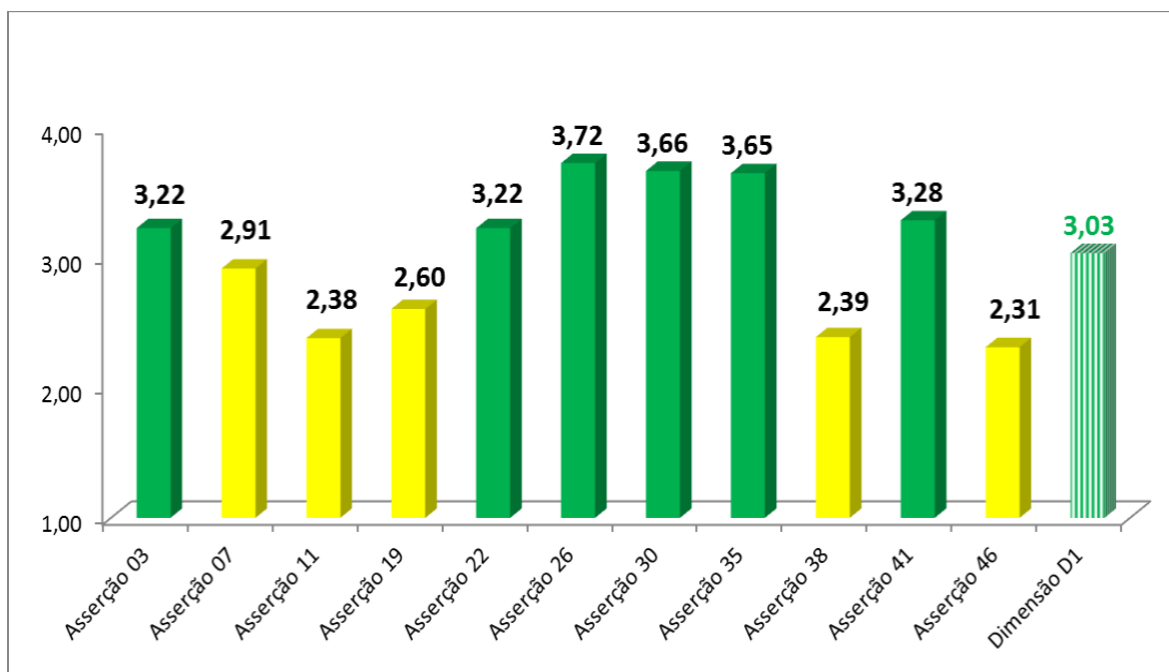
Este subcapítulo está montado com os resultados coletados da dimensão 1 da Escala atitudinal– Formação em TDC na etapa pré-internato - e os resultados das entrevistas de aprofundamento. Estes contabilizaram 41UCs e 65URs das quais emergiram 6 categorias e 6 subcategorias, como mostrado no quadro 5.5.

**Quadro 5.5: Categorias e subcategorias encontradas na entrevista de aprofundamento do núcleo direcionador: formação em TDC na etapa pré-internato.**

<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<i>Subcategorias</i>	<i>n</i>
<b>Reconhecimento de que existe ensino de TDC no currículo formal na etapa pré-internato</b>	<b>10</b>	<i>Inserção da discussão de aspectos emocionais em disciplinas da etapa pré-internato</i>	<i>4</i>
<b>Deficiência do ensino da TDC na etapa pré-internato</b>	<b>17</b>	<i>Fragmentação das disciplinas clínicas na etapa pré-internato</i>	<i>1</i>
<b>Carência de cenários para o ensino de TDC na etapa pré-internato</b>	<b>2</b>	<i>Carência de ambulatórios</i>	<i>1</i>
		<i>Predominância do ensino no hospital</i>	<i>1</i>
<b>Carência de estratégias de avaliação em relação à comunicação com o paciente</b>	<b>7</b>	<i>Falta de feedback e, conseqüentemente do potencial de aprendizado com a avaliação</i>	<i>1</i>
<b>Abordagem da TDC no currículo oculto</b>	<b>17</b>		
<b>Ensino com falta de protagonismo do estudante na relação com o paciente</b>	<b>4</b>	<i>Postura passiva do estudante durante as disciplinas clínicas do curso</i>	<i>3</i>

Na Dimensão – D1 da escala ‘Formação em TDC na Etapa Pré-Internato’, a média das asserções ficou em 3,03 pontos, considerada em zona de conforto (Gráfico 5.6).

**Gráfico 5.6: Perfil Atitudinal da Dimensão - D1: Formação de TDC na Etapa Pré-Internato**



Os resultados encontrados nas asserções **contidas na dimensão D1 evidenciaram o conhecimento** sobre o TDC, porém não de forma contínua na formação do aluno (Quadro 5.6).

**Quadro 5.6: Médias das asserções da Dimensão - D1: Formação de TDC na Etapa Pré-Internato**

No	Asserção	Média
A03	“Eu sei o que é uma tomada de decisão e decisão compartilhada dentro de um currículo de Medicina”	4 pontos - CP 3,22 = IC
A07	“Eu sei que tomada de decisão faz parte das novas Diretrizes Curriculares de um Curso de Medicina”	4 pontos - CP 2,91 = ID
A11	“No curso de Medicina da UFT foi abordado o tema: tomada de decisão compartilhada”	4 pontos - CP 2,38 = ID
A19	“Eu tive formação em medicina baseada em evidências na graduação como condição para TDC”	4 pontos - CP 2,60 = ID

A22	<b>“Durante minha formação, foi ensinado como relatar o diagnóstico e as possibilidades terapêuticas aos pacientes, bem como a aceitação do médico quanto às escolhas dos mesmos”</b>	4 pontos - CP 3,22 = IC
A26	<b>“Eu conheço o artigo 31 do Cap. V do Código de Ética Médica (CEM, 2010) no qual o médico tem o dever de respeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”.</b>	4 pontos - CP 3,72 = IC
A30	<b>“Eu conheço o artigo 32 do Cap. V do Código de Ética Médica (CEM, 2010) no qual o médico deve usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente”</b>	4 pontos - CP 3,66 = IC
A35	<b>“Eu conheço o artigo 34 do Cap. V do Código de Ética Médica (CEM, 2010) no qual o médico deve informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal”</b>	4 pontos - CP 3,65 = IC
A38	<b>“Com frequência na minha formação, os meus professores apenas comunicavam suas decisões aos pacientes, sem discuti-las e sem compartilhá-las”</b>	1 pontos - CP 2,39 = IC
A41	<b>“Na minha formação, o meu professor informou ao doente o diagnóstico e as condutas indicadas, mas a decisão coube</b>	1 ponto - CP 3,28 = ID

	<b>exclusivamente ao paciente, evidenciando a falta de decisão compartilhada”</b>	
A46	<b>“Na minha graduação o meu professor apresentou as questões ao paciente, expôs os riscos, contudo o paciente só incorporou a decisão do meu professor não a discutindo (consentimento informado)”</b>	4 pontos - CP 2,31 = ID

Podemos inferir que a DC é a soma de vários elementos fortalecedores que numa relação médico/paciente devem estar presentes, como escuta, reconhecimento do nível de escolaridade desse paciente, acolhimento, enfim o emponderamento necessário para a escolha de um ou outro caminho terapêutico; vale ressaltar que essa ação, a DC, é um processo de construção de poder de escolha desenvolvido pelo médico e seu paciente e não uma “doação de poder”. (FERREIRA, 2004; WHO, 2010).

Fica claro que o ensino de TD e DC atrelada a MBE representa para o Curso pesquisado uma realidade em construção. A MBE tem sido referenciada como um contexto necessário para o desenvolvimento da TDC. Kara Junior (2014, p.5) nos fala sobre a MBE,

Assim, progressivamente cresce a importância da estratégia de “Medicina Baseada em Evidência (MBE)”, descrita em 1980 no Canadá, definida como o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência disponível na literatura para se demonstrar que tratamentos e opções devem ser oferecidos e discutidos com os pacientes. Aplicar a MBE consiste em associar a experiência clínica adquirida pela prática médica com as melhores evidências disponíveis, considerando os valores e as circunstâncias do paciente. Estas evidências devem ser provenientes de pesquisas clínicas, localizadas por meio de busca na literatura de artigos relevantes e com metodologia adequada. Clinicar com base em evidências é associar as melhores descobertas da pesquisa científica à experiência do médico.

As asserções acima mostram que a prática de informação do diagnóstico e seu consequente caminho terapêutico é uma prática no contexto médico, mas a tomada

de decisão ou em especial o compartilhamento das opções terapêuticas, ainda não é frequente na realidade da atenção à saúde brasileira.

Aspectos como uma “passividade do paciente” como um dado cultural, a baixa e precária escolaridade da maioria de nossa população são aspectos que podem contribuir nesses achados da pesquisa, somados ainda ao fato de haver uma prevalência do modelo paternalista de cuidado médico conforme nos mostram Menezes, (2011) e Thomama, (1983).

Temos como síntese dessa dimensão:

- Os alunos referem ser conhecedores da competência TDC, embora afirmem não serem conteúdos abordados de forma constante em seu processo formativo bem como MBE;
- Desconhecem ambas as competências como uma demanda das DCN;
- Referem ser conhecedores dos artigos do MBE relacionados a tais competências; e
- Por último referem a observação de seus docentes informarem o diagnóstico, mas não evidenciam a TDC junto ao paciente.

Nas entrevistas, o **Reconhecimento de que existe ensino de TDC no currículo formal na etapa pré-internato**, apresentou 10 registros.

Reforçando este reconhecimento, encontramos 4 vezes a subcategoria *Inserção da discussão de aspectos emocionais em algumas disciplinas da etapa pré-internato*.

*“...existe sim [o ensino em] TDC. Durante o ciclo básico e o ciclo clínico.... um pouquinho nos ambulatórios de saúde do adulto...”*  
(Professor 2)

*“A gente teve algumas questões: fomos ensinados e avaliados, em como abordar e quando abordar os aspectos emocionais do paciente na psicologia.” (Interno 4)*

O encontro destes registros mostra uma direção importante no desenvolvimento de um currículo no qual a figura do paciente aparece como protagonista, abrangendo ações de ACP que permeiam o curso até o ingresso do aluno no internato, mesmo com o encontro de falhas do ensino da TDC. Apesar destas falhas, que abordaremos mais adiante, os registros desta categoria e subcategoria se mostram positivos para o curso de medicina da UFT.

As escolas de medicina têm a responsabilidade de facilitar as colocações clínicas que apoiarão a aquisição e a manutenção de habilidades da ACP (MACNAIR et al., 2016) e isso se torna crucial na formação do médico, pois, como podemos observar, mesmo com os avanços em educação médica na última década e até com a revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2014, o processo de TDC junto ao paciente tem sido pouco discutido e valorizado (SILVA, FERREIRA E MORENO, 2013).

Para Oerlemans, Knippenberg e Olthuis (2021), além do ensino de TDC nas escolas médicas é muito importante a realização de práticas reflexivas nas disciplinas do curso, nas quais formação de conhecimentos, atitudes e habilidades sejam avaliadas continuamente e com *feedback* para alunos e estudantes. Para Leyland et al (2021), as reflexões dos alunos ajudam a adesão dos próprios no ensino da TDC. Neste sentido, podemos observar as práticas da disciplina de psicologia da UFT como fator desencadeador para o reconhecimento do ensino da TDC.

O estudo do Código de Ética Médica (CEM) se torna imprescindível no ensino de TDC em escolas médicas, já que todo o processo de TDC, além de se basear na figura do paciente, precisa seguir as normas técnicas e éticas para tal habilidade. Na nossa revisão bibliográfica, não encontramos estudos que abrangessem como a TDC é ensinada e correlacionada especificamente com o CEM. O que encontramos foram estudos sobre o ensino da Ética Médica, como o de Lisboa e Lins (2014) que, ao comparar o ensino do CEM em várias escolas médicas no Brasil, mostraram que

princípios fundamentais da ACP se mostram como referências para a formação de valores éticos dos futuros médicos, como responsabilidade, respeito à dignidade humana e sabedoria no emprego dos conhecimentos adquiridos durante a graduação, de forma que esses saberes auxiliem suas escolhas no ato de cuidar dos pacientes.

Para Nicholas (1999), educadores médicos não ensinam somente o que está posto nos códigos, havendo também um forte empenho em ensinar a capacidade de analisar, refletir e argumentar. A chance de obter um novo olhar, oferecida aos estudantes nestas lições, irá orientá-los na tomada de decisões e em direção a uma distribuição de poder e valorização do relacionamento interpessoal, pois os alunos miram-se em seus mestres e anseiam por seus saberes (BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

Mesmo reconhecendo que existe o ensino formal da TDC nas disciplinas do curso, os entrevistados mostraram defasagem deste processo ensino-aprendizagem nos 17 registros da categoria **Deficiência do ensino da TDC na etapa pré-internato**, chamando atenção para a falta da inserção do ensino de TDC nas aulas teóricas, ausência de disciplina específica para a abordagem da TDC, pouco aproveitamento do aluno no ensino da mesma e pouca abordagem da ACP no ensino da etapa pré-internato. Uma subcategoria que emerge é a *fragmentação das disciplinas clínicas nesta etapa de formação*.

*“... a maior dificuldade para [o ensino de] tomada de decisão talvez seja a falta de coesão dentro das disciplinas...pois fica tudo separado...”* (Professor 1)

Como havíamos adiantado, encontramos diversas falhas no contexto do ensino da TDC na fase pré-internato, e o conjunto das categorias e dos resultados das assertivas da escala atitudinal exemplificam a ausência de uma estrutura curricular para o ensino da ACP e TDC do curso de medicina da UFT, que pode ser visto pela abordagem apenas teórica, quando esta ocorre, e pela fragmentação de disciplinas.

O ensino da ACP em cursos médicos tem sido objeto de estudo de vários trabalhos. Pereira et al. (2019), ao avaliarem atitudes em ACP de estudantes de medicina em diferentes desenhos de currículo (tradicional, inovador e avançado) aplicados no Brasil, concluíram que modelos curriculares, sejam eles tradicionais ou inovadores, não mudam as atitudes dos alunos de medicina, revelando que os mesmos compartilham mais poder e responsabilidade do que compreensão com paciente, apresentando um perfil moderado quanto às decisões centradas no paciente, considerando mais o contexto psicossocial do que a perspectiva dos pacientes.

Aqui ressaltamos a necessidade de metodologias de ensino que promovam o protagonismo do paciente, considerando sua opinião e suas preferências. Contudo, quando relatamos o estudo de Pereira et al (2019), nos deparamos com uma das barreiras para o ensino de TDC que é a própria formação do professor que ainda pode estar presa a um ensino mais conservador e que serve de espelho para os alunos. Durand et al (2018) relatam que as habilidades e o interesse pela TDC são altamente dependentes do docente e que a priorização do preparo dos professores nas disciplinas clínicas é muito importante. Todavia, mesmo que médicos compreendam completamente os princípios e benefícios e sejam treinados para envolver os pacientes em seus cuidados, a adoção do TDC é muito pouco observada.

Morrow et al. (2011) desenvolveram e integraram um currículo de TDC no terceiro ano do estágio de Medicina da Família em uma escola médica nos Estados Unidos, e realizaram uma consulta junto aos alunos do curso. O currículo consistia em uma mistura de experiências vivenciais projetadas para fornecer aos alunos oportunidades de aprender o conteúdo, praticar habilidades e compartilhar observações dos seus preceptores. Os temas identificados a partir das reflexões dos alunos sobre seu próprio comportamento incluíram aumento em confiança e competência em sua capacidade de usar TDC. Contudo, os alunos observaram, assim como os alunos do nosso estudo, uma desconexão entre o que é ensinado e o que eles vivenciaram nas práticas com os pacientes.

Para Elwyn et al. (2012), alunos de graduação em medicina precisam desenvolver as habilidades necessárias para a TDC, visto que esta requer comunicação eficaz e a capacidade de identificar e compreender os valores dos outros. Os alunos também devem ser capazes de demonstrar valores profissionais e



comportamentos que apoiam a tomada de decisão, incluindo trabalho em equipe, valorização das contribuições dos outros, civilidade, escuta, pedido de ajuda, envolvendo o paciente e / ou cuidadores no processo de diagnóstico e gestão das decisões (COOPER et al., 2021).

A escala construída e validada para esta pesquisa foi ao encontro dos três estudos utilizando instrumentos para tal propósito. No estudo de Hoffmann et al. (2014) o grupo de estudantes de medicina que foram avaliados pela escala OPTION e EPP apresentaram baixas expectativas e preocupações com o paciente no processo de TD tanto no grupo de intervenção como no grupo de controle. Hurley et al. (2018) aplicaram a escala PPOS em estudantes do 1º, 3º, 5º e 6º anos do curso de graduação de medicina, e encontraram que uma maior proporção de estudantes do 5º e 6º anos apresentou melhores resultado sobre preferências na ACP em comparação com os alunos do 1º ano. Já no estudo de McNair, Griffiths; Reid e Sloan (2016) as respostas do questionário aplicado revelaram que a confiança dos estudantes aumentou ao longo de dois anos de treinamento clínico, mas as atitudes centradas no paciente não evoluíram no mesmo período, contudo os alunos apresentaram atitudes positivas para as preferências do paciente e notaram sua importância em contribuir para um atendimento de qualidade.

Um fator descrito como causa da deficiência do ensino de TDC foi a **Carência de cenários para o ensino de TDC na etapa pré-internato** com 2 registros, exemplificado na subcategoria *Carência de ambulatórios e predominância do ensino no hospital*.

*“Existe uma falta de ambulatório universitário na UFT; a gente tem uma perda de ensino em TDC, pois no ambulatório é onde o estudante passa a discutir condutas com o paciente.”*  
(Professor 4)

Constatamos que na etapa pré-internato o curso de medicina da UFT pouco utiliza cenários nos quais o ensino da TDC possa ser melhor abordado, principalmente

quando consideramos os postos de saúde da rede municipal da cidade de Palmas. Já havíamos comentado no tópico 5.2.1 que os entrevistados apresentaram uma percepção de que o ensino fora do ambiente hospitalar, instalado em cenários nos quais os estudantes possam estar mais em contato com o paciente, pareceu mais adequado para o ensino centrado no paciente; porém, discutimos através da literatura outras possibilidades da mesma abordagem em cenários hospitalares. Quando situamos estas práticas no contexto do pré-internato e com a estrutura curricular do curso de medicina da UFT mais voltada para os atendimentos em postos de saúde da rede municipal, este resultado adquire maior relevância; não que o hospital não possa ser um cenário propício para o ensino, mas o aproveitamento do espaço nos postos de saúde para o ensino da ACP e TDC poderia ser mais relevante.

Ao buscarmos alguns trabalhos a respeito da abordagem do ensino de ações centradas no paciente considerando o ambiente de ensino, chegamos ao estudo de McNair, Griffiths; Reid e Sloan (2016), realizado com alunos de uma escola de medicina na Austrália em diferentes locais (urbanas centrais, zonas periféricas e rurais). Os resultados do trabalho mostraram que a localização dos estágios clínicos não apresentou relação com os níveis de confiança ou condutas centradas no paciente desenvolvidas pelos estudantes. Porém, os autores reconhecem que a continuidade dos atendimentos nas comunidades periféricas e rurais ficou a desejar, com menos envolvimento dos alunos nas habilidades que envolviam ACP quando comparados aos alunos que realizaram atendimentos em ambiente hospitalar localizado em zonas metropolitanas centrais. Neste caso, uma das hipóteses dos autores era a de que em zonas mais distantes e rurais a abordagem do ensino centrado no paciente fosse mais próxima, o que não ocorreu.

Categorias que revelaram falhas na abordagem de ensino da comunicação médico-paciente apresentaram representatividade na análise das entrevistas. Entre elas, a categoria **Carência de estratégias de avaliação em relação à comunicação com o paciente** foi registrada 7 vezes. Os entrevistados enfatizam a ausência da avaliação da linguagem com o paciente e avaliação deficiente sobre os aspectos emocionais do paciente. Ressalta uma subcategoria que foi a *falta de feedback e, conseqüentemente do potencial de aprendizado com a avaliação*.

*“Poucas vezes, fomos ensinados e avaliados [sobre comunicação com o paciente]. O professor não chega e fala: hoje nós vamos ensinar e avaliar vocês em relação à comunicação junto com o paciente.” (Interno 1)*

*“De maneira estruturada os alunos não são avaliados [quanto à abordagem dos aspectos emocionais do paciente] ... se você fala que avalia, mas não diz como, ou não diz de que jeito se faz, esta avaliação fica muito complicada...” (Professor 5)*

A comunicação é o “ingrediente principal do cuidado médico”. Os impactos negativos da comunicação deficiente na compreensão do paciente estão bem documentados. Habilidades de comunicação médico-paciente podem ser aprendidas e ensinadas. Os pacientes identificam a empatia dos médicos nas consultas como a mais valiosa, no entanto, esse elemento central e que deve ser ensinado, costuma faltar (DOUGLAS et al. 2020). Porém, não foi o que encontramos quando consideramos o ensino da comunicação com o paciente nas disciplinas do curso de medicina da UFT na etapa que antecede a internato.

Wilcox et al. (2017) realizaram pesquisa para avaliar um instrumento com domínios de comunicação em um currículo de escola médica com foco na atenção ao paciente, tendo como objetivo compreender e caracterizar a ACP no ambiente de aprendizagem. Os alunos de 1º e 2º anos relataram maior entendimento sobre habilidades de comunicação do que os de 3º e 4º anos. O estudo mostrou que o interesse dos alunos sobre a ACP diminuiu com o passar dos anos da graduação. O estudo não mostrou até que ponto a figura do professor e da escola poderia ter impacto na avaliação dos alunos. Nos nossos resultados, temos dados que nos permitem dizer que o processo avaliativo para o ensino da comunicação e *feedback* deficientes configuram elementos que precisam ser abordados em nossas aulas de

forma efetiva e, se possível, dentro de um currículo com metodologias centradas no paciente.

Para Silva (2012), a convivência realizada a três, entre aluno-professor-paciente, ou a dois, aluno-paciente, não pode ser limitada ou contida quando se trata de formar uma consciência que maneja um ser humano. Para o autor, em um currículo centrado no paciente e em suas expectativas, a avaliação é feita pelo professor que observa o desempenho e o progresso do aluno na formação e na atitude, e é feita sobretudo pelo paciente, que passa a reconhecer no aluno um aliado. A avaliação inicia-se com um ponto positivo quando o paciente inicia o reconhecimento do aluno pelo seu nome, estabelecendo o pacto ou o contrato feito. Daí em diante, a ciência poderá ser imposta, até para se obter o diagnóstico e a terapêutica, e por fim a TDC.

Ao longo desta análise observamos que há uma tendência no ensino das habilidades de comunicação serem mais abordadas ou melhor assimiladas nos primeiros anos do curso em disciplinas como Bioética, Semiologia, Psicologia e até mesmo em práticas de saúde nas unidades de saúde; ou porque os alunos estão mais interessados nesta fase, ou porque a prática clínica com diagnósticos e terapias ainda não foram aprofundadas, ou porque os professores das áreas de especialidades podem achar que essas habilidades de comunicação já estão incrustadas em seus atendimentos na prática, porém sem fazer abordagem explícita ou mesmo sem referencial teórico para os seus alunos, situação que pode se caracterizar como aprendizado no currículo oculto.

Apesar dos resultados mostrarem a deficiência do ensino de TDC na etapa pré-internato, a **Abordagem da TDC no Currículo Oculto** foi encontrada em 17 registros. Quando consideramos os aspectos sobre comunicação e preferências do paciente, existe sim um compromisso dos professores em abordar o tema, mesmo que de maneira não explícita.

Alguns registros das entrevistas exemplificam este resultado como a existência de *discussões informais sobre TDC e da MBE com as preferências do paciente, do papel do paciente sobre sua própria doença e da comunicação com o paciente durante os atendimentos na etapa pré-internato.*

*‘Não paramos para ensinar especificamente sobre comunicação com o paciente...acho que [o ensino da comunicação] já está incluído na forma de atendermos...’ (Professor 1)*

*“O ensino de TDC não é uma coisa que é explicada durante a faculdade, a gente vai aprendendo dia a dia, com alguns professores que vão falando [informalmente] na sala de aula...” (Aluno 7)*

A discussão sobre o currículo oculto durante a graduação é complexa e ganha mais contornos quando se considera o ensino da ACP e TDC. Importante, além de saber reconhecer o aprendizado pelo currículo oculto durante as disciplinas é não deixar despercebido o ensino destas competências.

Cabe aqui, contextualizar o currículo oculto, com seus pós e contras dentro do processo formativo do estudante de medicina. Hafferty et al (1994) chamaram atenção para o currículo oculto na formação do médico e o descreveram como “entendimentos”, costumes, rituais e aspectos assumidos durante a formação médica, abordando mensagens não intencionais que podem ser transmitidas durante o treinamento médico e que podem ou não estar alinhadas com os objetivos educacionais oficiais.

Para os autores o currículo oculto pode estar presente em todos os aspectos da educação médica, mas os ambientes formais de ensino representam uma oportunidade valiosa: eles são onipresentes em toda a formação médica e o material curricular pode ser monitorado. Lawrence et al (2018) comentam que, para ser abordado, um currículo oculto precisa primeiro ser exposto, e não se sabe até que ponto pode transmitir mensagens ocultas que podem entrar em conflito com os objetivos de aprendizagem do currículo oficial.

Ao analisar o conceito do currículo oculto entre 1994 e 2014, Macleod (2014) questiona se o fato de os artigos que abordam o currículo oculto no campo da

educação médica serem tão abundantes já não temos um forte indício de que muitas das práticas não são, de fato, ocultas; pelo contrário, elas foram identificadas, cuidadosamente analisadas, descritas em detalhes e compartilhadas na literatura formal e informal, reconhecendo que o currículo – formal, informal e até (especialmente) oculto – é fluido e contextual.

Ferreira et al. (2020), ao fazerem uma revisão integrativa sobre o currículo oculto, mostram que, apesar de já bem difundido e conceituado, o currículo oculto pode apresentar aspectos deletérios para a educação médica, repercutindo na sobrecarga cognitiva e emocional dos estudantes. Para os autores, modelos de ensino centrados no médico especialista, hierarquizados, que expressam implicitamente uma maior importância às disciplinas “tradicionais” do currículo e colocam as habilidades humanísticas e o profissionalismo em segundo plano influenciam os estudantes a também não valorizarem tais aspectos.

Parekh et al. (2021) chamam atenção para o que é “ensinado” no currículo oculto durante o aprendizado dos estudantes, e alertam que instituições de ensino médico precisam considerar as experiências dos alunos com o currículo oculto e o efeito que isso pode ter na percepção sobre suas carreiras, fazendo-se ainda necessário que os professores sejam cada vez mais responsáveis e conscientes do impacto de seus comentários, ações e da cultura criada pelos alunos.

No entanto, o currículo oculto também é potencialmente benéfico à formação médica, principalmente quando percebido e bem utilizado nos primeiros anos de faculdade. Dessa forma, a incorporação de estratégias que objetivam desenvolver o respeito, o humanismo, a integridade e a responsabilidade – qualidades do profissionalismo – pode ser feita em associação a componentes do currículo formal, tornando o processo mais orgânico e completo, já que passa a ser incorporado à experiência cotidiana do estudante (Ferreira et al. (2020).

Braschi et al. (2020) destacam que a tomada de decisão clínica não é uniforme e as opiniões sobre o manejo “adequado” podem diferir entre os médicos; no entanto, essas várias condutas precisam ser fundamentadas nas melhores evidências disponíveis, reconhecendo-se as limitações das evidências e os valores e preferências dos pacientes. Para isso, professores desempenham um papel importante no treinamento dos estudantes e, talvez, o ensino de MBE e TDC possam

estar sendo inadvertidamente transmitidos aos estudantes de medicina por meio de um currículo oculto sem as devidas técnicas e a melhor maneira de ensinar.

A análise temática das entrevistas aponta também o **Ensino com falta de protagonismo do estudante na relação com o paciente**, com uma *postura passiva do estudante durante as disciplinas clínicas do curso*.

*“Na verdade, a maioria [dos professores] não passa isso para nós, a gente não tem essa autonomia [TDC com o paciente], ...”* (Interno 4)

*“...os alunos não devem esperar apenas que os professores os ensinem. Eles precisam ser proativos e também fazerem parte da consulta. Acredito que a autonomia precisa partir deles também.”* (Professor 4)

A figura do estudante, principalmente durante as práticas, ganha ainda mais relevância no encontro com o paciente. Para Ahmed et al. (2020), apesar da discussão com o médico sobre o tratamento ser a espinha dorsal da confiança dos pacientes, o primeiro contato do paciente em uma clínica de ensino costuma ser com os estudantes. A percepção do paciente sobre o estudante pode impactar na avaliação do médico assistente. Estudantes também têm influência e desempenham um papel na disposição da paciente para participar da consulta e por conseguinte nas tomadas de decisão.

Contudo, como em toda formação, alguns estudantes pecam pela passividade perdendo oportunidades de aprendizado que podem determinar construções de confiança e autonomia. Cabe ao professor observar as sutilezas que ocorrem no curso das disciplinas, motivando e apoiando o estudante a perceber e cultivar estas virtudes, inserindo-o no contexto do aprendizado, das consultas e no reconhecimento do seu próprio papel junto ao paciente.

Para Kusurkar (2019), um aluno que se sente controlado pelo sistema de notas de sua faculdade de medicina, incapaz de aprender devido a uma grande carga cognitiva e sem afinidade com outros alunos ou professores, nunca pode se sentir motivado para estudar medicina. A motivação para aprender ocorre se ele tiver autonomia sobre sua própria aprendizagem, se sentir competente em sua aprendizagem e na relação com colegas, professores e sobretudo seus pacientes.

Schut e Driessen (2019) comentam que, se quisermos que os alunos façam escolhas de uma forma informada e reflexiva, como no complexo processo de tomada de decisão clínica, precisamos reconsiderar seus papéis e envolvimento na definição do critério de decisão. Envolver o aluno pode beneficiar o processo de tomada de decisão fortemente, não apenas em termos de melhoria, mas também aumentando a aceitabilidade da decisão e, mais importante, a significância das práticas de aprendizagem em geral.

Como síntese deste subcapítulo sobre ensino de TDC na etapa pré-internato temos:

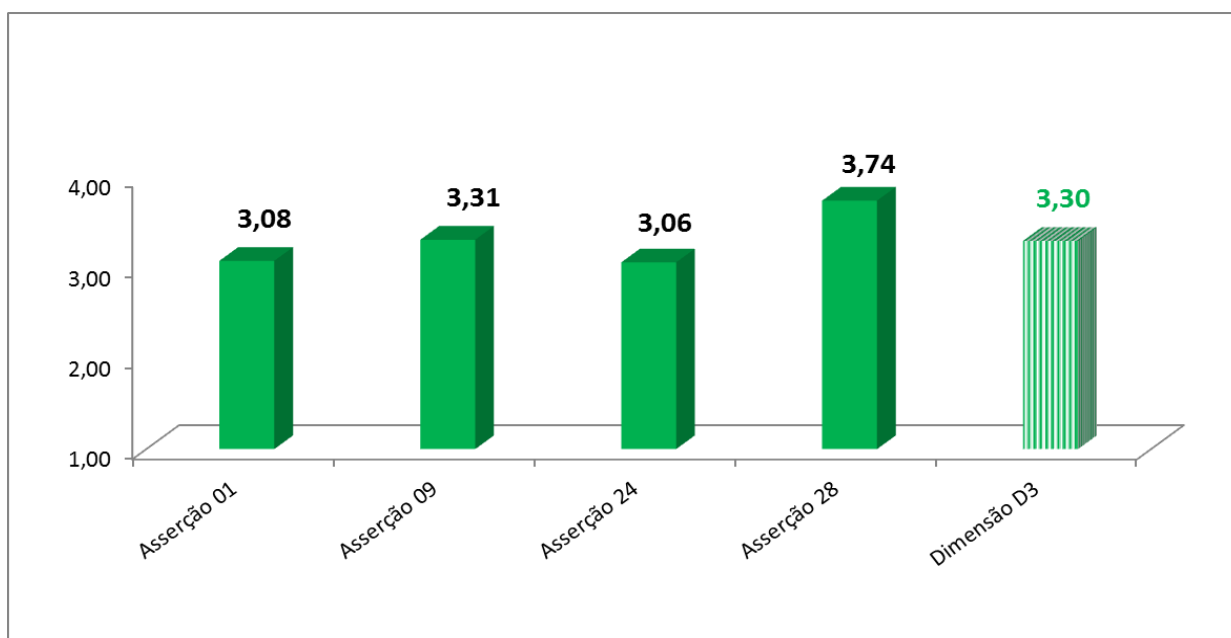
- Os entrevistados reconhecem o ensino formal de TDC na etapa pré-internato, contudo o ensino se apresentou deficiente;
- Os entrevistados reconhecem abordagem do ensino de TDC no currículo oculto;
- Os alunos referem ser conhecedores das competências das “TDC” e dos artigos do CEM, embora afirmem não serem conteúdos abordados de forma constante em seu processo formativo;
- Os entrevistados reconhecem que cenários de ensino centralizados em ambiente hospitalar e a escassez de ambulatórios prejudicam o ensino de TDC;
- Os entrevistados reconhecem prejuízo na avaliação das habilidades de comunicação como linguagem usada com o paciente e aspectos emocionais, além de falta de feedback no processo avaliativo; e
- Os entrevistados reconhecem que na fase pré-internato há falta de protagonismo na relação com o paciente no ensino de TDC; contudo, os professores observaram que o aluno apresenta atitude passiva durante os atendimentos.



### 5.2.3 Ensino e aprendizagem de tomada de decisão compartilhada no internato de clínica médica

Neste subcapítulo são apresentados e discutidos os resultados coletados da dimensão- D3 da Escala Atitudinal- Processo Ensino Aprendizagem em TDC dos Internos de Medicina em Clínica Médica, e os resultados das entrevistas de aprofundamento. O Gráfico 5.7 apresenta as médias das asserções desta dimensão.

**Gráfico 5.7: Perfil Atitudinal da Dimensão - D3: Processo Ensino Aprendizagem em TDC dos Internos de Medicina em Clínica Médica**



O Quadro 5.7 apresenta as asserções **A1**, **A9**, **A24** e **A28** que compuseram a dimensão D3.

**Quadro 5.7: Médias das asserções da dimensão - D3: Processo Ensino Aprendizagem em TDC dos Internos de Medicina em Clínica Médica**

No	Asserção	Média
A1	“Durante as disciplinas clínicas do curso de Medicina antes do ingresso no internato, pude aprender com o meu professor sobre a importância do	4 pontos - CP 3,08 = IC

	<b>esclarecimento ao paciente sobre os conhecimentos relevantes quanto aos riscos e benefícios da TD e DC”</b>	
A9	<b>“A adoção da medicina baseada em evidência foi um fator importante na construção da decisão clínica do meu professor e seus alunos”</b>	4 pontos - CP 3,31 = IC
A24	<b>“Em situações com baixo risco de danos à saúde do paciente, o meu preceptor realizou decisão compartilhada com alto embasamento em evidências médicas”</b>	4 pontos - CP 3,06 = IC
A28	<b>“A tomada de decisão e decisão compartilhada podem ser realizadas à beira do leito, a partir da comunicação do médico com o seu doente, baseada em riscos e benefícios, de modo claro, conciso e considerando as reais probabilidades de ocorrerem os desfechos, utilizando uma linguagem apropriada ao seu nível cultural e à sua experiência pessoal”</b>	4 pontos -CP 3,74 = IC

A TDC na prática médica se caracteriza por um conjunto harmônico que envolve primariamente uma boa relação profissional e o paciente, anamnese, exame físico, presença ou não de exames complementares, evidências robustas e, apoios de decisão.

Desta forma podemos apontar que a compreensão da TD e DC por parte dos internos é ampla no sentido de que pode e deve ser aplicada em vários momentos da assistência à saúde.

A síntese desta dimensão aponta para:

- O reconhecimento dos internos quanto ao conhecimento dos aspectos relevantes da TDC no cuidado médico desenvolvido no internato;
- Esta compreensão pautou-se na MBE o que foi considerado positivo pelos internos;

- Os internos apontam que para a prática de TDC é necessária uma comunicação clara e adequada ao padrão cultural e educacional do paciente para que as mesmas sejam produtivas;
- A TDC pode ser executada em toda a situação de assistência médica.

A análise temática das entrevistas identificou 55UCs e 85URs, das quais emergiram 4 categorias e 10 subcategorias (Quadro 5.8).

**Quadro 5.8: Categorias e subcategorias encontradas na entrevista de aprofundamento do núcleo direcionador: Processo Ensino Aprendizagem em TDC dos Internos de Medicina em Clínica Médica**

<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<i>Subcategorias</i>	<i>n</i>
<b>Ensino planejado de TDC durante as práticas do internato</b>	<b>15</b>	<i>Discussão e prática de TDC durante os atendimentos</i>	7
		<i>Prática com autonomia do interno para compartilhar decisão com o paciente, sob supervisão docente</i>	3
		<i>Estímulo à prática acolhedora do interno ao paciente</i>	3
		<i>Consideração das preferências do paciente, respeitando a MBE</i>	2
<b>Pouca abordagem do ensino de TDC no internato</b>	<b>47</b>	<i>Falta de tempo para o ensino de TDC pela alta demanda de atendimentos</i>	4
		<i>Ensino de TDC restrito a alguns rodízios</i>	1
		<i>Qualificação deficiente de preceptores para a prática da TDC</i>	2
		<i>Ausência de conteúdo teórico sobre ACP</i>	2
		<i>Carência de cenários para a prática de TDC durante o internato</i>	1

<b>Ensino de TDC por meio do currículo oculto</b>	<b>16</b>		
<b>Ensino com pouca autonomia (refletindo sobre o pouco protagonismo) do interno na TDC com o paciente</b>	<b>8</b>	<i>Competição com residente na TDC, com redução de oportunidades para o interno</i>	<b>2</b>

Uma primeira categoria que emerge da análise temática das entrevistas é a existência de 15 registros de um **Ensino planejado de TDC durante as práticas do internato**. Neste contexto, os entrevistados apontam a existência de discussão e *práticas envolvendo TDC durante os atendimentos, Prática com autonomia do interno para compartilhar decisão com o paciente, sob supervisão docente, Estímulo à prática acolhedora do interno ao paciente e Consideração das preferências do paciente, respeitando a MBE*. Observamos que o ensino de TDC nas atividades práticas do internato de clínica ganha maior representatividade, o que é natural, pois nesta etapa da formação o estudante tem mais tempo para se dedicar às vivências junto ao paciente e já compartilha não só conhecimento teórico, mas qualidades humanísticas em sua bagagem formada ao longo dos quatro anos durante a etapa que antecedeu o internato.

*“Eu estimo as conversas [dos estudantes] com o paciente, fora do contexto tradicional, ...eu estimo [os estudantes] a voltarem no período da tarde...para ganhar confiança na relação, para o paciente se sentir mais acolhido.”*  
(Professor 3)

*“Na maioria das vezes a linguagem, o padrão cultural e educacional do paciente é levado em conta sim, porque o paciente não entende a linguagem que a gente conversa” (Interno 1)*

Entendemos que o treinamento médico em ACP e TDC durante as práticas do internato, principalmente quando usamos ferramentas apropriadas de ensino, apresenta-se com alta probabilidade de eficácia quando consideramos desde ferramentas próprias para avaliar estas competências até atitudes prosaicas como ouvir os pacientes e suas preferências. Pode parecer simplista, mas ensinar e saber perpetuar atitudes básicas, sedimentam a construção da futura carreira do até então graduando em Medicina, de maneira que ele possa identificar com clareza o papel central do paciente durante os atendimentos.

Em uma revisão integrativa sobre ensino de TDC nas práticas de vários cursos de medicina ao redor do mundo, Durand et al (2018) apontam que as práticas de ensino que envolvem TDC nos currículos estudados se mostraram fortalecedores das atitudes dos alunos em relação ao paciente.

Estes resultados iniciais evidenciam o valor de se levar em consideração a comunicação com o paciente em si e suas emoções, respeitando o seu nível cultural e educacional e aproximando a linguagem do futuro médico com a do paciente.

Para Ferraz et al (2020), dar importância para as preferências do paciente durante as práticas de ensino é valorizar o conhecimento, as dúvidas, as concepções e os valores que ele traz para a interação profissional-paciente. Kasuya e Sakai (2013) reforçam que proporcionar uma construção da relação médico paciente pautada nos princípios da humanização desde o primeiro período de medicina e mais ainda no internato, possibilita que esse conhecimento seja algo sólido e natural, transformando esse estudante em um disseminador dessa prática ao longo de toda sua carreira médica.

O ensino de habilidades da TDC centradas no paciente como um componente integral do currículo básico do internato médico aprimora o desenvolvimento de um ensino com foco no paciente, as habilidades de comunicação avançada e a capacidade de começar a compreender as complexidades das categorias de cuidados

médicos. Importante para essas qualidades é a capacidade de identificar decisões sensíveis às preferências, ou seja, aquelas que envolvem tratamentos que podem incluir compensações que afetam a qualidade de vida do paciente e, portanto, para os quais o curso apropriado de tratamento deve depender substancialmente dos valores e preferências do paciente (WENNBERG; FISCHER e SKINNER, 2022).

Ao discutir *Prática com autonomia do interno para compartilhar decisão com o paciente, sob supervisão docente*, constatamos que a autonomia do estudante durante o internato é um fator importante para o ensino de TDC e para a futura carreira do profissional que está se formando. Ao longo do treinamento médico, os supervisores rotineiramente tomam decisões para confiar aos seus estudantes as atividades de atendimento ao paciente. O tema tem sido recorrente e motivo de alguns estudos para avaliar autonomia de estudantes de medicina durante as práticas curriculares.

No estudo de Cate et al. (2016), observamos esforços para o ensino de decisões que cabem ao estagiário usando um modelo chamado de atividades profissionais confiáveis (APC). Para os defensores da ferramenta a introdução de atividades profissionais confiáveis forçam os educadores a repensar os fundamentos da avaliação no local de trabalho e a antecipação de uma decisão em conceder autonomia a um estagiário, sob um determinado nível de supervisão. Para os autores, o modelo parece se alinhar melhor com a prática de saúde do que a maioria das práticas de avaliação atual.

Caro Monroig et al. (2020) realizaram um projeto utilizando uma estrutura de avaliação baseada no modelo APC descrito acima. Os autores observaram que os componentes ligados ao relacionamento do estudante e do preceptor predominaram nas ações dos alunos nas suas tomadas de decisão. Os alunos direcionaram sua própria aprendizagem pedindo *feedback*, buscando oportunidades de se envolver na aprendizagem, compartilhando as limitações de seu conhecimento com os supervisores, solicitando aos mesmos que revissem as avaliações quando apropriado. Aqui temos um exemplo do que pode ser implementado durante as atividades práticas no intuito de fortalecer o engajamento interno-preceptor e assim o melhor desenvolvimento da autonomia do interno durante a sua formação.

Outro modelo de ensino de autonomia de estudantes de medicina durante as práticas foi mostrado no estudo de Oberhelman et al. (2020). No intuito de equilibrar

as necessidades educacionais dos alunos, as expectativas dos pacientes e as demandas organizacionais da prática clínica, além de aumentar as oportunidades de independência dos alunos e melhorar sua satisfação sem afetar negativamente o fluxo da clínica ou a satisfação do paciente, os autores elaboraram um modelo de programação denominado “Pacientes como Professores” (PAT) desenvolvido como parte das práticas do estágio de medicina da família. O instrumento obteve sucesso em aumentar as oportunidades para a autonomia, alcançando um alto nível de satisfação do aluno.

Como já discutido no capítulo sobre ensino de TDC na etapa pré-internato, a adoção do MBE na TDC é fundamental, e durante o internato, no qual as práticas são diárias, essa consonância se torna quase intrínseca e necessária na vivência dos internos, preceptores e pacientes.

Nos nossos resultados encontramos abordagem do ensino da MBE durante as práticas do internato, ponto muito positivo, pois observa-se que este assunto tem sido mais frequentemente abordado durante as aulas teóricas, na maioria das vezes na fase anterior ao internato, em disciplinas mais voltadas para pesquisa. Isto é salientado por Meabes et al (2009) que reforçam que grande parte das escolas médicas ensina tópicos básicos de MBE, e relativamente poucas permitem que os alunos pratiquem as habilidades ou avaliem essas habilidades. Os autores também relataram que o ensino de MBE é restrito pela falta de tempo curricular, tutores treinados e materiais de ensino. Para os autores os elementos-chave para o progresso incluem a integração da MBE com as especialidades clínicas, o treinamento de tutores e a disponibilidade de recursos de ensino de alta qualidade.

Para Illic e Forbes (2010), poucos estudos exploram as barreiras e facilidades que os alunos experimentam quando estudam Medicina e tentam integrar a MBE em sua experiência clínica. Para os autores os princípios e a aplicação da MBE são percebidos pelos estudantes como importantes tanto em seu treinamento clínico atual quanto no trabalho futuro percebido como clínicos.

A educação médica deve retratar a MBE e a TDC como elementos centrais para o atendimento ao paciente (BRASCHI et al., 2020). Para Solani et al (2021), tecnologias de informação, prática clínica e metodologia de pesquisa nos últimos anos tornou a implementação da tomada de decisão baseada em evidências mais desejável e viável para a prática médica. No entanto, mesmo que a MBE demonstre melhoras

na qualidade do atendimento ao paciente, tem havido certa lentidão no seu ensino e na sua incorporação no currículo da faculdade de medicina principalmente durante as práticas.

Para Meats et al. (2009), o ensino de MBE em cursos médicos geralmente se concentra em técnicas de pesquisa e cálculos estatísticos, em vez de na aplicação da pesquisa na solução de problemas do paciente, o que pode acontecer durante as atividades práticas. A integração da MBE com o ensino clínico durante as práticas parece importante na mudança de comportamentos e atitudes dos alunos em relação ao que, de outra forma, poderia parecer um assunto árido (COOMARASAMY; KHAN, 2004).

Schneider et al. (2018) realizaram um estudo no sul do Brasil, tendo como objetivo analisar a prática baseada em evidência dos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família em um município de Santa Catarina. Os resultados apontaram que estes profissionais consideram a prática baseada em evidência fundamental, embora, em suas ações, ela está mais centrada na experiência clínica. Os profissionais não se sentem plenamente capacitados para realizar a busca de evidências científicas, destacando o pouco conhecimento e habilidades em pesquisa.

A expressão MBE “tem evoluído” para Prática Baseada em Evidência (PBE). A PBE significa integrar prática clínica com a melhor evidência disponível proveniente de investigação, aproximando-se da MBE. A PBE é reconhecida como uma competência fundamental para os profissionais de saúde de diversas profissões e culturas e tem sido integrada nos currículos de cursos de graduação e pós-graduação de saúde em vários países no mundo (FARIA et al., 2021). No entanto existem variações nos currículos e nos conteúdos da PBE e pouco consenso sobre as competências e habilidades mais essenciais em PBE para que profissionais possam aprender e alcançar os benefícios potenciais da prática (ALBARQOUNI et al., 2018).

Goodarzi et al. (2021) realizaram no Irã um estudo que examinou os efeitos de dois programas educacionais de prática baseada em evidências (PBE) sobre COVID-19 em atitudes, comportamento, conhecimento, resultados e competências de residentes de medicina. Neste estudo, as intervenções educacionais mostraram-se eficazes quando consideradas as práticas dos residentes e os resultados do grupo que utilizou PBE, bem como as modalidades ativas (participação do paciente, conhecimento, atitude e compartilhamento de decisão).



Apesar do encontro de ensino planejado de TDC durante as práticas do internato de clínica, também foi relatado **Pouca abordagem deste ensino, inclusive com** maior número de registros.

*a vida dentro do hospital é uma vida muito corrida e a quantidade do fluxo de paciente é muito grande, ...depende muito de cada área, ...tem especialidade que eles abrem melhor o campo para discutir isso [TDC] com os graduandos, mas são poucas.” (Interno 5)*

Observamos que os participantes se mostraram preocupados pela pouca abordagem da competência na formação do médico revelando necessidade de ensino de TDC durante o internato. No estudo de McGregor et al (2012), realizado por meio de um programa de ensino de tomada de decisão, um tutorial e cenários dentro de um ambiente de enfermaria simulada finalizando com entrevistas, os alunos do curso de medicina se sentiram despreparados para a responsabilidade da tomada de decisão junto ao paciente durante as práticas, mas defendem que intervenções de ensino nos cenários clínicos são úteis para melhorar essa tomada de decisão, especificamente uma decisão compartilhada, demonstrando reconhecimento da necessidade de ajuda nas tomadas de decisão.

Hargie et al. (2010) apontaram que a falta e interesse de preceptores dispostos a ensinar habilidades de comunicação para estudantes de medicina e a inadequação de cenários para o ensino, foram fatores que dificultaram o ensino desta competência. Os autores relataram que estes problemas foram especialmente pronunciados entre os tutores com uma visão mais "tradicional" da educação médica, que eram mais resistentes em se qualificarem para o ensino que envolvesse práticas de ACP.

Subcategorias encontradas nesta categoria foram: *Falta de tempo para o ensino de TDC pela alta demanda de atendimentos, Ensino de TDC restrito a alguns*

*rodízios, Qualificação deficiente de preceptores para a prática da TDC e Ausência de conteúdo teórico sobre ACP.*

Da mesma forma que encontramos o registro da falta de tempo para ensinar TDC na etapa pré-internato, no internato este registro se torna mais evidente. Assim como nossos resultados, Hauer et al. (2011) relatam que os alunos que realizaram práticas em encontros ambulatoriais com restrições de tempo, apresentam prejuízo nas habilidades clínicas que envolviam ACP e TDC. Esta falta de tempo, segundo o autor, é agravada pelo grande número de pacientes para atender e a própria logística de ensino dentro de um ambiente que requer mais tempo ainda.

Como já relatado, a falta de tempo também pode estar associada à falta de planejamento dos professores e da escola, incluindo a distribuição e melhor aproveitamento dos cenários de ensino e a qualificação dos preceptores. Esta qualificação mostra-se imprescindível, não apenas na parte prática, mas também no conhecimento e no aprimoramento das teorias de ACP, para que estes possam sentir confiantes acerca do tema e o repasse de maneira correta para o interno.

Outra causa citada na pouca abordagem deste ensino foi a *Carência de cenários para a prática de TDC durante o internato*. Esta subcategoria assim como as discutidas nos parágrafos anteriores estão no mesmo contexto. Aqui chama a atenção o cenário, talvez pelas práticas do internato de clínica médica serem 100% realizadas dentro do Hospital Geral de Palmas, e na grande maioria em enfermarias, o que, segundo os entrevistados, dificulta a aproximação do paciente e a TDC.

Como já citado, o estudo de Marques dos Santos et al. (2020) mostra que, mesmo em ambientes hospitalares, podemos praticar o ensino de competências centradas no paciente, sem prejuízo. Acreditamos que com a gama de ambientes de práticas de ensino existentes no SUS, os cenários possam ser diversificados e, se houver planejamento dos ambientes e sobretudo qualificação dos docentes e preceptores, o ganho do ensino para o estudante e os benefícios para o paciente possam ser bem maiores.

Celes et al. (2009) mostram que a relação entre a escola médica e os serviços de saúde ainda não atingiu o nível de integração real, pois poucas revelam que se inserem no mecanismo de referência e contra-referência, com o hospital universitário inserido na rede do SUS atendendo à demanda a partir das necessidades dos serviços.

Para Da Silva et al. (2018), a integração ensino-serviço-comunidade ainda apresenta fragilidades e pode ser considerada incipiente por muitas ações serem descontextualizadas de sua importância política e social no processo formativo dos futuros profissionais. Para os autores, a integração do ensino com o serviço permanece sob a ótica do cumprimento de regras institucionais para execução de ações previstas no currículo, e o contato dos professores e alunos com a rede de saúde restringe-se às atividades de ensino. Não há efetiva participação do docente no planejamento das atividades dos serviços, e os profissionais dos serviços, em geral, não colaboram com o planejamento das ações de ensino, ocasionando desencontros na execução das ações.

Essa dicotomia pode levar à execução de ações desarticuladas com as necessidades reais dos serviços. Para Givron e Desseilles (2021), inserir o ensino da comunicação nas faculdades de medicina em um estágio de observação nos ambientes de ensino, principalmente os voltados para a clínica do dia a dia, parece ser uma maneira interessante de evitar uma maior deterioração destas atitudes.

O **Ensino de TDC por meio do currículo oculto**, como ocorre na etapa pré-internato, foi identificado em 16 URs. Aqui, adquire maior visibilidade, principalmente pelo grande número de horas de atividades práticas, elevando ainda mais as discussões em enfermarias e ambulatórios nas quais as discussões ocorrem de maneira mais informal e não explicitamente atreladas ao aparato teórico inerente às disciplinas estruturadas no período que antecede o internato.

*“Eu não vejo os preceptores passando para nós [ensino sobre as preferências do paciente] ...é mais pela parte da observação do que é feito, eu aprendo na observação que está sendo feita...”*  
(Interno 6)

*“...durante a prática estamos sempre dando valor às escolhas do paciente, mesmo de forma indireta; acredito que a parte da observação dos alunos é uma*

*forma de aprendizado para eles.”*

(Professor 2)

O internato é um cenário diversificado, no qual as práticas são diárias e cotidianas, tornando-se um campo expressivo para o ensino dito não formal, situação na qual o currículo oculto é bastante vivenciado, passando na maioria das vezes despercebido pelos internos e principalmente pelos preceptores que podem até mesmo considerar a prática corriqueira no processo de ensino nas habilidades clínicas e na teoria aplicadas às práticas. Para Ferreira et al. (2020), o ensino dentro do currículo oculto também ocorre em situações nas quais se enquadram o profissionalismo, competência definida como o conjunto de valores, comportamentos e responsabilidades mobilizados no cotidiano das atuações e das relações (inter)profissionais, além de qualidades humanísticas enquadrando-se aí a ACP, e por conseguinte a TDC.

Craig et al. (2018) alertam que existe uma constante separação entre habilidades clínicas e qualidades humanísticas, e essas últimas com frequência são implicitamente colocadas como menos importantes, o que prejudica a aprendizagem do profissionalismo e da ACP. Para Ferreira et al. (2020), o desprendimento das qualidades humanísticas em relação à técnica durante a graduação pode ser prejudicial tanto para o estudante, que acaba por deixar de lado aspectos éticos pessoais trazidos até mesmo antes da graduação, quanto para o usuário do serviço na RMP com um profissional com possíveis dificuldades/déficits de abordagens de questões humanísticas e centradas no paciente. Tais condições demonstram ainda mais a importância da interferência do currículo oculto e os prejuízos que esse pode trazer na formação médica e nos cuidados em saúde (FERREIRA et al., 2020).

Normalmente os internos exibem atitudes menos centradas no paciente do que os alunos nos primeiros anos de escola. Parece que, embora os alunos possam aprender a importância de fazer perguntas abertas e ouvir as histórias dos pacientes como parte do seu aprendizado nas disciplinas que envolvem o aprendizado centrado no paciente, eles geralmente encontram um padrão diferente de comportamento quando ingressam no internato, caracterizado por perguntas fechadas e interrupções

frequentes nas conversas com os pacientes dificultando as ações centradas no paciente (HAIDET et al., 2005).

Estudos sobre ética e desenvolvimento moral mostraram que os alunos podem sofrer um “desgaste ético” durante o internato. Mesmo com o ensino de RMP subentendido no currículo oculto, se faz necessária uma abordagem que possa ser compreendida como formal, com experiências centradas no paciente e interações em equipe, pois elas moldam o senso de identidade profissional dos alunos durante a transição da sala de aula para as enfermarias (RATANAWONGSA et al., 2005).

Para Holmes et al. (2014), à medida que os estudantes transitam para seu novo papel clínico no internato, eles experimentam uma tensão entre as realidades da medicina clínica e as perspectivas idealizadas anteriormente, incluindo aquelas aprendidas no currículo formal. Contudo, essas experiências nas quais as escolhas são difíceis de fazer, podem ser aproveitadas como oportunidades de aprendizagens transformadoras, se efetivamente refletidas. Treinar estudantes para serem mais profissionais, melhores comunicadores e colaboradores e médicos mais seguros no complexo ambiente clínico onde seus modelos podem ou não modelar esse comportamento é essencial, mas problemático.

A autonomia do estudante durante o internato é um fator importante para o ensino de TDC e para a futura carreira do profissional que está se formando. Nos nossos resultados encontramos **Ensino com pouca autonomia (refletindo sobre o protagonismo) do interno da TDC** (8 URs), alavancado principalmente pela *Competição com residente na TDC, com redução de oportunidades para o interno.*

*“Na verdade, a maioria [dos professores] não passa isso para nós, a gente não tem essa autonomia [TDC com o paciente], mas com alguns preceptores sim, mas com a maioria não.” (Interno 5)*

*“... os preceptores não têm essa prática, eles não têm essa vivência [dar autonomia para o estudante nas consultas] ...é como se fosse uma hierarquia, primeiro o residente, ...a gente*

*também não pode falar uma coisa que não deram abertura para a gente falar.”*

(Interno 7)

Cantaert et al. (2019) relatam que, na maioria das vezes, os médicos quando realizam TDC geralmente negligenciam as atitudes dos alunos e de outros profissionais, como enfermeiros, que desempenham um papel cada vez mais importante na tomada de decisão do paciente. Para Schut e Driessen (2019), a questão não é argumentar se os alunos devem definir seus próprios critérios de decisão, e também não ignorar os desafios e tensões das práticas. O que deve ser feito é transformar o modelo no qual o papel do aluno é passivo em um modelo de competências no qual professor e aluno contribuem para o processo de tomada de decisão.

A medicina acadêmica é, mais frequentemente, uma hierarquia, na qual os médicos-assistentes gerenciam as ações de residentes e estudantes de medicina, os residentes supervisionam os estudantes de medicina e assim por diante. Normalmente, aqueles que estão no topo da escada têm maior poder, controle e voz. Na verdade, sistemas hierárquicos bem organizados e funcionais segundo esse modelo têm o potencial de beneficiar residentes e pacientes (SALEHI et al., 2020).

Para Gray e Enright (2018), a aprendizagem em ambientes de prática muitas vezes é implícita e não sistematizada, sendo comum entre os estudantes o sentimento de baixo rendimento e a sensação de haver poucas oportunidades para a prática de habilidades clínicas, principalmente quando as atividades praticadas nos estágios são centradas no especialista, conferindo menor autonomia ao estudante. Nesses casos, o foco da educação é o conteúdo clínico o que pode provocar uma sobrecarga cognitiva aos estagiários.

Hierarquias rígidas reduzem a autonomia pessoal entre aqueles de escalões mais baixos. Para Cook et al (2015), a estrutura hierárquica também foi associada a resultados ruins de saúde mental e emocional (por exemplo, abuso de substâncias, depressão), diminuição da autoconfiança, menor satisfação com a carreira, pensamentos de arrependimento e abandono e e diminuição do desejo de seguir a Medicina Acadêmica.

Neufeld e Malin (2020) realizaram estudo para explorar a relação entre as percepções dos estudantes de medicina sobre apoio do professor em autonomia, motivação e bem-estar. Usando a teoria da autodeterminação, os autores forneceram uma estrutura prática através da qual os instrutores médicos podiam apoiar a autonomia do aluno e seu bem-estar no ambiente de aprendizagem. Os autores mostraram que esta relação é completamente mediada pelos sentimentos de satisfação das necessidades básicas de autonomia, competência e relacionamento dos estudantes. As descobertas sugeriram que apoiar autonomia, competência e relacionamento do aluno é inerentemente valioso para o seu bem-estar na faculdade de medicina e o fornecimento de um suporte para autonomia aos estudantes pode, em teoria, ser melhor alcançado por meio de ações do professor que promovam sentimentos de relacionamento e competência.

Ong et al. (2016) observaram que estagiários relatam receber menos *feedback* e autonomia do que os professores acreditam ter dado para uma dada situação clínica. Possíveis explicações para este fenômeno incluem viés de memória, dados agregados, habilidades de *feedback* inconsistentes, não reconhecimento de *feedback* ou ideias diferentes sobre o que constitui *feedback* e controle. Diferentes concepções de *feedback* realizadas por professores e estagiários são apoiadas por evidências de que os professores e os estudantes vivenciam a mesma situação e interpretam os níveis de orientação de maneira diferente.

Como síntese deste subcapítulo sobre ensino de TDC no internato de clínica médica temos:

- Os entrevistados reconhecem que há ensino planejado de TDC durante as práticas na forma de discussão de casos, práticas acolhedoras e consideração das preferências do paciente baseadas em evidências;
- Os entrevistados reconhecem o ensino de TDC durante as práticas do internato, principalmente no currículo oculto;
- Os entrevistados reconhecem que a pouca abordagem do ensino de TDC se dá pela falta de tempo acarretada pela alta demanda de pacientes e por deficiência da qualificação dos preceptores em metodologias centradas no paciente;

- Os entrevistados reconhecem que o ensino de TDC é restrito a alguns rodízios; e
- Os entrevistados reconhecem que no internato de clínica médica existe pouco protagonismo do interno para realizar a TDC, muitas vezes acentuada pela hierarquia dos cenários de ensino, onde o residente tem a preferência no manejo do paciente.



## 6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

No início desta investigação assumimos como questões de pesquisa: tomada de decisão compartilhada é uma competência que faz parte do processo de ensino-aprendizagem do curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins? qual a formação em tomada de decisão compartilhada dos estudantes na etapa pré-internato e no internato de clínica médica? o interno participa da tomada de decisão compartilhada junto aos seus preceptores durante as práticas?

Observamos que, pelas percepções de professores e estudantes sobre o ensino e aprendizagem de TDC, temos:

- prejuízo no ensino de TDC, principalmente nas aulas teóricas e com abordagens subliminares nas práticas com deficiência no processo avaliativo;
- prejuízo de ensino das habilidades de comunicação e das considerações dos aspectos emocionais e das preferências dos pacientes;
- cenários de ensino centralizados em ambiente hospitalar, o que pode acarretar escassez de ambulatórios e pouco tempo para atender o paciente, agravado pela alta demanda de atendimentos que prejudicam o ensino de TDC; e
- no entanto, existe preocupação recorrente sobre a necessidade do ensino de TDC, comunicação com o paciente com valorização das suas preferências e dos aspectos emocionais.

Assim, assumimos que a formação médica em TDC, é, indiscutivelmente, uma demanda contemporânea e que as graduações médicas precisam, de forma urgente, revisitar seus currículos no atendimento desta lacuna. Neste contexto, esperamos que os resultados apresentados neste trabalho, sejam somados às diversas propostas curriculares que trilham o caminho da ACP e, que realmente possam ser concretizadas no dia a dia do professor e do aluno, principalmente durante as práticas clínicas, bem como sejam um fator motivador para novas pesquisas voltadas para a protagonismo do paciente e para as decisões que o envolva, assim como para as habilidades que compõem a carreira do futuro médico.

As DCNs prevêm esta competência, mas, nesta pesquisa, pudemos evidenciar que formar futuros médicos seguros na TD e no manejo desse compartilhamento exige

questões mais profundas.

Desta forma, mais do que qualificação pedagógica do corpo docente, a construção dessa competência, exige uma perspectiva de “compreensão de como deve ser pautada uma assistência médica” considerando que a esta só pode ser efetiva, se for compartilhada, se for compreendida por este paciente, onde médico e paciente, analisam, compreendem e assumem a terapêutica mais adequada e efetiva.

Se ao analisarmos os modelos de atenção à saúde assumidos neste país, percebemos que de um “modelo hegemônico médico”, passamos para o de “promoção à saúde” e este em sua essência é coletivo, é interprofissional, e, portanto, não abriga modelos de assistência médica verticalizados.

Para tal temos que construir relações que passem pela autonomia e protagonismo, neste caso, de médicos, cidadãos, outros profissionais de saúde contribuindo para o desenvolvimento da saúde de forma sustentável.

A assunção, como nos diria FREIRE, de valores, de parâmetros e no caso dos processos formativos, de competências e habilidades, derivam de vários aspectos sociais, organizativos de classe e evidentemente de visão de mundo. Formar futuros médicos no contexto brasileiro, um país continental, com diferenças sociais, culturais e econômicas muito marcantes, tal tarefa se agiganta, mas urge enfrentá-la!

É, portanto, fundamental, que seja possível assumirmos aquilo que cada vez mais é fundamental no exercício médico neste novo século e entre essas competências, a TDC, cada vez mais torna-se imperiosa, pois, o século XXI nos mostra, cotidianamente, que o padrão de saúde de uma pessoa e de uma coletividade, é, em última instância, o resultado de escolhas, de reivindicações que, na medida em que se sustentam, se solidificam se estruturam de forma inequívoca.

Por último, defendemos que tais competências intimamente ligadas a TDC, como escuta qualificada, visão social, compreensão da complexidade da sustentabilidade de um padrão de saúde e postura ética, sejam construídas de forma contínua, fortalecendo sobremaneira, o relevante “exercício médico”!



ABENDROTH, M.; HARENDZA, S.; RIEMER, M. **Clinical decision making: a pilot e-learning study.** Clin Teach, v. 10, p. 51–55, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23294745>>.

ABREU, M. M. DE; KOWALSKI, S. C.; CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B. **Apoios de decisão: instrumento de auxílio à medicina baseada em preferências. Uma revisão conceitual TT - Decision aids: an instrument to eliciting patient preference. Current concepts.** Revista Brasileira de Reumatologia, v. 46, p. 266–272, 2006.

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. **Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa.** Interface: Communication, Health, Education, v. 20, n. 59, p. 905–916, 2016.

AHMED, A.; ISRAR, S.; CHAPPLE, K. M.; et al. **Patient Perception of Medical Student Professionalism: Does Attire Matter?** Journal of Surgical Education, v. 77, n. 6, p. 1345–1349, 2020. Elsevier Inc. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.04.016>>.

AHRQ. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **The SHARE approach.** 2016. Available at: <https://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/shareddecisionmaking/index.html>.

ALBARQOUNI, L.; HOFFMANN, T.; STRAUS, S.; et al. **Core Competencies in Evidence-Based Practice for Health Professionals: Consensus Statement Based on a Systematic Review and Delphi Survey.** JAMA network open, v. 1, n. 2, p. e180281, 2018.

ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, A. P.; REZENDE, C. H. A. DE; et al. **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 32, n. 3, p. 356–362, 2008.

ALMEIDA, L. P. VON G. DE; FERRAZ, C. A. **Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 61, n. 1, p. 31–35, 2008.

ALVES SILVA, L.; MUHL, C.; MARCE MOLIANI, M. **Ensino Médico E Humanização: Análise a Partir Dos Currículos De Cursos De Medicina**. Psicologia Argumento, v. 33, n. 80, p. 298–309, 2017.

BAGHUS, A.; GIROLDI, E.; MURIS, J.; et al. **Identifying Entrustable Professional Activities for Shared Decision Making in Postgraduate Medical Education: A National Delphi Study**. Academic Medicine, v. 96, n. 1, p. 126–133, 2021.

BALINT, M. **The Doctor, his Patient and the Illness**. The Lancet, v. 265, n. 6866, p. 683–688, 1955.

BALINT, J.A. **Brief encounters: speaking with patients**. Ann Inter Med 1999; 131(3): 231-234.

BALLESTER, D.; ZUCCOLOTTO, S. M. .; GANNAM, S. DE S. A.; ESCOBAR, A. M. U. **A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 34, n. 4, p. 598–606, 2010.

BARBOSA, M.; RIBEIRO, M. **O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde**. Rmmg.Org, v. 26 (Supl 8, n. Supl 8, p. 216–222, 2016. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/exportar-pdf/2152/v26s8a41.pdf>>.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, SP, 2004.

BARRY, M. J.; EDGMAN-LEVITAN, S. **Shared decision making - The pinnacle of patient-centered care**. New England Journal of Medicine, v. 366, n. 9, p. 780–781, 2012

BATISTA, N. A.; VILELA, R. Q. B.; BATISTA, S. H. S. S. **Educação médica no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2015. 398 p.

DE BENEDETTO, M. A. C.; GALLIAN, D. M. C. **The narratives of medicine and nursing students: The concealed curriculum and the dehumanization of health care.** *Interface: Communication, Health, Education*, v. 22, n. 67, p. 1197–1207, 2018.

BENSING, J. **Bridging the gap: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine.** *Patient Education and Counseling*, v. 39, n. 1, p. 17–25, 2000.

BERKHOF, M.; VAN RIJSSEN, H. J.; SCHELLART, A. J. M.; ANEMA, J. R.; VAN DER BEEK, A. J. **Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews.** *Patient Education and Counseling*, v. 84, n. 2, p. 152–162, 2011. Elsevier Ireland Ltd. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.010>>.

BEZERRA, E.M. **Proposição para o ensino da ética em um curso de medicina a ser implantado.** Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde na Amazônia) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2017.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.** 1994.

BOUDREAU, J. D.; CASSELL, E. J.; FUKS, A. **A healing curriculum.** *Medical Education*, v. 41, n. 12, p. 1193–1201, 2007.

BRASCHI, E.; STACEY, D.; LÉGARÉ, F.; GRAD, R.; ARCHIBALD, D. **Evidence-based medicine, shared decision making and the hidden curriculum: a qualitative content analysis.** *Perspectives on Medical Education*, v. 9, n. 3, p. 173–180, 2020.

BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina - Resolução n. 4 CNE/CES, de 2001.** Diário Oficial da União, p. 38, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v.7, 3ª ed., Brasília-DF, 2010.

BRENNAN, N.; CORRIGAN, O.; ALLARD, J.; et al. **The transition from medical student to junior doctor: Today's experiences of Tomorrow's Doctors.** Medical Education, v. 44, n. 5, p. 449–458, 2010.

BROEIRO, P. **Multipatologia - O Raciocínio Clínico e a Tomada de Decisão: aquisição da competência.** Rev Port clin Geral, v. 17, p. 307–26, 2001.

BROEIRO, P. **Prática baseada em evidência e seus limites.** Revista Portuguesa de Clínica Geral, v. 31, n. 4, p. 238–240, 2015.

BRUNO, L. F. C. **Levantamento da Qualidade de Vida no Trabalho.** Universidade Federal do Amazonas, 1999.

BURACH, J.H.; IRBY, D.M.; CARLINE, J.D.; ROOT, R.K.; LARSON, E.B. **Teaching compassion and respect.** J Gener Intern Med, v. 14, p. 49-55, 1999

CALADO, S. DOS S.; FERREIRA, S. C. DOS R. **Análise de documentos: método de recolha e análise de dados.** Trabalho de Conclusão de Curso (Metodologia de Investigação I). Departamento de Educação da Faculdade de Ciências. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2005. Disponível em: < <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/analisedocumentos.pdf>>.

CANTAERT, G. R.; VAN HECKE, A.; SMOLDEREN, K. **Perceptions of physicians, medical and nursing students concerning shared decision-making: a cross-sectional study.** Acta Clinica Belgica: International Journal of Clinical and Laboratory Medicine, v. 00, n. 00, p. 1–9, 2019. Taylor & Francis. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/17843286.2019.1637487>>.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. **A relação assimétrica médico paciente: repensando o vínculo terapêutico.** Rev C S Col. 9(1):139-146, 2004.

CARDOSO, R. B. ; JANSEN, B. **Programa de Educação Permanente para o Uso do Prontuário Eletrônico do Paciente na Enfermagem.** Journal of Health Informatics, v. 9, p. 25-35, 2017.



CARO MONROIG, A. M.; CHEN, H. C.; CARRACCIO, C.; et al. **Medical Students' Perspectives on Entrustment Decision-Making in an EPA Assessment Framework**. *Academic Medicine*, v. Publish Ah, n. 8, p. 1175–1181, 2020.

CARVALHO, D.; FERREIRA, R.; SIQUEIRA-BATISTA; SILVA JUNIOR, A. G. **Bioethics in Decision-Making in Primary Health**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, n. 3, p. 479–485, 2015.

CATE, O. TEN; HART, D.; ANKEL, F.; et al. **Entrustment Decision Making in Clinical Training**. *Academic Medicine*, v. 91, n. 2, p. 191–198, 2016.

CELES, R.; STELLA, D. R.; LAMPERT, J. B.; PERIM, G. L. **Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, p. 63–69, 2009.

CELLARD, A. **A análise documental**. In POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes (Coleção Sociologia), 2008.

CHARLES, C.; GAFNI, A.; WHELAN, T. **Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model**. *Social Science and Medicine*, v. 49, n. 5, p. 651–661, 1999.

CHARLES, C.; GAFNI, A.; WHELAN, T. **Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango)**. *Social Science and Medicine*, v. 44, p. 681–692, 1997.

CHOW, S.; TEARE, G.; BASKY, G. **Shared decision making : Helping the system and patients make quality health care decisions**. 1a ed. Saskatoon SK, Canadá: Saskatoon Health Quality Council, 2009.

COMPOLINA, E. A.; CICONELLI, R. Z.; FERRAZ, M. B. **Qualidade de vida e medidas de preferência: contribuições para a avaliação e o gerenciamento de programas em saúde**. *Sinopse de Reumatologia*, 2005.

COOK, A. F.; ARORA, V. M.; RASINSKI, K. A.; CURLIN, F. A.; YOON, J. D. **The prevalence of medical student mistreatment and its association with burnout.** *Academic Medicine*, v. 89, n. 5, p. 749–754, 2015.

COOMARASAMY, A.; KHAN, K. S. **What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review.** *Bmj*, v. 329, n. 7473, p. 1017, 2004.

COOPER, N.; BARTLETT, M.; GAY, S.; et al. **Consensus statement on the content of clinical reasoning curricula in undergraduate medical education.** *Medical Teacher*, v. 43, n. 2, p. 152–159, 2021. Taylor & Francis. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1842343>>.

CORRÊA, M. E. S. H.; VENTURIM, R.; CECILIA, M.; DELATORRE, C.; TAKEDA, E. **Relação entre estudantes de medicina e pacientes.** Livro de Actas CIAIQ2019 vol.1, v. 1, p. 871–880, 2017.

COSTA, F. D. DA; AZEVEDO, R. C. S. DE. **Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo TT - Empathy, the physician-patient relationship, and medical training: a qualitative view.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, p. 261–269, 2010.

COSTA, M. C. G. DA; TONHOM, S. F. DA R.; FLEUR, L. N. **Ensino e Aprendizagem da Prática Profissional: Perspectiva de Estudantes de Medicina.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 2, p. 245–253, 2016.

COVINSKY, K. E.; FULLER, J. D.; YAFFE, K.; et al. **Communication and decision-making in seriously ill patients: findings of the SUPPORT project. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments.** *J Am Geriatr Soc*, v. 48, p. S187-93, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10809474>>.

CRAIG, S. R.; SCOTT, R.; BLACKWOOD, K. **Orienting to Medicine: Scripting Professionalism, Hierarchy, and Social Difference at the Start of Medical School.** *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 42, n. 3, p. 654–683, 2018. Springer US.

DANNER, M.; GEIGER, F.; WEHKAMP, K.; et al. **Making shared decision-making (SDM) a reality: protocol of a large-scale long-term SDM implementation programme at a Northern German University Hospital.** *BMJ open*, v. 10, n. 10, p. e037575, 2020.

DEIS, N.; KOCH, C.; DREIMÜLLER, N.; et al. **Development, implementation, and evaluation of a curriculum for medical students on conflicts of interest and communicating risk.** *GMS Journal for Medical Education*, v. 37, n. 1, p. 1–20, 2020.

DIXON-WOODS, M.; BAKER, R.; CHARLES, K.; DAWSON, J.; JERZEMBEK, G.; MARTIN, G.; MCCARTHY, I.; MCKEE, L.; MINION, J.; OZIERANSKI, P.; WILLIARS, J.; WILKIE, P.; WEST, M. **Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study.** *BMJ Qual Saf*, 06–15, 2013.

DURAND, M. A.; DIMILIA, P. R.; SONG, J.; YEN, R. W.; BARR, P. J. **Shared decision making embedded in the undergraduate medical curriculum: A scoping review.** *PLoS ONE*, v. 13, n. 11, p. 1–13, 2018.

EGNEW T.R. **Suffering, Meaning, and healing: Challenges of contemporary medicine.** *Annals of family medicine*, v. 7, n. 2, p. 170–175, 2009.

ELSTEIN, A. S. **On the origins and development of evidence-based medicine and medical decision making.** *Inflammation Research*, v. 53, n. SUPPL. 2, p. 184–189, 2004.

ELWYN, G.; EDWARDS, A.; WENSING, M.; et al. **Shared decision making: Developing the OPTION scale for measuring patient involvement.** *Quality and Safety in Health Care*, v. 12, n. 2, p. 93–99, 2003.

ELWYN, G.; FROSCH, D.; THOMSON, R.; et al. **Shared decision making: A model for clinical practice.** *Journal of General Internal Medicine*, v. 27, n. 10, p. 1361–1367, 2012.

ELWYN, G.; HUTCHINGS, H.; EDWARDS, A.; et al. **The OPTION scale: Measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks.** Health Expectations, v. 8, n. 1, p. 34–42, 2005.

FARIA, L.; DE OLIVEIRA-LIMA, J. A.; ALMEIDA-FILHO, N. **Evidence-based medicine: A brief historical analysis of conceptual landmarks and practical goals for care.** Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos, v. 28, n. 1, p. 59–78, 2021.

FERREIRA, B. J. **Inovações na formação médica: reflexos na organização do trabalho pedagógico,** Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, 2004.

FERREIRA, B. J. **As Políticas Indutoras e a Formação em Saúde.** In: BATISTA, N.A. (Org.). **Docência em Saúde.** 2ed. São Paulo: Senac, 2014, v. 1, p. 183-200.

FERREIRA, B. J.; BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. **O Processo de Ensino/Aprendizagem no Mestrado Profissional - MP- Norte: Análise de uma experiência,** Enseñanza de las Ciencias, 2013.

FERREIRA, B. J.; MENEZES, I. H. C. F.; COSTA, N. M. S. C. **Avaliação do Impacto dos Programas de Reorientação Profissional em Cursos da Área da Saúde.** <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20180162>, v. 43, p. 122-129, 2019.

FERREIRA, D.C.; SOUZA, I.D.; ASSIS, C.R.S; RIBEIRO, M.S. **A Experiência do Adoecer: uma Discussão sobre Saúde, Doença e Valores.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 38 (2), p. 283–288, 2014.

FLORES, M. N; FERREIRA, B.J. **Construção e Aplicação de escala do Tipo Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas.** Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde. Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, 2022.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas.** Cadernos de Saude Publica, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008.

- FRANCO, M. A. S. **Pedagogia da pesquisa-ação**. Educação e Pesquisa, 2005.
- FRANCO, R. S.; FRANCO, C. A. G. DOS S.; CUBAS, M. R. **Propostas pelas Diretrizes Curriculares Proposed for Curriculum Guidelines**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 38, n. 2, p. 221–230, 2014.
- FROSCH, D. L.; KAPLAN, R. M. **Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions**. American journal of preventive medicine, v. 17, n. 4, p. 285–294, 1999.
- GAFNI, A.; CHARLES, C.; WHELAN, T. **The physician-patient encounter: the physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model**. Soc Sci Med, v. 47, p. 347–354, 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9681904>>.
- GEIGER, F.; HACKE, C.; POTTHOFF, J.; et al. **The effect of a scalable online training module for shared decision making based on flawed video examples – a randomized controlled trial**. Patient Education and Counseling, , n. xxxx, 2020. Elsevier Ireland Ltd. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.033>>.
- GIGUERE, A. M. C.; LABRECQUE, M.; HAYNES, R. B.; et al. **Evidence summaries (decision boxes) to prepare clinicians for shared decision-making with patients: a mixed methods implementation study**. Implementation science : IS, v. 9, p. 144, 2014.
- GIRALDES IGLÉSIAS, A.; BOLLELA, V. R. **Integração curricular: um desafio para os cursos de graduação da área da Saúde**. Medicina (Brazil), v. 48, n. 3, p. 265–272, 2015.
- GIVRON, H.; DESSEILLES, M. **Longitudinal study: Impact of communication skills training and a traineeship on medical students' attitudes toward communication skills**. Patient Education and Counseling, v. 104, n. 4, p. 785–791, 2021.
- GLASSER, B.G.; STRAUSS, A.L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. New York: Aldine de Gruyter; 1967.

GOMES, L.; GOMES, C.; ALMEIDA, A. **Tomada de decisão Gerencial: um enfoque multicritério**. 2a ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GONZALEZ, R.F; BRANCO, R. **Reflexões sobre o processo ensino-aprendizagem da relação médico-paciente**. *Revisa Bioética*, v.

GOODARZI, H.; TEYMOURZADEH, E.; RAHIMI, S.; NASIRI, T. **Efficacy of active and passive evidence - based practice training for postgraduate medical residents : a non - randomized controlled trial**. *BioMed Central*, v.14, p. 1–5, 2021..

GRAY, A.; ENRIGHT, H. **Opening the black box: An observational study of teaching and learning interactions for paediatrics trainees on consultant ward rounds**. *Journal of Paediatrics and Child Health*, v. 54, n. 9, p. 1011–1015, 2018.

GRESSLER, L. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. São Paulo: Loyola, 2004.

GUSTIN, A. N. **Shared Decision-Making**. *Anesthesiology Clinics*, v. 37, n. 3, p. 573–580, 2019. Elsevier Inc. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.anclin.2019.05.001>>.

HAIDET, P.; KELLY, P. A.; CHOU, C. **Characterizing the patient-centeredness of hidden curricula in medical schools: Development and validation of a new measure**. *Academic Medicine*, v. 80, n. 1, p. 44–50, 2005.

HARGIE, O.; BOOHAN, M.; MCCOY, M.; MURPHY, P. **Current trends in communication skills training in UK schools of medicine**. *Medical Teacher*, v. 32, n. 5, p. 385–391, 2010.

HAUER, K. E.; FERNANDEZ, A.; TEHERANI, A.; BOSCARDIN, C. K.; SABA, G. W. **Assessment of medical students' shared decision-making in standardized patient encounters**. *Journal of General Internal Medicine*, v. 26, n. 4, p. 367–372, 2011.

HOFFMANN, T. C.; BENNETT, S.; TOMSETT, C.; DEL MAR, C. **Brief training of student clinicians in shared decision making: A single-blind randomized controlled trial.** *Journal of General Internal Medicine*, v. 29, n. 6, p. 844–849, 2014.

HOLMES, C. L.; HARRIS, I. B.; SCHWARTZ, A. J.; REGEHR, G. **Harnessing the hidden curriculum: a four-step approach to developing and reinforcing reflective competencies in medical clinical clerkship.** *Advances in Health Sciences Education*, v. 20, n. 5, p. 1355–1370, 2014.

HURLEY, E. A.; DOUMBIA, S.; KENNEDY, C. E.; et al. **Patient-centred attitudes among medical students in Mali, West Africa: a cross-sectional study.** *BMJ Open*, v. 8, n. 1, p. 1–9, 2018.

IBGE CIDADES: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/panorama>

IBGE: **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2018.** Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html?edicao=26413&t=downloads>

ILIC, D.; FORBES, K. **Undergraduate medical student perceptions and use of Evidence Based Medicine: A qualitative study.** *BMC Medical Education*, v. 10, n. 1, 2010.

JOHNSTON, S. C. **Anticipating and Training the Physician of the Future: The Importance of Caring in an Age of Artificial Intelligence.** *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, v. 93, n. 8, p. 1105–1106, 2018.

JUNIOR, A. DA S. M.; COSTA, A. F. DE O.; ARRUDA, M. **Medical education and the national curriculum guidelines : reality or utopia - systematic literary review.** *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 5, p. 50464–50477, 2021.

KÄLVEMARK, S.; HÖGLUND, A. T.; HANSSON, M. G.; WESTERHOLM, P.; ARNETZ, B. **Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system.** *Social Science and Medicine*, v. 58, n. 6, p. 1075–1084, 2004.

KAPER, M. S.; REIJNEVELD, S. A.; VAN ES, F. D.; et al. **Effectiveness of a comprehensive health literacy consultation skills training for undergraduate medical students: A randomized controlled trial.** International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 17, n. 1, p. 1–15, 2020.

KARA-JUNIOR, N. **Medicine based on evidences.** Revista Brasileira de Oftalmologia, v. 73, n. 1, p. 05–06, 2014.

KASUYA, R. T.; SAKAI, D. H. **Patient-centered medical education: has an educational paradigm finally found a name?** Hawai'i journal of medicine & public health : a journal of Asia Pacific Medicine & Public Health, v. 72, n. 2, p. 63–65, 2013.

KLEINMAN, A.M.; EISENBERG, L.; GOOD, B. **Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research.** Ann Intern Med. 88(2): 251–8, 1978.

KOON, S. **Important Considerations for Design and Implementation of Decision Aids for Shared Medical Decision Making.** The Permanente journal, v. 24, p. 1–5, 2020.

KRUPAT, E.; BELL, R.A.; KRAVITZ, R.L.; THOM, D.; AZARI, R. **When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust.** 50(12):1057-1062, 2001

KUSURKAR, R. A. **Autonomous motivation in medical education.** Medical Teacher, v. 41, n. 9, p. 1083–1084, 2019. Taylor & Francis.

LAFFIN, M. H. L. F. **Reciprocidade e acolhimento na educação de jovens e adultos: ações intencionais na relação com o saber.** Educar em Revista, , n. 29, p. 101–119, 2007.

LAINE, C.; DAVIDOFF, F. **Patient-centered medicine: a professional evolution.** JAMA, v. 275, n.2, p. 52-156, 1996

LAMPERT, J. **Dois Séculos de Escolas Médicas no Brasil e a Avaliação do Ensino Médico no Panorama Atual e Perspectivas.** Gaz. méd. Bahia, v. 78, n. 1, p. 31–37,



2008. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/255>>.

LANGBERG, E. M.; DYHR, L.; DAVIDSEN, A. S. **Development of the concept of patient-centredness – A systematic review**. *Patient Education and Counseling*, v. 102, n. 7, p. 1228–1236, 2019.

LAVOR, W.; ANDRADE, R. S.; MORENO, L. R.; LIMA, L. **Comunicação entre Trabalhadores de Saúde e Usuários no Cuidado à Criança Menor de Dois Anos no Contexto de uma Unidade de Saúde da Família**. *Interface*. v.19, n. 53, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0552>

LÉGARÉ, F.; STACEY, D.; KRYWORUCHKO, J.; et al. **Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals**. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, , n. 5, p. Art. No.: CD006732, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.bu.edu/doi/10.1002/14651858.CD006732.pub2/full>>.

LEYLAND, R.; HEATH, M.; NEVE, H.; MAYNARD, V. **Structured reflection on shared decision making**. *Clinical Teacher*, v. 18, n. 1, p. 55–61, 2021.

LIND, G. **Moral Regression in Medical Studentes and Their Learning Environment**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 24, n. 3, p. 24–33, 2000.

LISBOA, L.; LINS, L. **Código de ética do estudante de medicina: uma análise qualitativa**. *Revista Bioética*, v. 22, n. 1, p. 182–190, 2014.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. . **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACLEOD, A. **The hidden curriculum: Is it time to re-consider the concept?** *Medical Teacher*, v. 36, n. 6, p. 539–540, 2014.

MARCONI, M. & L. E. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 6 ed., São Paulo, 2007.

MARK, D. B.; WONG, J. B. **Tomada de decisiones en medicina clínica**. Principios de Medicina Interna de Harrison, 2012.

MARQUES DOS SANTOS, S. C.; BARBOSA B. L.; PICONE B, A, I. L.; et al. **A Empatia Como um dos Pilares da Humanização da Relação Médico-Paciente. Evolução de Três Anos do Projeto “Calouro Humano”**. Revista de Saúde, v. 11, n. 1, p. 49–54, 2020.

MARTORELLI, L.; PETIN, O.; HELENA, S.; BATISTA, S. **Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura**. Trab. educ. saúde, v. 14 (3), p. 925–951, 2016.

MATHIJSSSEN, E. G. E.; VAN DEN BEMT, B. J. F.; VAN DEN HOOGEN, F. H. J.; POPA, C. D.; VRIEZEKOLK, J. E. **Interventions to support shared decision making for medication therapy in long term conditions: A systematic review**. Patient Education and Counseling, v. 103, n. 2, p. 254–265, 2020. Elsevier Ireland Ltd. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.034>>.

MATTOS, R. **Cuidado prudente para uma vida descente**. In: Pinheiro R, Mattos R. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CESPESC/UERJ, ABRASCO; p 119-132, 2005.

MCGREGOR, C. A.; PATON, C.; THOMSON, C.; CHANDRATILAKE, M.; SCOTT, H. **Preparing medical students for clinical decision making: a pilot study exploring how students make decisions and the perceived impact of a clinical decision making teaching intervention**. Med Teach, v. 34, p.508-17, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22452752>>.

MCNAIR, R.; GRIFFITHS, L.; REID, K.; SLOAN, H. **Medical students developing confidence and patient centredness in diverse clinical settings: A longitudinal survey study**. BMC Medical Education, v. 16, n. 1, p. 1–8, 2016. BMC Medical Education. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12909-016-0689-y>>. .

MCWHINNEY, I. R. **Are we on the brink of a major transformation of clinical method?** CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne, v. 135, n. 8, p. 873–878, 1986.

MEAD, N.; BOWER, P. **Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature.** *Social Science and Medicine*, v. 51, n. 7, p. 1087–1110, 2000.

MEATS, E.; HENEGHAN, C.; CRILLY, M.; GLASZIOU, P. **Evidence-based medicine teaching in UK medical schools.** *Medical Teacher*, v. 31, n. 4, p. 332–337, 2009.

MENEZES, R. A. **Entre normas e práticas: tomada de decisões no processo saúde/doença TT - Norms and practices: decision making in health and disease.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1429–1449, 2011.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 8a ed. São Paulo, 2004.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 12a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

DE MIRANDA, C. S. N.; FREIRE, J. C. **A comunicação terapêutica na abordagem centrada na pessoa.** *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 64, n. 1, p. 78–94, 2012.

MISHRA, A. K.; MOHANDAS, R.; MANI, M. **Integration of Different Disciplines in Medicine: A Vertical Integrated Teaching Session for Undergraduate Medical Students.** *Journal of advances in medical education & professionalism*, v. 8, n. 4, p. 172–177, 2020.

MONTEIRO, R. B. **Educação permanente em saúde e as diretrizes curriculares nacionais para educação das relações étnico-raciais e para ensino de história e cultura afro-Brasileira e Africana.** *Saude e Sociedade*, v. 25, n. 3, p. 524–534, 2016.

MORAES, S. G.; JUSTINO, M. L.; FERREIRA, B. J.; et al. **Development and Validation of Strategy to Assess Teaching Methods.** Nova Science Publishers, Inc., 2012.

MOREAU, A.; CAROL, L.; DEDIANNE, M. C.; et al. **What perceptions do patients have of decision making (DM)? Toward an integrative patient-centered care**

**model. A qualitative study using focus-group interviews.** *Patient Education and Counseling*, v. 87, n. 2, p. 206–211, 2012.

MORROW, C. E.; REED, V. A.; ELIASSEN, M. S. **Skill acquisition for year iii medical students.** *Family Medicine*, v. 43, n. 10, p. 721–725, 2011.

MULLEY, A. G.; TRIMBLE, C.; ELWYN, G. **Stop the silent misdiagnosis: Patients' preferences matter.** *BMJ (Online)*, v. 345, n. 7883, p. 6–11, 2012.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.** Washington, DC: National Academies Press, 2001.

NEUFELD, A.; MALIN, G. **How medical students' perceptions of instructor autonomy-support mediate their motivation and psychological well-being.** *Medical Teacher*, v. 42, n. 6, p. 650–656, 2020. Taylor & Francis.

NICHOLAS, B. **Power and the teaching of medical ethics.** *Journal of Medical Ethics*, v. 25, n. 6, p. 507–513, 1999.

OBERHELMAN, S.; BOSWELL, C.; JENSEN, T.; et al. **Student experiences and satisfaction with a novel clerkship patient scheduling.** *Medical Education Online*, v. 25, n. 1, p. 1–5, 2020. Taylor & Francis. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/10872981.2020.1742963>>.

O'CONNOR, A. M.; LÉGARÉ, F.; STACEY, D. **Risk communication in practice: the contribution of decision aids.** *BMJ : British Medical Journal*, v. 327, n. 7417, p. 736–740, 2003.

O'CONNOR, A.; STACEY, D.; LÉGARÉ, F.; SANTESSO, N. **Knowledge Translation for Patients: Methods to Support Patients' Participation in Decision making about Preference-Sensitive Treatment Options in Rheumatology.** Evidence Base Rheumatology. 1st ed, 2009. Oxford, UK: British Medical Journal.

OERLEMANS, A. J. M.; KNIPPENBERG, M. L.; OLTHUIS, G. J. **Learning shared decision-making in clinical practice.** *Patient Education and Counseling*, v. 104, n.

5, p. 1206–1212, 2021. Elsevier Ireland Ltd. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.09.034>>.

OLIVEIRA, D. **Sistemas de informações gerenciais: estratégias, táticas operacionais**. 9a ed. São Paulo: Atlas, 2004.

OLIVEIRA, M. C. DA C.; AUSTRILINO, L.; RISCADO, J. L. DE S. **Análise curricular do curso de medicina na perspectiva da saúde da população negra**. *Investigação Qualitativa em Educação: Avanços e Desafios*, v. 7, p. 341–349, 2021.

DE OLIVEIRA, S. S.; POSTAL, E. A.; AFONSO, D. H. **As Escolas Médicas e os desafios da formação médica diante da epidemia brasileira da COVID-19: das (in)certezas acadêmicas ao compromisso social**. *Aps Em Revista*, v. 2, n. 1, p. 56–60, 2020.

ONG, C. C. P.; DODDS, A.; NESTEL, D. **Beliefs and values about intra-operative teaching and learning: a case study of surgical teachers and trainees**. *Advances in Health Sciences Education*, v. 21, n. 3, p. 587–607, 2016. Springer Netherlands.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. **The Flexner Report: for Good and for Bad**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PAREKH, R.; JONES, M. M.; SINGH, S.; et al. **Medical students' experience of the hidden curriculum around primary care careers: A qualitative exploration of reflective diaries**. *BMJ Open*, v. 11, n. 7, 2021.

PEREIRA, C.M.A.S. **Atitudes dos estudantes de medicina a respeito da relação médico paciente**. 2017. 88 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017. <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.te.2017.2> (<http://dx.doi.org/10.14393/ufu.te.2017.2>)

PEREIRA, C. M. A. S.; BERNARDES, F. M.; MINARI, A. G.; SILVA, C. H. M. DA; PARO, H. B. M. DA S. **Innovations in Curriculum Designs Do Not Guarantee Students' Patient-Centered Attitudes** Running Title: **Curricula and Patient-Centered Attitudes**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 4, p. 167–175, 2019.

PETITTI, D. **Meta-analysis, decision analysis and cost-effectiveness analysis. Methods for quantitative synthesis in Medicine**. 2nd ed. Oxford, UK: Oxford University Press, 2000.

PIMENTEL, A. **O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica**. Cadernos de Pesquisa, n. 114, p. 179–195, 2001.

PINHEIRO, A.; NAKAZONE, M. A.; LEAL, F. S.; et al. **Medical students' knowledge about end-of-life decision-making TT - Conhecimento de estudantes de medicina sobre tomada de decisão no fim da vida**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 35, p. 171–176, 2011.

PNUD Brasil. **Ranking IDHM Municípios 2010. Fonte: Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013**. Disponível em <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios> 2010.html 2010.html

RATANAWONGSA, N.; TEHERANI, A.; HAUER, K. E. **Third-year medical students' experiences with dying patients during the internal medicine clerkship: A qualitative study of the informal curriculum**. Academic Medicine, v. 80, n. 7, p. 641–647, 2005.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. **Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 32, n. 1, p. 90–97, 2008.

DEL RÍO-LANZA, A. B.; SUÁREZ-ÁLVAREZ, L.; SUÁREZ-VÁZQUEZ, A.; VÁZQUEZ-CASIELLES, R. **Information provision and attentive listening as determinants of patient perceptions of shared decision-making around chronic illnesses**. SpringerPlus, v. 5, n. 1, p. 1–10, 2016.

RITZ, M. C. **Qualidade de Vida no Trabalho: Construindo, Medindo e Validando uma Pesquisa**. UNICAMP, Campinas-SP: Instituto de Matemática, Estatística e Computação Científica (IMECC), 2000.

ROCHA, B. V.; GAZIM, C. C.; PASETTO, C. V.; JC, S. **Relação Médico-Paciente**. Revista do Médico Residente, v.11, n.2, p. 111-118, 2011

RODRIGUES, A. A. ; FERREIRA, B. J. **Aspectos constitutivos da construção de Escala tipo Likert para a avaliação das competências assistenciais na formação de técnicos em enfermagem em cenários de prática**. Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais, v. 2, p. 3-4, 2019.

ROSEWILLIAM, S.; INDRAMOHAN, V.; BREAKWELL, R.; LIEW, B. X. W.; SKELTON, J. **Patient-centred orientation of students from different healthcare disciplines, their understanding of the concept and factors influencing their development as patient-centred professionals: a mixed methods study**. BMC Medical Education, v. 19, n. 1, p. 1–14, 2019.

SALEHI, P. P.; JACOBS, D.; SUHAIL-SINDHU, T.; et al. **Consequences of Medical Hierarchy on Medical Students, Residents, and Medical Education in Otolaryngology**. Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States), v. 163, n. 5, p. 906–914, 2020.

SANTOS, E.G; SIQUEIRA, M.M. **Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009**. J Bras Psiquiatr. v. 59, n.3, p. 238-246, 2010.

SANTOS V.H.; FERREIRA, J. H.; CASSIANO, G.; ALVES, A. **Revisão Currículo oculto , educação médica e profissionalismo : uma revisão integrativa**. Interface (Botucatu), v.24, p. 1–17, 2020.

SCHELLER, M.; KRIPKA, R. M. L.; BONOTTO, D. DE L. **Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização**. Revista de investigaciones UNAD, , n. 14, julio-diciembre, p. 55–73, 2015. Disponível em: <<http://orcid.org/0000-0002-7774-2251>>.

SCHIMIDT, M. J. **Understanding and Using Statistics Basic Concepts**. Massachusetts, USA:D.C.: Heath and Company, 1975.

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. **A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde.** Saúde em Debate, v. 42, n. 118, p. 594–605, 2018.

SCHUT, S.; DRIESSEN, E. **Setting decision-making criteria: is medical education ready for shared decision making?** Medical Education, v. 53, n. 4, p. 324–326, 2019.

SCHWARTZ, A. **Medical decision making and medical education: challenges and opportunities.** Perspectives in Biology and Medicine. v.54, n.1, p. 68-74, 2010.

SCHWARTZSTEIN, R. M.; DIENSTAG, J. L.; KING, R. W.; et al. **The Harvard Medical School Pathways Curriculum: Reimagining Developmentally Appropriate Medical Education for Contemporary Learners.** Academic Medicine, v. 95, n. 11, p. 1687–1695, 2020.

SCHWENK, T. L.; ROMANO, S. E. **Managing the difficult physician-patient relationship.** Am Fam Physician, v. 46, p. 1503–1509, 1992. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1442468>>.

SILVA, A. L. **Ensino médico na graduação, faculdade futurista (pós-moderna; contemporânea).** Revista Médica de Minas Gerais, v. 22, n. 4, p. 442–446, 2012.

DA SILVA, F. A.; COSTA, N. M. DA S. C.; LAMPERT, J. B.; ALVES, R. **Teachers' role in strengthening teaching-service-community integration policies: The context of Brazilian medical schools.** Interface: Communication, Health, Education, v. 22, p. 1411–1423, 2018.

SILVA, G. A. M. **O processo de tomada de decisão na prática clínica: a medicina como estado da arte.** Revista Brasileira de Clínica Médica, v.11, n.1, p. 75-9, 2013.

SILVA, H. R.; FERREIRA, B. J.; MORENO, L. R. **O Processo de Formação Profissional nos Semi-internatos: a percepção do acadêmico de enfermagem da Universidade Federal do Pará- Brasil.** Enseñanza de las Ciencias, 2013.



DA SILVA, R. P.; BARCELOS, A. C.; HIRANO, B. Q. L.; et al. **The experience of PET-Health students with indigenous health and the more doctors program.** *Interface: Communication, Health, Education*, v. 19, n. c, p. 1005–1014, 2015.

SINGH OSPINA, N.; TOLOZA, F. J. K.; BARRERA, F.; et al. **Educational programs to teach shared decision making to medical trainees: A systematic review.** *Patient Education and Counseling*. 2020. Elsevier Ireland Ltd. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.12.016>>.

SMITH, N. F.; STREET, D. J. **The use of balanced incomplete block designs in designing randomized response surveys.** *Australian and New Zealand Journal of Statistics*, v. 45, n. 2, p. 181–194, 2003.

SOLTANI, A.; MAFINEJAD, M. K.; TAJIK, M.; et al. **Effects of a curriculum integrating critical thinking on medical students' critical thinking ability in Iran: A quasi-experimental study.** *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, v. 18, p. 1–6, 2021.

SOUZA, S. V.; FERREIRA, B.J. **Preceptoria: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde.** *ABCS HEALTH SCIENCES*, v. 44, p. 15-21, 2019.

STALNIKOWICZ, R.; BREZIS, M. **Meaningful shared decision-making: complex process demanding cognitive and emotional skills.** *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. February 2019, p. 1–8, 2020.

STEWART, M.; BROWN, J.B.; WESTON, W.W.; McWHINNEY, I.R; McWILLIAM, C.L.; FREEMAN, T.R. **Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o método clínico.** 3ª ed. Porto Alegre. Arned, 2017. e-PUB.

STIGGELBOUT, A. M.; ELSTEIN, A. S.; MOLEWIJK, B.; OTTEN, W.; KIEVIT, J. **Clinical ethical dilemmas: Convergent and divergent views of two scholarly communities.** *Journal of Medical Ethics*, v. 32, n. 7, p. 381–388, 2006.

STIGGELBOUT, A. M.; PIETERSE, A. H.; DE HAES, J. C. J. M. **Shared decision making: Concepts, evidence, and practice.** Patient Education and Counseling, v. 98, n. 10, 2015.

TARDIN, J. R.; ALELUIA, I. **Influência dos currículos (formal e oculto) na formação da identidade profissional dos estudantes de medicina.** International Journal of Health Education, v. 4, n. 1, p. 32–41, 2020.

THIRY-CHERQUES, H.R. **Pierre Bordieu: a teoria na prática.** Revista de Administração Pública, n. 40, p. 27-56, 2006a

THOMASMA, D. C. **Beyond medical paternalism and patient autonomy: A model of physician conscience for the physician-patient relationship.** Annals of Internal Medicine, v. 98, n. 2, p. 243–248, 1983.

TOWLE, A. **Shifting the culture of continuing medical education: what needs to happen and why is it so difficult?** The Journal of continuing education in the health professions, v. 20, n. 4, p. 208–218, 2000.

TOWLE, A.; GODOLPHIN, W.; GRAMS, G.; LAMARRE, A. **Putting informed and shared decision making into practice.** Health Expectations, v. 9, n. 4, p. 321–332, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlantas, 1990.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins.** 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2016 – 2020.** 2016.

VERMEIRE, E.; HEARNshaw, H.; VAN ROYEN, P.; DENEKENS, J. **Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review.** J Clin Pharm Ther, v. 26, n. 5, p. 331–342, 2001. Disponível em

<[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=11679023](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11679023)>.

WASCHWILL, A.; BITTNER, A.; HARENDZA, S. **Assessment of medical students' shared decision-making skills in simulated physician-patient encounters.** Patient Education and Counseling, 2019. Elsevier Ireland Ltd. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.09.013>>.

WENBERG, J. E.; FISHER, E. S.; SKINNER, J. S. **Geography and the debate over Medicare reform.** Health Aff (Millwood), v. Suppl Web, p. W96-114, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12703563>>.

WILCOX, M. V.; ORLANDO, M. S.; RAND, C. S.; et al. **Medical students' perceptions of the patient-centredness of the learning environment.** Perspectives on Medical Education, v. 6, n. 1, p. 44–50, 2017.

WOLOSHIN, S.; SCHWARTZ, L. M.; MONCUR, M.; GABRIEL, S.; TOSTESON, A. N. **Assessing values for health: numeracy matters.** Med Decis Making, v. 21, p. 382–390, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11575488>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice.** 2010. Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization. Basic Documents.** 45<sup>a</sup> ed. Genebra; 2006. [citado em 2016 jul. 25]. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/whoconstitutionen.pdf>. p.1

XU, R. H.; ZHOU, L.; WONG, E. L. Y.; et al. **A best-worst scaling survey of medical students' perspective on implementing shared decision-making in China.** BMC Medical Education, v. 20, n. 1, p. 1–12, 2020. BMC Medical Education.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010

ZACHARIAE, R.; O'CONNOR, M.; LASSESEN, B.; et al. **The self-efficacy in patient-centeredness questionnaire - a new measure of medical student and physician**

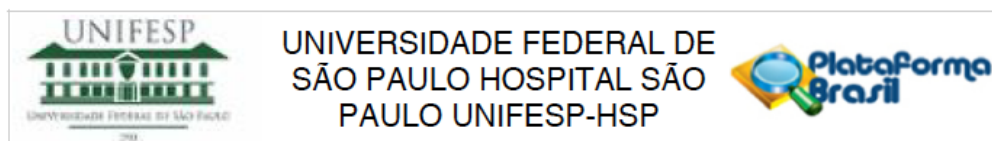
**confidence in exhibiting patient-centered behaviors.** BMC Medical Education, v. 15, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12909-015-0427-x>>.

ZARPELON, L. F. B.; TERCENIO, M. L.; BATISTA, N. A. **Education-service integration in the context of brazilian medical schools: An integrative review.** Ciencia e Saude Coletiva, v. 23, n. 12, p. 4241–4248, 2018.

ZOPPI, K. **Interviewing as Clinical Conversation.** In: M. M; Fields (Orgs.); **A Introduction to Clinical Skills - A Patient - Centered Textbook.** New York: Plenum Medical Book Company. p.41–58, 1997.



## ANEXO 1 – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Tomada de Decisão e Decisão Compartilhada em Reumatologia no Internato de Clínica Médica do Curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins

**Pesquisador:** Paulo Geovanny Pedreira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 50662215.4.0000.5505

**Instituição Proponente:** Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.347.286

## Apresentação do Projeto:

CEP/UNIFESP: 1379/2015

Tomada de decisão (TD) na prática médica se caracteriza por uma mecânica aplicada pelo profissional de modo a resolver um problema com base no seu conhecimento prático e teórico. Aspectos como afetividade, parceria na construção do conhecimento, estímulo à criatividade e ao exercício da tomada de decisão, tem norteado de forma mais contemporânea o desenvolvimento da educação médica no Brasil. Decisão compartilhada (DC) é a colaboração entre o prestador de cuidados de saúde e o paciente, através das habilidades de comunicação e troca de informações, para chegar a um acordo sobre uma decisão relativa ao tratamento e aos cuidados de sua saúde. Mesmo com os avanços em educação médica na última década, observamos que o processo de TD e DC na prática clínica e o pensamento médico têm sido pouco discutidos e valorizados no ensino médico nas universidades. Considerando as peculiaridades das doenças reumáticas, faz-se necessário avaliar a pertinência da TD e DC no manejo dessas doenças. As decisões em reumatologia se caracterizam, em sua maioria, por não terem uma resposta clara e definitiva porque a relação risco/benefício nem sempre é conhecida ou as decisões dependem das preferências sobre os potenciais riscos e benefícios.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO HOSPITAL SÃO  
PAULO UNIFESP-HSP



Continuação do Parecer: 1.347.286

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	03/11/2015 16:03:44	Paulo Geovanny Pedreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.pdf	08/09/2015 11:23:12	Paulo Geovanny Pedreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_td_dc.pdf	08/09/2015 11:21:15	Paulo Geovanny Pedreira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 02 de Dezembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Miguel Roberto Jorge**  
**(Coordenador)**

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com

**ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****Tomada de Decisão e Decisão Compartilhada no Internato de Clínica Médica do Curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins****Termo de consentimento livre e esclarecido**

Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária nesse estudo, que tem por objetivos: desenvolver e avaliar tomada de decisões como instrumento de apoio ao interno de medicina para expor as consequências de uma decisão clínica ao paciente; desenvolver e avaliar tomada de decisões como instrumento de apoio ao interno de medicina em conjunto com o preceptor para expor as consequências de uma decisão clínica ao paciente; avaliar as preferências de pacientes quanto a tomada de decisão, avaliar o impacto dos parâmetros clínicos, socioeconômicos e de qualidade de vida sobre as decisões dos cenários estudados.

Todos os participantes responderão a questionários e participarão de uma entrevista em grupo e/ou uma entrevista individual.

**ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO:** Você tem o direito de não participar deste estudo. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil.

**PROCEDIMENTO DO ESTUDO:** Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista em grupo e/ou de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

**GRAVAÇÃO EM ÁUDIO:** Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As fitas serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As fitas serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

**RISCOS:** Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim



you can choose not to answer any questions that make you feel uncomfortable.

**BENEFÍCIOS:** Sua entrevista ajudará à estrutura curricular de escolas médicas, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

**CONFIDENCIALIDADE:** Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

**DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES:** Esta pesquisa está sendo realizada nas dependências do campus da Universidade Federal do Tocantins, Hospital Geral Público de Palmas – TO, unidades de saúde da família da prefeitura de Palmas-TO e nas unidades de especialidades médicas da prefeitura de Palmas-TO.

Não será feito nenhum procedimento, exames de laboratório e de imagem, ou exame invasivo. Este estudo não trará nenhum desconforto ou risco para você. Em qualquer parte do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de alguma dúvida. O principal investigador é o Professor médico Paulo Geovanny Pedreira, que pode ser encontrado no endereço: Av: NS 15 ALC NO 14, 109 Norte. Campus Universitário de Palmas CEP: 77001-090 Palmas –TO. Telefone: (63) 3232-8158. Email: [pedreira@uft.edu.br](mailto:pedreira@uft.edu.br)

Você terá liberdade para a retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. Em caso de ser paciente, não haverá prejuízo ao seu atendimento. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes e médicos que foram entrevistados, não sendo divulgada a sua identificação. Você terá o direito de saber todos os resultados deste estudo. Não haverá quaisquer despesas para você, nem receberá qualquer compensação por participar deste trabalho.

Eu, Paulo Geovanny Pedreira, comprometo-me em utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: Tomada de Decisão e Decisão

Compartilhada no Internato de Clínica Médica de Medicina da Universidade Federal do Tocantins.

Eu discuti com o Professor médico Paulo Geovanny Pedreira sobre a decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos deste trabalho os questionários a serem respondidos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido no meu atendimento neste Serviço.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação neste estudo.

Paulo Geovanny Pedreira

Responsável pelo estudo

Palmas, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_

Caso haja dúvida quanto à ética do estudo, procurar Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp - Rua Botucatu, 572 - 1º andar - cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 - E-mail: cepunifesp@unifesp.br

**APÊNDICE A – Instrumento Atitudinal Tipo Likert****INSTRUMENTO ATITUDINAL TIPO LIKERT**

Estudante: \_\_\_\_\_

Telefone de contato: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO DO INSTRUMENTO:** Analisar a formação em Tomada de Decisão - TD e Decisão Compartilhada - DC no internato de clínica médica do Curso de Medicina da UFT.

Note que não existe resposta certa e errada. **O importante é conhecer a sua percepção relativa ao assunto, apontada em cada asserção desse Instrumento de Percepção.**

Sua resposta é **de enorme importância** para este estudo e para a qualificação médica de nossa Universidade e por isso agradecemos muito a sua participação! Ressaltamos que **todas as informações são anônimas e sigilosas** conforme declarado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**INSTRUÇÕES**

Preencher **todos os itens de identificação**, que são fundamentais para o trabalho. Favor ler cuidadosamente cada asserção e **escolher apenas uma alternativa de resposta** que deve ser aquela que mais represente a sua opinião. É necessário que **TODAS AS ASSERÇÕES SEJAM RESPONDIDAS**.

As opções são:

CONCORDO PLENAMENTE: Você concorda totalmente com a asserção.

INCLINADO A CONCORDAR: Você tende a concordar com a asserção

INCLINADO A DISCORDAR: Você tende a discordar da asserção.

DISCORDO PLENAMENTE: Você discorda totalmente da asserção.

**Sua opinião é muito importante para nós.**

**Muito Obrigado!**

Ao final deste instrumento disponibilizamos um espaço em branco para a manifestação de outras questões que você queira compartilhar.

Agradecemos sua opinião!

**Idade em anos:** |\_|\_|

**Sexo:** |\_| Masculino |\_| Feminino

**Disciplina em curso:** |\_| Saúde do Adulto II |\_| Internato Médico

**Ano de ingresso na graduação:** \_\_\_\_\_

**Ano de conclusão da graduação** \_\_\_\_\_

1. Durante as disciplinas clínicas do curso de medicina antes do ingresso no internato, pude aprender com o meu professor sobre a importância do esclarecimento ao paciente sobre os conhecimentos relevantes quanto aos riscos e benefícios da Tomada de Decisão - TD e Decisão Compartilhada - DC

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

2. Durante as disciplinas clínicas do curso antes do ingresso no internato, fiquei frustrado por não construir e compartilhar com, meu professor e paciente, as TD clínicas desenvolvidas no atendimento.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

3. Eu sei o que é uma TD e DC dentro de um currículo de medicina.

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

4. O conhecimento do paciente baseado em leituras de jornais e revistas populares ou sites da internet foi levado em consideração para a TD na consulta médica.

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

5. Durante o módulo de reumatologia na Saúde do Adulto II, pude observar e participar com meu professor, do esclarecimento ao paciente, sobre conhecimentos relevantes quanto as riscos e benefícios da TD e DC.

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

6. Durante o módulo de reumatologia na saúde do adulto II fiquei frustrado por não construir e compartilhar com meu professor e paciente as TD clínicas desenvolvidas no atendimento.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

7. Eu sei que TD faz parte das novas diretrizes curriculares de um curso de medicina

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

8. Durante as disciplinas clínicas antes do ingresso no internato, pude aprender que o meu professor e o paciente realizaram, analisaram as evidências disponíveis para uma determinada questão clínica, incluindo as opções e consequências, incorporando as preferências dos pacientes para os desfechos das consultas.

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

9. A adoção da medicina baseada em evidência foi um fator importante na construção da DC do meu professor e seus alunos.

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

10. Como aluno das disciplinas clínicas do curso antes do ingresso no internato, reconheço minha falta de conhecimento teórico e falta de destreza na semiotécnica, o que dificultaram a minha participação nas TD e DC.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

11. No curso de medicina da UFT são abordados temas referentes a TD e DC.

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

12. Durante o módulo de reumatologia na Saúde do Adulto II, pude aprender que o meu professor e o paciente realizaram, analisaram as evidências disponíveis para uma determinada questão clínica, incluindo as opções e consequências, incorporando as preferências dos pacientes para os desfechos das consultas.

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

13. Durante o período da graduação antes do ingresso no internato, o meu professor usou de linguagem compreensível e direcionada aos pontos-chaves da TD junto ao meu paciente

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

14. Como aluno no módulo de reumatologia na Saúde do Adulto II reconheço minha falta de conhecimento teórico e falta de destreza na semiótica, o que dificultaram a minha participação em TD e DC.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

15. A abordagem teórica e prática sobre TC e DC não foram vistas nas minhas práticas realizadas durante as disciplinas clínicas do curso de medicina antes do ingresso no internato.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

16. Durante o internato de clínica médica, pude aprender que o meu preceptor e o paciente realizaram, analisaram as evidências disponíveis para uma determinada questão clínica, incluindo as opções e consequências, incorporando as preferências dos pacientes para os desfechos das consultas.

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

17. Em situações com baixo risco de dano à saúde do paciente o meu preceptor realizou DC com baixo embasamento em evidências médicas.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

18. Como aluno das disciplinas clínicas do curso antes do ingresso no internato reconheci que apresentei receio na minha participação nas TD e DC devido a pouca autonomia dada por meu professor.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

19. Eu tive formação em medicina baseada em evidências na graduação como condição para TD e DC.

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------



20. Durante o rodízio de reumatologia no internato de clínica médica, pude aprender que o meu preceptor e o paciente realizaram, analisaram as evidências disponíveis para uma determinada questão clínica, incluindo as opções e consequências, incorporando as preferências dos pacientes para os desfechos das consultas.

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

21. Em situações com alto risco de dano à saúde do paciente, o meu preceptor realizou DC com baixo embasamento em evidências médicas.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

22. Durante minha formação foi ensinado como relatar o diagnóstico e as possibilidades terapêuticas aos pacientes, bem como a aceitação do médico quanto as escolhas dos mesmos.

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

23. O grau de instrução do paciente interferiu na TD e DC durante a consulta médica.

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

24. Em situações com baixo risco de dano à saúde do paciente, o meu preceptor realizou DC com alto embasamento em evidências médicas.

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

25. Como aluno no módulo de reumatologia na Saúde do Adulto II reconheci que apresentei receio na minha participação nas TD e DC em função da pouca autonomia dada por meu professor.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

26. Eu conheço o artigo 31 do Cap. V do Código de Ética médica (CEM, 2010) no qual o médico tem o dever de respeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

27. Eu acredito que na assistência em saúde por meio da relação médico/paciente/familiares só o médico possui os dados e os conhecimentos referentes ao problemas que afligem os pacientes.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

28. A TD e DC podem ser realizadas à beira do leito à partir da comunicação do médico com o seu paciente baseada em riscos e benefícios de modo claro, conciso e considerando as reais probabilidades de ocorrerem os desfechos, utilizando uma linguagem apropriada ao seu nível cultural e sua experiência pessoal.

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

29. O trabalho interprofissional interfere positivamente na TD e DC.			
(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente

30. Eu conheço o artigo 32 do Cap. V do Código de Ética Médica (CEM, 2010) no qual o médico deve usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.			
(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente

31. O paciente tem condições de realizar decisão compartilhada a partir da comunicação das hipóteses clínicas, do diagnóstico, do prognóstico e das opções terapêuticas fornecidas pelo médico.			
(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente

32. O uso da internet na prática clínica pode ser aplicado no diagnóstico, planejamento terapêutico e prognóstico, e pode ser uma ferramenta de apoio de decisão.			
---	--	--	--

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

33. Na minha formação os pacientes atendidos pelos meus professores e preceptores efetuaram questionamentos acerca das prescrições e indicações médicas, fundamentando-se em jornais e revistas populares ou sites da internet

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

34. Como interno pude observar que em situações de incerteza, advindas da necessidade de exames complementares, o meu professor não realizou TD e DC esperando os resultados para fazê-la..

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

35. Eu conheço o artigo 34 do Cap. V do Código de Ética Médica (CEM, 2010) no qual o médico deve informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

36. Nos atendimentos médicos que participei, o paciente ficou satisfeito com a decisão do médico, sem realizar DC, mostrando-se um sujeito passivo nesta ação.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

37. Como interno verifiquei quando as TD eram realizadas apenas pelo médico, o paciente compreendia melhor o desfecho da consulta.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

38. Com frequencia na minha formação os meus professores apenas comunicavam suas decisões aos pacientes, sem discuti-las e compartilhar.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

39. Nos atendimentos médicos que participei, o médico tomou a decisão sem levar em consideração o aspecto emocional do paciente.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

40. Como interno acredito que a TD e DC mostram que nenhum profissional de saúde é detentor absoluto do saber.

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

41. Na minha formação o meu professor informou ao doente o diagnóstico e as condutas indicadas, mas a decisão coube exclusivamente ao paciente evidenciando a falta de DC.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

42. Nos atendimentos médicos que participei, o médico tomou a decisão sem levar em consideração o aspecto econômico do paciente.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

43. Como interno acredito que a TD e DC geram insegurança ao paciente pois ele espera que só o médico seja detentor absoluto do saber.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

44. Na minha formação o meu professor deliberou as decisões clínicas decorrentes de um diálogo entre ele e o paciente e, por vezes, também com algum familiar, compartilhando a TD.

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

45. Nos atendimentos médicos que participei, o médico tomou a decisão sem levar em consideração o conhecimento do paciente sobre a sua própria doença.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

46. Na minha graduação o meu professor apresentou as questões ao paciente, expôs os riscos, contudo o paciente só acatou a decisão do meu professor não a discutindo (consentimento informado).

(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

47. O médico deve reconhecer o nível de escolaridade do paciente para realizar TD e DC de forma adequada.

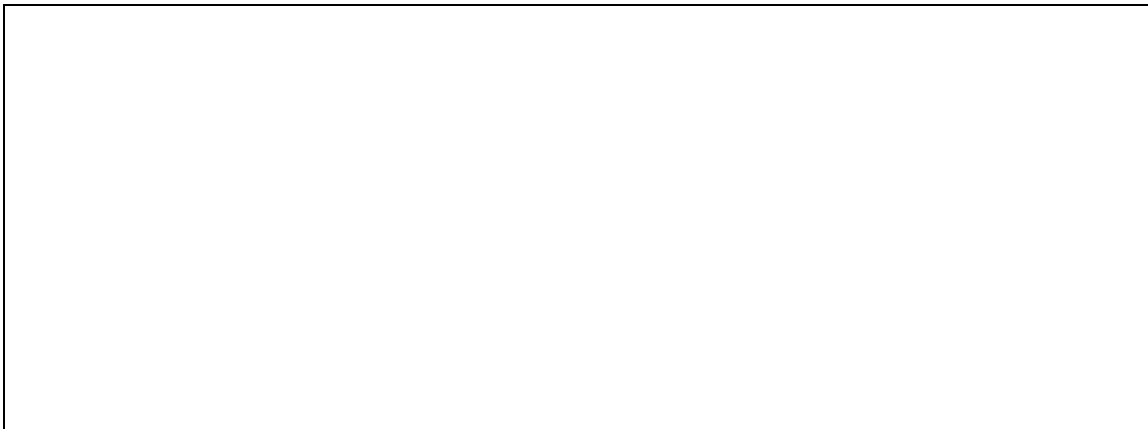
(4) Concordo Plenamente	(3) Inclinado a Concordar	(2) Inclinado a Discordar	(1) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

48. O baixo nível de escolaridade do paciente dificulta, mas não impede, a TD e DC.

(1) Concordo Plenamente	(2) Inclinado a Concordar	(3) Inclinado a Discordar	(4) Discordo Plenamente
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

### Espaço livre

--



**APÊNDICE B – Quadro análise documental**



<b>Unidade de Contexto (UC)</b>	<b>Unidade de Registro (UR)</b>	<b>de Categorias</b> • <i>subcategorias</i>
<p>UC1</p> <p>A Fundação Universidade Federal do Tocantins tem como metas: [...] prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade; [...].</p>	<p>UR1</p> <p>A UFT tem como meta [...] prestar serviços [...] à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade.</p>	<p><b>Compromisso da formação com estabelecimento de reciprocidade na relação com o indivíduo/sociedade.</b></p>
<p>UC2</p> <p>A Coordenação do Curso de Medicina fará [...] articulação intersetorial com segmentos externos à UFT, viabilizando a integração academia-sociedade, especialmente a integração ensino-serviços de saúde.</p>	<p>UR2</p> <p>A Coordenação do Curso de Medicina (viabilizará) a integração academia-sociedade, especialmente a integração ensino-serviços de saúde.</p>	<p><b>Compromisso com a formação baseada na integração academia-sociedade.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Formação acadêmica com vistas a viabilização da integração do ensino com os serviços de saúde.</i></li> </ul>
<p>UC3</p> <p>A formação médica deve ser referenciada [...] no desenvolvimento de condições de atendimento de acordo com as necessidades de saúde da população, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na</p>	<p>UR3</p> <p>Formação médica referenciada no[...] desenvolvimento de condições de atendimento de acordo com as necessidades de saúde da população [...]</p> <p>UR4</p> <p>Formação médica visando[...]</p>	<p><b>Formação médica baseada em atendimentos focados nas necessidades de saúde da população.</b></p> <p><b>Formação médica comprometida com o</b></p>

formulação de políticas e cuidados em saúde.	redimensionar o desenvolvimento da autonomia das pessoas [...]	<b>desenvolvimento e valorização da autonomia das pessoas.</b>
UC4 Forma[ção] de profissionais com perfil [para] reconhecimento e a valorização de todos os agentes envolvidos na produção de saúde, a intersectorialidade e o controle social [...].	UR5 Forma[ção] de profissionais com perfil [para] reconhecimento e a valorização de todos os agentes envolvidos na produção de saúde, a intersectorialidade e o controle social [...].	<b>Formação médica comprometida com o desenvolvimento e valorização da autonomia das pessoas.</b>
UC5 [...] transformação do Hospital Geral de Palmas como Hospital de Ensino e uma referência de saúde para o aprendizado prático do aluno, integrando ensino e serviço, sendo um ambiente propício às relações multidisciplinares, permitindo uma visão global, integrada e integradora da saúde e de seus atores.	UR6 [...] Hospital Geral de Palmas [...] sendo um ambiente [que permita] visão integrada e integradora da saúde e de seus atores.	<b>Compromisso da formação profissionais comprometidos com atenção integral à saúde.</b> <b>Formação médica comprometida com o desenvolvimento e valorização da autonomia das pessoas.</b>
UC6 [...]faz-se necessária a criação de cursos de	UR7 Criação de cursos de saúde que visem[...]	<b>Compromisso da formação profissionais</b>

<p>saúde que visem à formação de profissionais comprometidos com o sistema de saúde, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde, assegurado pela organização de serviços e pela qualidade e humanização no atendimento, capacitados para enfrentar a realidade da região norte e identificados com a pluralidade dos interesses e necessidades da população.</p>	<p>formação de profissionais comprometidos com o sistema de saúde, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde [...] UR8</p> <p>Criação de cursos de saúde que visem [...] (formação de profissionais comprometidos com) qualidade e humanização no atendimento [...]</p>	<p><b>comprometidos com atenção integral à saúde.</b></p> <p><b>Compromisso da formação com qualidade e humanização no atendimento.</b></p>
<p>UC7</p>	<p>UR9</p> <p>Criação de cursos de saúde que visem [...] [formação de profissionais comprometidos com] a pluralidade dos interesses e necessidades da população.</p>	<p><b>Formação médica baseada em atendimentos focados nas necessidades de saúde da população.</b></p>
<p>UC7</p>	<p>UR10</p>	<p><b>Compromisso da formação com qualidade e</b></p>

<p>A escolha da concepção de competência como referencial para a definição do perfil do profissional de medicina, [...]possibilitando o desenvolvimento de profissionalismo, referenciado em padrões de qualidade, ética e humanismo.</p>	<p>[ A definição do perfil do médico possibilita] o desenvolvimento de profissionalismo, referenciado em padrões de qualidade, ética e humanismo.</p>	<p><b>humanização no atendimento.</b></p>
<p>UC8 A competência educacional visa construir um profissional estrategicamente inserido no papel de formação de condutas e de educação em saúde nas suas relações com o paciente, com a família e com a comunidade [...]</p>	<p>UR11 A competência educacional visa construir um profissional inserido no papel de formação de condutas e de educação em saúde nas suas relações com o paciente, com a família e com a comunidade.</p>	<p><b>Compromisso da formação com estabelecimento de reciprocidade na relação com o indivíduo/sociedade.</b></p> <p><b>Formação médica baseada em atendimentos focados nas necessidades de saúde da população.</b></p>
<p>UC9 O cuidado à saúde vai incentivar promover e fortalecer a construção de processos participativos, democráticos e inclusivos, voltados para a universalidade, integralidade e equidade social, permitindo a interação com a cultura da</p>	<p>UR12 O cuidado à saúde vai incentivar a [...] construção de processos participativos, democráticos e inclusivos...</p> <p>UR13</p>	<p><b>Formação médica comprometida com o desenvolvimento e valorização da autonomia das pessoas.</b></p>

<p>sociedade e das instituições envolvidas, visando as práticas de cuidado, de acordo com as necessidades sociais de saúde, com a participação efetiva desses profissionais e dos usuários [...].</p>	<p>[...] práticas de cuidado, [...]com a participação efetiva desses profissionais e dos usuários [...]</p>	<p><b>Formação médica comprometida com o desenvolvimento e valorização da autonomia das pessoas.</b></p>
<p><b>UC10</b> Considerar [na formação médica] a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população.</p>	<p><b>UR14</b> [Levar] em conta [nas decisões médicas] as reais necessidades da população.</p>	<p><b>Formação médica baseada em atendimentos focados nas necessidades de saúde da população.</b></p>
<p><b>UC11</b> O conteúdo curricular contempla: Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença [...]</p>	<p><b>UR15</b> O conteúdo curricular contempla a compreensão dos determinantes sociais, comportamentais, [...] éticos e legais, nos níveis individual e coletivo [...]</p>	<p><b>Compromisso com conteúdos curriculares de compreensão de determinantes sociais, comportamentais, individuais e coletivos.</b></p>
<p><b>UC12</b> Introdução a Antropologia Ementa Conhecimento e reflexão crítica sobre categorias</p>	<p><b>UR16</b> Noção de cultura, etnocentrismo, alteridade,</p>	<p><b>Compromisso com conteúdos curriculares de compreensão de determinantes sociais,</b></p>

<p>analíticas básicas das diversas áreas no campo epistemológico. Noção de cultura, etnocentrismo, alteridade, identidade e relações interétnicas. Compreensão das situações geradas pela diversidade sócio-cultural. Interação entre antropologia e saúde.</p>	<p>identidade e relações interétnicas.</p>	<p><b>comportamentais, individuais e coletivos.</b></p> <p><b>4_Formação médica comprometida com o desenvolvimento e valorização da autonomia das pessoas.</b></p>
<p>UC13 Bioética – aspectos éticos e legais da prática médica Ementa A ética médica: significado e natureza da conduta médica, análise do compromisso do médico em favor da vida, do ser humano e da sociedade, relação médico paciente: compromisso com a transformação e melhoria da qualidade de vida.</p>	<p>UR17 Análise do compromisso médico em favor [...] do ser humano e da sociedade [...]</p>	<p><b>Compromisso da formação com a ética e a conduta médica em favor do ser humano e da sociedade.</b></p>
<p>UC14 Psicologia Médica Ementa Relação médico-paciente. Relação médico e familiares do paciente. Relação entre profissionais da saúde.</p>	<p>UR18 [Estudo] de Humanização em saúde.</p> <p>UR19 Estudo das [...] relações adotadas</p>	<p><b>Compromisso da formação com qualidade e humanização no atendimento.</b></p>

Humanização em saúde. Possíveis relações adotadas pelo paciente e familiares frente à doença.	pelo paciente e familiares frente à doença.	<b>Compromisso da formação com qualidade e humanização no atendimento</b>
UC15 Semiologia Médica II Ementa Estudo da anamnese e exame físico nas grandes síndromes centrando na análise fisiopatológica. Estímulo e orientação ao bom relacionamento médico paciente, tendo o respeito humano e o senso ético como principais orientadores.	UR20 Estímulo e orientação ao bom relacionamento médico-paciente [...] UR21 [...] respeito humano e senso ético como orientadores.	<b>Compromisso da formação com a ética e a conduta médica em favor do ser humano e da sociedade.</b>  <b>Compromisso da formação com a ética e a conduta médica em favor do ser humano e da sociedade.</b>
UC16 OBJETIVOS (do internato): - Conscientizar o aluno das limitações, responsabilidades e deveres éticos do médico perante o paciente, a instituição e a sociedade.	UR22 Conscientizar o aluno das responsabilidades e deveres éticos do médico perante o paciente e a sociedade.	<b>Compromisso da formação com a ética e a conduta médica em favor do ser humano e da sociedade.</b>
UC17 <b>Ata da 83ª Reunião Ordinária do Colegiado</b>	UR23 Aprovação do projeto de pesquisa: A	<b>Compromisso da formação com qualidade e</b>

<p><b>do Curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins – UFT, 21 de março de 2016</b></p> <p>Aprovação do projeto de pesquisa: “A Humanização sob ótica dos profissionais que atuam na estratégia da saúde da família no município de Palmas - TO</p>	<p>Humanização sob ótica dos profissionais que atuam na estratégia da saúde da família [...].</p>	<p>sob <b>humanização</b> dos <b>atendimento.</b></p> <p>que atuam na estratégia da saúde da família no município de Palmas - TO</p>
<p>UC18</p> <p><b>Ata da 102ª Reunião Ordinária do Colegiado do Curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins – UFT, 05 de fevereiro de 2018</b></p> <p>O Professor [...] informou ao colegiado sobre o projeto de pesquisa:</p> <p>Analisar as representações de saúde no povo Akwẽ/Xerente e a suas relações com os sistemas de atenção à saúde</p>	<p>UR24</p> <p>Analisar as representações de saúde no povo Akwẽ/Xerente</p> <p>UR 25</p> <p>Analisar as representações de saúde e a suas relações com os sistemas de atenção à saúde.</p>	<p><b>Formação médica comprometida com o desenvolvimento e valorização da autonomia das pessoas.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Compromisso com a formação médica que considere a representação de saúde dada pela pessoa (indígena).</i></li> </ul>



**APÊNDICE C – Roteiro da entrevista com o interno****QUESTÃO 1**

- No nosso estudo, na etapa pré-internato, os internos referem ser conhecedores das competências TD e DC embora afirmem que estes conteúdos não foram abordados de forma constante em seu processo formativo.
- O que você achou deste resultado?
- Você concorda com este resultado?
- Se concorda, por quê?
- Se discorda, quais os motivos da discordância?
- Você acha que estes conteúdos precisam ser abordados durante a formação médica? E por quê?

**QUESTÃO 2**

- Na nossa pesquisa, na etapa pré-internato, uma boa parte dos alunos refere observar que seus docentes informam o diagnóstico e a decisão a ser tomada aos pacientes, mas não evidenciam o compartilhamento destas decisões.
- Você pode comentar sobre este resultado?
- Por que você acha que na visão dos estudantes a decisão é tomada, mas o paciente não compartilha junto com o médico a decisão?

**QUESTÃO 3**

- No nosso estudo os internos reconhecem, que apesar de serem conhecedores da TD/DC, não foram preparados para realizar estas competências junto ao paciente, pois referem que os professores não lhes deram autonomia para realizá-las. Referem ainda que os preceptores da clínica médica também não desenvolvem essas competências;
- Você concorda com este resultado?
- Se concorda, por quê?
- Se discorda, quais os motivos da discordância?
- Você tem autonomia para realizar esta abordagem junto ao paciente?
- Se sim, por quê?

#### QUESTÃO 4

- No nosso estudo os internos acreditam que a TD apenas pelo médico contribui para uma sensação de segurança do paciente. Segundo os internos esta segurança é baseada no nosso modelo assistencial que é pautado pela certeza de que a opinião médica é a mais segura.
- Você concorda com este resultado?
- Se concorda, por quê?
- Você fica ou ficaria inseguro se o seu paciente participasse das escolhas da sua terapia, seja ela medicamentosa ou não?
- Durante as práticas em enfermarias e ambulatórios existe alguma abordagem de ensino juntos aos internos sobre como a opinião do paciente é levada em conta na decisão clínica final? - Se sim, como esta abordagem costuma ser realizada?

#### QUESTÃO 5

No nosso estudo os internos apontam que para a prática de TD e DC é necessária uma comunicação clara e adequada ao padrão cultural e educacional do paciente para que as mesmas sejam produtivas.

- Qual a sua opinião sobre a comunicação junto ao paciente sobre as decisões a serem tomadas?
- Você acha que com uma comunicação mais clara, usando a linguagem que o paciente conhece, baseada nos aspectos culturais e educacionais dos pacientes interfere na tomada de decisão e no compartilhamento destas decisões?
- Você acha que a decisão compartilhada é mais fácil com um paciente que tenha um nível educacional e cultural mais elevado? Ou este fator não interfere na DC?
- Durante o internato, os alunos já foram ensinados ou mesmo avaliados quanto à comunicação e linguagem usada junto ao paciente?

#### QUESTÃO 6

No nosso estudo os internos reiteram a importância dos preceptores realizarem e analisarem as evidências disponíveis para uma determinada questão clínica incorporando as preferências dos pacientes para os desfechos das consultas.

- O que você acha deste resultado?
- No dia a dia do internato de clínica médica, em situações possíveis, as preferências dos pacientes nas decisões clínicas são levadas em conta nos desfechos das consultas?
- Se sim, como a incorporação das preferências do paciente nos desfechos das consultas é realizada e ensinada junto aos internos?
- Se não, qual o motivo para que as preferências não serem levadas em consideração? Existe um algum fator desmotivador?

#### QUESTÃO 7

No nosso estudo os internos evidenciam uma dissonância entre a prática e a teoria pois identificaram posturas médicas que não consideram de forma satisfatória os aspectos emocionais, bem como o conhecimento do paciente sobre sua própria doença.

- Você concorda com este resultado?
- Se concorda, por quê?
- Se discorda, quais os motivos da discordância?
- Durante o internato, os alunos já foram ensinados ou mesmo avaliados quanto a abordagem dos aspectos emocionais do paciente?
- Se sim, como foi realizado este processo de ensino?
- Durante o internato, os alunos já foram ensinados, avaliados ou mesmo tiveram alguma abordagem do papel do paciente sobre a sua própria doença?
- Se sim, como foi realizado este processo de ensino?

**APÊNDICE D – Roteiro da entrevista com o professor****QUESTÃO 1**

- Professor, no nosso estudo, na etapa pré-internato, os alunos referem ser conhecedores das competências TD e DC embora afirmem que estes conteúdos não foram abordados de forma constante em seu processo formativo.
- O que você achou deste resultado?
- Você concorda com este resultado?
- Se concorda, por quê?
- Se discorda, quais os motivos da discordância?
- Você acha que estes conteúdos precisam ser abordados durante a formação médica? E por quê?

**QUESTÃO 2**

- Professor, na nossa pesquisa, na etapa pré-internato, uma boa parte dos alunos referem observar que seus docentes informam o diagnóstico e a decisão a ser tomada aos pacientes, mas não evidenciam o compartilhamento destas decisões.
- Você pode comentar sobre este resultado?
- Por que você acha que na visão dos estudantes a decisão é tomada, mas o paciente não compartilha junto com o médico a decisão?

**QUESTÃO 3**

- Professor, no nosso estudo os internos reconhecem, que apesar de serem conhecedores da TD/DC, não foram preparados para realizar estas competências junto ao paciente, pois referem que os professores não lhes deram autonomia para realizá-las. Referem ainda que os preceptores da clínica médica também não desenvolvem essas competências;
- Você concorda com este resultado?
- Se concorda, por quê?
- Se discorda, quais os motivos da discordância?
- Você costuma dar, ou daria autonomia para estes estudantes a realizar esta abordagem junto ao paciente?
- Se sim, por quê?

#### QUESTÃO 4

- Professor, no nosso estudo os internos acreditam que a TD apenas pelo médico contribui para uma sensação de segurança do paciente. Segundo os internos esta segurança é baseada no nosso modelo assistencial que é pautado pela certeza de que a opinião médica é a mais segura.
- Você concorda com este resultado?
- Se concorda, por quê?
- Você fica ou ficaria inseguro se o seu paciente participasse das escolhas da sua terapia, seja ela medicamentosa ou não?
- Durante as práticas em enfermarias e ambulatórios existe alguma abordagem de ensino juntos aos internos sobre como a opinião do paciente é levada em conta na decisão clínica final? - Se sim, como esta abordagem costuma ser realizada?

#### QUESTÃO 5

Professor, no nosso estudo os internos apontam que para a prática de TD e DC é necessária uma comunicação clara e adequada ao padrão cultural e educacional do paciente para que as mesmas sejam produtivas.

- Qual a sua opinião sobre a comunicação junto ao paciente sobre as decisões a serem tomadas?
- Você acha que com uma comunicação mais clara, usando a linguagem que o paciente conhece, baseada nos aspectos culturais e educacionais dos pacientes interfere na tomada de decisão e no compartilhamento destas decisões?
- Você acha que a decisão compartilhada é mais fácil com um paciente que tenha um nível educacional e cultural mais elevado? Ou este fator não interfere na DC?
- Durante o internato, os alunos já foram ensinados ou mesmo avaliados quanto à comunicação e linguagem usada junto ao paciente?

#### QUESTÃO 6

Professor, no nosso estudo os internos reiteram a importância dos preceptores realizarem e analisarem as evidências disponíveis para uma determinada questão clínica incorporando as preferências dos pacientes para os desfechos das consultas.

- O que você acha deste resultado?
- No dia a dia do internato de clínica médica, em situações possíveis, as preferências dos pacientes nas decisões clínicas são levadas em conta nos desfechos das consultas?
- Se sim, como a incorporação das preferências do paciente nos desfechos das consultas é realizada e ensinada junto aos internos?
- Se não, qual o motivo para que as preferências não serem levadas em consideração? Existe um algum fator desmotivador?

#### QUESTÃO 7

Professor, no nosso estudo os internos evidenciam uma dissonância entre a prática e a teoria pois identificaram posturas médicas que não consideram de forma satisfatória os aspectos emocionais, bem como o conhecimento do paciente sobre sua própria doença.

- Você concorda com este resultado?
- Se concorda, por quê?
- Se discorda, quais os motivos da discordância?
- Durante o internato, os alunos já foram ensinados ou mesmo avaliados quanto a abordagem dos aspectos emocionais do paciente?
- Se sim, como foi realizado este processo de ensino?
- Durante o internato, os alunos já foram ensinados, avaliados ou mesmo tiveram alguma abordagem do papel do paciente sobre a sua própria doença?
- Se sim, como foi realizado este processo de ensino?