

Roberto de Almeida

O Ethos da Medicina e os desafios para o preparo do médico na graduação como promotor da saúde integral do ser humano.

Projeto de Pesquisa apresentado à Universidade Federal da Integração Latino-Americana como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Educação Médica.

Orientador: Professor Nildo Alves Batista

**FOZ DO IGUAÇU - PR
2014**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
1.1 Título específico	3
1.2 Interesse pelo objeto	3
1.3 Contextualização do objeto	4
1.4 Questões Norteadoras	7
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	8
2.1 Ethos da Medicina	8
2.2 Promoção de Saúde: Concepções e aspectos históricos	9
2.3 Promoção de Saúde: Dificuldades operacionais na prática.....	11
2.4 Promoção de Saúde: Desafios na formação médica	12
3. OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo geral	15
3.2 Objetivos específicos	15
4. HIPÓTESE	15
5. METODOLOGIA	16
5.1 Fundamentação Metodológica	16
5.2 Contexto da Pesquisa	17
5.3 População de Estudo	18
5.4 Procedimentos e Instrumentos de Coleta de Dados.....	18
5.5 Análise dos dados	20
5.6 Procedimentos éticos	21
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
8. APÊNDICES	28
8.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	28
8.2 Questionário de Atitudes e Ethos da Medicina	29

1. INTRODUÇÃO

1.1 Título específico

- O *Ethos* da Medicina e os desafios para o preparo do médico na graduação como promotor da saúde integral.

1.2 Interesse pelo objeto

A escolha pela profissão médica aconteceu durante a adolescência quando tinha 16 anos. Um trauma em face enquanto jogava basquete no colégio resultou na quebra de um dente incisivo lateral superior. A solução veio somente 24 horas após, quando meu dentista terminou o tratamento restaurativo. Senti uma imensa alegria pelo retorno do senso de integridade e a decorrente liberdade para continuar a viver minhas prioridades sem ficar, forçosamente, preso no sofrimento e na dor. Pensei, num raciocínio muito rápido, que uma profissão que ajudasse a restabelecer a integridade e libertar as pessoas de seus sofrimentos e problemas é o que queria para meu futuro. Comparei o tamanho físico do dente em relação ao corpo humano e pensei que a Medicina teria mais potencial para ajudar nesta abordagem. Estava decidido, iria ser médico para ajudar as pessoas conquistarem, manterem e recuperarem a integridade e assim serem livres para escolherem suas prioridades. Essa foi a minha representação pessoal do que seria a essência do trabalho médico ou o meu entendimento pessoal do *Ethos* da Medicina.

O curso de Medicina que fiz devido seu modelo biomédico foi, de certa forma, frustrante. Tive contato durante o curso com a noção de saúde da OMS onde saúde não é apenas a ausência de doença mas um completo estado de bem-estar bio-psico-social. Mesmo sem saber exatamente o que significava esse bem-estar bio-psico-social, busquei entender mais através de atividades extras no currículo paralelo e leituras não-médicas. Foi no livro "O ponto de mutação" (CAPRA, 1996) que encontrei uma crítica séria ao modelo biomédico que prioriza tratar as doenças sem abordar as pessoas de maneira mais completa ou integral. E, através dos estudos da Conscienciologia, encontrei um modelo mais integral de abordagem para o ser humano que inclui também a dimensão transcendental de maneira não mística e nem religiosa.

Seis anos do curso de graduação passam muito rápido e logo me deparei com a conquista do diploma de médico, sem saber muito da Medicina das doenças e sem saber muito das pessoas, entrei no mercado de trabalho médico. Numa reflexão da época constatei que o sistema remunera o médico para tratar das doenças, mas não remunera para educar as pessoas a se cuidarem e ficarem saudáveis.

Infelizmente, a evolução sociocultural nas eras modernas e pós-modernas através do modelo econômico vigente contribui para a construção do Ethos da Medicina centrado mais na doença do que no bem-estar das pessoas. Existe uma economia de escala mundial centrada na doença, ou, principalmente, centrada no diagnóstico e tratamento das doenças.

Esta pesquisa reflete mais de 25 anos alimentando o sonho de trabalhar com educação e promoção de saúde enquanto estratégia libertária das pessoas em relação aos determinantes multifatoriais do *continuum* saúde-doença com objetivo de ampliação do potencial humano.

1.3 Contextualização do objeto

O Ethos profissional é o modo de ser e atuar de um profissional conforme o contexto histórico e cultural da profissão (MACHADO, 2012). O Ethos da Medicina apresenta uma tradição milenar e os recentes avanços tecnológicos, as questões de sustentabilidade planetária e, principalmente, as demandas da sociedade por mais qualidade de vida e saúde positiva e não meramente ausência de doença representam um desafio para a formação de médicos nos novos currículos do Século XXI. A era pós-moderna tem profundo impacto no Ethos da Medicina (EISER, 2013). Nesse cenário, as prioridades no ensino-aprendizagem das competências médicas para as ações em saúde (promoção, proteção, recuperação e reabilitação) precisam ser revistas, dentro do contexto de responsabilidade social das escolas médicas.

O desafio de implementar promoção de saúde na prática médica cotidiana ou transformar o Ethos da Medicina para também valorizar as ações de promoção e prevenção de saúde além da supervalorizada ação de recuperação da saúde ou, de fato, tratamento da doença, envolve mudanças de valores acadêmico-curriculares, mercadológicos, econômicos e culturais. Sem dúvida um mega-desafio.

Segundo o modelo Rawaf de carga de saúde e doença, em qualquer momento, numa população existem cerca de 40% de pessoas saudáveis, 40% com fator de risco, 10% com doença aguda e 10% com incapacidade. Portanto, as funções da saúde pública precisam ser desempenhadas também através de promoção de saúde e prevenção de doenças na comunidade e em nível individual. (GUSSO, 2012).

Essa epidemiologia da saúde-doença exige do profissional de saúde competências que extrapolam o foco biomédico na doença para saber como lidar e ser eficiente também no atendimento de pessoas ainda saudáveis (sem doenças), mas que se apresentam tanto com maus hábitos de vida e comportamentos geradores dos fatores de risco para doenças, quanto com falta de cultivo de bons hábitos para promover o bem-estar bio-psico-socio-espiritual. Tem-se a impressão pela análise do cotidiano dos médicos, que em geral, estes não se sentem responsáveis pela promoção dessa concepção positiva de saúde que valoriza o bem-estar além do físico e da ausência de doenças.

A era pós-moderna apresenta forte impacto sobre a prática médica. Segundo Eiser (2013) os principais elementos culturais do pós-modernismo que afetam a prática médica são: consumismo na Medicina, informatização da Medicina e o poder e influência das corporações capitalistas sobre a atuação médica. Na análise desse pesquisador, o Ethos da Medicina na era pós-moderna do século XXI corre risco de ser manipulado pelo avanço tecnológico e, conseqüentemente, pelos objetivos capitalistas gerando alterações nos cenários de cuidado assistencial desfavoráveis aos pacientes, pelas confusões morais entre os médicos e os gestores e pelos atrasos ou retrocessos éticos na prática profissional interdisciplinar. O desenvolvimento de concepções de saúde mais integrativas e integralizadoras pode promover mais humanização e minimizar tais riscos da pós-modernidade.

Em 2014, o Fórum Econômico Mundial de Davos colocou a saúde em foco. Ocorreram debates em torno de questões sobre: Como o setor de saúde pode promover o crescimento econômico? Como a lucratividade das empresas pode ser fundamentada na saúde e no bem-estar das pessoas? Como os sistemas de saúde do futuro serão financeiramente sustentáveis? Quais são fundamentos do estilo de vida saudável? (WEF, 2014). Estas reflexões apontam na perspectiva de uma mudança da economia centrada na doença em direção a uma economia centrada na saúde integral, uma concepção positiva de saúde.

Desde 2004 a Agência Nacional de Saúde (ANS) busca uma mudança de paradigma estimulando as operadoras de planos privados de assistência à saúde repensarem a gestão com vistas a contribuir para a mudança do modelo de atenção que faça mais promoção de saúde, prevenção de riscos e não apenas trate as doenças (ANS, 2011). Ou seja, tanto no setor privado quanto no setor público, o futuro dos sistemas de saúde demandará, progressivamente, maior número de profissionais médicos comprometidos com a promoção da saúde, a questão que torna-se crítica é: as escolas médicas estão preparando médicos para atuarem como promotores de saúde integral?

No cenário internacional, a promoção de saúde já está sendo trabalhada há, praticamente, 40 anos. O Canadá, a partir do relatório de Lalonde (1974), exerce uma grande influência nas iniciativas mundiais relacionadas à promoção de saúde, pois apresentou o campo da saúde com seus determinantes classificados em quatro áreas: biologia humana (genética), Ambiente (socio-cultural), Estilo de Vida (comportamento) e Acesso (organização da atenção à saúde). McLeroy (1988) apresentou uma perspectiva ecológica para programas de promoção de saúde como alternativa à ideologia de culpabilização do indivíduo em relação ao seu estilo de vida.

Atualmente, analisando as atividades internacionais em torno da promoção de saúde, encontra-se muitas iniciativas voltadas para a mudança do estilo de vida (*Lifestyle Medicine*) e mudança do comportamento (*behavioral change* e *Behavioral Medicine*). Estas abordagens foram levadas para os locais de trabalho e geram reflexões morais sobre a autonomia. Tengland (2012) reflete sobre a ética das estratégias de promoção de saúde relacionadas ao foco apenas na mudança de comportamento do indivíduo *versus* o empoderamento dos indivíduos e comunidades.

O ponto crítico apontado por Wylie (2007) é que o tema promoção de saúde tem sido negligenciado nos currículos das escolas de profissionais de saúde, em especial na Medicina. O desafio é integrar de forma eficiente o ensino de promoção de saúde no currículo médico.

O perfil do egresso das universidades da América Latina previsto no Projeto Tunning-AL considera que o médico é um profissional integral com formação científica, ética e humanística, capaz de entender o processo de saúde-doença a

partir dos determinantes de saúde e executar ações de promoção de saúde. (HANNE, 2013)

No Brasil, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais propõem, não só para o curso de Medicina, mas para todas as profissões da saúde, que desde o início da formação ocorra uma ampliação da prática e diversificação dos cenários de aprendizagem para que se estabeleça a articulação das várias áreas do saber visando a promoção de saúde (DCN, 2014).

Promover saúde não pode ficar apenas como retórica dentro das novas propostas curriculares dos cursos de Medicina que pretendem formar profissionais para uma nova ordem de economia centrada na saúde integral e não mais apenas na doença.

Os esforços das escolas médicas socialmente responsáveis para adequarem suas matrizes curriculares às novas DCN de 2014, precisa de um debate sério e profundo sobre o ensino-aprendizagem das competências médicas para dar maior valor para a promoção de saúde integral como parte importante do Ethos da Medicina no Século XXI.

1.4 Questões Norteadoras

1.4.1 Questão Central

- Como a graduação tem preparado o médico para o papel de promotor de saúde integral?

1.4.2 Questões Complementares

- O *Ethos* da Medicina, avaliado nos médicos residentes do primeiro ano (recém egressos da graduação) contempla comprometimento e competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) para atuarem como promotores da saúde integral conforme previsto na DCN (2014)?
- Quais as concepções dos egressos da graduação de Medicina sobre os conceitos de promoção de saúde integral e salutogênese?

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Ethos da Medicina

Ethos é uma palavra que vem do idioma Grego *éthos* e significa “hábito; costume; caráter; conduta; comportamento” (SENO, 2013). O Ethos profissional representa o modo de ser e atuar, os costumes e hábitos fundamentais no comportamento dos profissionais de uma área do conhecimento, dentro de cultura específica (valores, ideias, crenças) e também de acordo com características de uma determinada época ou região.

O Ethos profissional da Medicina tem correlação com como desenvolvimento de competências profissionais. Epstein e Hundert (2002) baseados em outras definições propõem que competência profissional é o uso habitual e judicioso da comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão na prática diária para o benefício dos indivíduo e comunidade que presta serviço. Competência é construída sobre a fundação de habilidades clínicas básicas, conhecimento científico e desenvolvimento moral.

Segundo Rose (1985), o Ethos central da Medicina é, tradicionalmente, visto como uma aceitação da responsabilidade pelos indivíduos doentes. Esse viés etológico da profissão médica muito vinculado com a doença exerce efeito indutor nas escolas médicas, nos professores, nos estudantes de Medicina e também na população em geral, o que reforça as distorções no processo de ensino-aprendizagem da Medicina. A ênfase excessiva e quase exclusiva no estudo das doenças e seus tratamentos durante o período de graduação contribui para o despreparo dos futuros médicos em lidar com promoção e proteção da saúde. Pela experiência na preceptoria de residência médica é comum ouvir relatos de que os estágios na atenção primária são chatos e monótonos, em razão de poucos doentes graves, da alta prevalência de doenças muito simples e do excesso de pessoas que “não têm nada”.

Nas escolas médicas é, prioritariamente, ensinado que o verdadeiro desafio médico e profissional se caracteriza pelo profundo entendimento da patogênese, pela realização de corretos diagnósticos e tratamento efetivo das doenças. Atividades de educação em saúde, melhorar a alfabetização em saúde, promoção de saúde são temas abstratos e, praticamente, não considerados como atividades

realmente do médico. O desconhecimento do paradigma salutogênico (ANTONOVSKY, 1996) é uma grande omissão das escolas médicas e grande obstáculo na transformação do Ethos da Medicina.

De acordo com Boelen (2002), o paradigma da responsabilidade social das escolas médicas, estas precisam ser responsáveis pelos seus produtos oferecidos à sociedade: perfil dos médicos graduados, resultados de pesquisas e modelos de entrega de cuidado no sistema de saúde. Estes produtos precisam estar de acordo com a real demanda social e o momento de desenvolvimento da sociedade. Pode-se entender que a entrega para a sociedade de profissionais médicos comprometidos com as necessidades sociais de maior promoção de saúde integral e, não meramente, com o tratamento das doenças, seja uma questão de responsabilidade social da escola médica.

Se a sociedade, demanda que os médicos adotem novas posturas e práticas, isso gera necessidade de mudanças no caráter fundamental ou disposição moral da profissão, ou seja, mudanças no Ethos da Medicina (DESCOMBES, 2002). Caso isso não aconteça, ocorre um conflito entre as condições e necessidades pós-modernas do trabalho médico (nova Medicina), a antiga ética médica e as tradicionais práticas e posturas médicas (antigo Ethos da Medicina). Jonsen (1990) apresenta esta diferença fundamental entre Ethos da Medicina e ética médica.

O Ethos da Medicina, tradicionalmente, tem sido transmitido de maneira informal nas escolas médicas, através de processos e demonstrações implícitas nos exemplos dos professores e médicos preceptores ao invés de esforços estruturados e explícitos (BARONDESS, 1998). A falta de reflexão crítica sobre o Ethos da Medicina durante a graduação é uma omissão deficitária.

2.2 Promoção de Saúde: Concepções e aspectos históricos

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a saúde é *“o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”* (WHO, 1946). Nesta abordagem, o importante é considerar a concepção positiva de saúde em contraponto com a concepção negativa de saúde pela ausência de doenças, infelizmente ainda a mais comum.

Em 1984, a OMS redefiniu saúde como sendo *“... um recurso para a vida diária, não o objetivo de viver. Esse conceito de saúde enfatiza os recursos sociais e*

as pessoas tanto quanto as capacidades físicas”. (WHO, 1986). Desta forma a saúde passa ter uma noção menos abstrata e permite um entendimento mais pragmático no cotidiano.

Duas cartas da Organização Mundial da Saúde ajudam definir promoção de saúde: a Carta de Ottawa (WHO, 1986) e a Carta de Bangkok (WHO, 2005).

A definição de promoção de saúde da Carta de Ottawa é ainda a mais comumente utilizada, “*Promoção de Saúde é o processo de capacitar as pessoas aumentarem o controle sobre sua saúde e a melhorarem*”, mas Laverack (2014) comenta que a prática de promoção de saúde já mudou muito nos últimos 25 anos com o entendimento do papel dos determinantes da saúde gerando uma nova área de interesse profissional na promoção de saúde.

A carta de Bangkok (WHO, 2005) define promoção de saúde como sendo “*o processo que capacita as pessoas a aumentarem controle sobre sua saúde e seus determinantes, e a através disso melhorarem sua saúde*”. Então a promoção de saúde da saúde tem importante papel na melhoria da saúde atuando sobre seus determinantes.

Em 1992, Aaron Antonovsky apresentou num seminário da OMS sobre teoria, pesquisa e prática de Promoção da Saúde, um artigo que propõe o modelo salutogênico como uma teoria para guiar a promoção da saúde. (ANTONOVSKY, 1996).

Segundo Laverack (2014), a promoção de saúde pode ser definida em sentido amplo como um conjunto de princípios envolvendo equidade e empoderamento numa prática que abrange comunicação, construção de capacidades e atividades politicamente orientadas. O objetivo é habilitar as pessoas ganharem mais controle sobre os fatores influentes em suas vidas e assim melhorarem sua saúde. Um questionamento pertinente neste caso: se o médico é quem concentra poder dentro do sistema de saúde como educá-lo para ele empoderar as pessoas através da promoção de saúde?

Destas concepções de promoção de saúde e das possíveis teorias para fundamentá-la derivam os questionamentos sobre a capacidade de operacionalização na prática médica e o papel das Escolas Médicas e seus currículos no preparo das competências do médico para atuarem nesses determinantes da saúde. Ainda em Laverack (2014) critica-se que nas Cartas de

Ottawa e Bangkok não há claro referencial para os médicos atuarem no seu trabalho cotidiano com promoção de saúde.

No Canadá, existe um movimento da Medicina de Família chamado Medicina centrada na pessoa, que promove a mudança do método clínico que incentiva a abordagem centrada na pessoa e permite ao profissionais maximizarem suas contribuições tanto nas atividades de promover a saúde quanto prevenção de doenças (STEWART, BROWN e WESTON, 2010).

2.3 Promoção de Saúde: Dificuldades operacionais na prática

Horta (2009), através de pesquisa qualitativa em equipes de saúde da família com objetivo de analisar as ações de promoção da saúde desenvolvidas, teve resultados que evidenciaram uma tendência a operacionalizar o conceito de promoção da saúde, associado às atividades de prevenção de doenças, mínimas atividades realizadas com enfoque intersetorial e pouco incentivo ao empoderamento dos sujeitos. Ou seja, na prática, os membros das equipes técnico-assistenciais responsáveis pela ação de promoção de saúde, incluindo médicos, não sabem atuar profissionalmente como promotores de saúde.

Na prática da promoção de saúde podem existir algumas distorções ou tendências. De acordo com McLeroy (1988), uma das abordagens de promoção de saúde muito criticada é o foco exclusivamente no indivíduo para mudança de comportamento e estilo de vida enfatizando uma ideologia de culpa do indivíduo pela sua condição de saúde, sem levar em consideração outros determinantes sociais da saúde sobre os quais o indivíduo não possui controle ou não foi capacitado para tal.

Por outro lado uma referência centenária aponta para a responsabilidade política do médico, segundo Rudolf Virchow (1821-1902) que é considerado o pai da Medicina social, todas as doenças possuem duas causas, uma patológica e outra política. Desta forma ele não fazia distinção entre ser um profissional da saúde e um ativista político (LAVERACK, 2014).

Segundo Mattos (2004) a noção de integralidade enquanto acesso às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde é a mais difundida, no entanto ainda faltam estratégias de como viabilizar na prática. Isso reflete mais uma vez a falha na formação dos profissionais.

2.4 Promoção de Saúde: Desafios na formação médica

Os estudantes de medicina são os futuros médicos (GMC, 2009), a graduação é momento crítico para definição do perfil profissional dos futuros médicos e, principalmente, do Ethos da Medicina.

De acordo com Boelen (2009), apesar dos avanços na qualidade do ensino médico no último meio século como: aprendizado baseado em problemas; inserção precoce na comunidade; adoção de aprendizado centrado no estudante; informática na saúde, entre outros; observa-se que tais inovações ainda não contribuíram para corrigir a crise global que afeta o desenvolvimento de recursos humanos no setor de saúde, e, entre outros problemas, ainda há um déficit de ações para prevenção de doenças e promoção de saúde.

Segundo Bensing (2000), existe uma lacuna entre a estratégia de medicina baseada em evidência (visão positivista e biométrica) e a nova medicina centrada na pessoa. Essa lacuna reflete na prática profissional criando dois mundos separados que precisam ser unidos a partir das escolas médicas através de uma formação integradora dos futuros médicos.

Pela análise crítica de Jonas (1988), a ciência médica e a educação médica são orientadas para doença e não para saúde. Considerando que o médico está no centro do sistema de saúde sua orientação para doença influencia na indústria. Apesar do histórico chamamento dos médicos para prestarem mais atenção na prevenção de doenças e promoção de saúde as escolas médicas não conseguem ensinar adequadamente esses temas. São várias razões para isso: 1) Nas escolas médicas seu corpo de docentes demonstram discordância conceitual entre “certeza” da cura de doenças *versus* a “probabilidade” da redução de riscos; 2) Lacunas no conhecimento quanto à efetiva intervenção em promoção de saúde; 3) A noção de que os conceitos de prevenção de doenças/promoção de saúde estão fora da esfera de ação dos médicos; 4) O significativo montante de financiamentos para pesquisas biomédicas de doenças recebidos nas escolas médicas; 5) A associação direta de educação médica e o cuidado do doente agudo no hospital; e 6) O uso métodos de ensino baseados em memória/aulas expositivas *versus* a dificuldade de implementar o aprendizado baseado em problemas (PBL) necessário para ensinar promoção de saúde.

Os desafios da transformação do ensino médico passa por enfrentar as forças conservadoras nas escolas médicas. De acordo com a crítica de Feuerwerker (1999), uma das dificuldades das escolas médicas para capacitar o médico da graduação para articular prevenção e promoção de saúde dentro de um novo modelo de atenção à saúde é a acentuada contradição ou dicotomia, tanto na formação quanto na prática profissional, entre as especialidades médicas com supervalorização das clínicas e subvalorização da saúde coletiva.

Segundo Romanholi (2012), a visita domiciliar dialógica é uma possibilidade de vivência na Atenção Primária e ampliação da noção de integralidade no cuidado que possibilita o estudante de Medicina refletir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, desenvolver habilidades comunicacionais e planejar as possíveis ações de promoção de saúde. No entanto, é necessário *“desconstruir a imagem estereotipada de que visita é coisa de leigos, cristalizada num empirismo desprovido de fundamentos. O ponto precípua desta técnica é constituí-la e desenvolvê-la sobre bases éticas, humanas, mas também profissionais”* (LOPES, SAUPE, MASSAROLI, 2008, p.246). Na avaliação da formação do médico enquanto promotor de saúde o valor dado pelo egresso para esse contato direto com a comunidade e a impressão mantida em relação à visita domiciliar pode ser um indicador de seu preparo ou despreparo para as ações de promoção de saúde.

Litaker (2004) fez avaliações de estudantes expostos aos conteúdos chaves e competências centrais para prevenção de doenças e promoção de saúde. Apesar de que a exposição durante o curso a esses temas tenha seu valor, ainda não é suficiente para preparar os estudantes para entrega de serviços de promoção de saúde de maneira confiante.

Refletindo sobre a educação médica diante das necessidades sociais de saúde, Amoretti (2005) comenta que o perfil do médico que vem sendo formado nas escolas médicas demonstra pouco conhecimento e compromisso com a organização do Sistema Único de Saúde, fato que se reflete no distanciamento dos estudos de saúde coletiva, prevenção e promoção de saúde.

De acordo com a resenha do livro *“Professionalism in Medicine”* feita por Bradshaw (2011), os desafios amargos da Medicina estão relacionados com o fato de que apesar dos altos ideais da profissão, a confiança da sociedade na Medicina é baixa e o Ethos profissional da Medicina está sendo severamente corroído. O

desafio dos educadores médicos é saber como promover a qualificação desse Ethos profissional da Medicina, através do currículo explícito e implícito.

Na Alemanha, o tópico interdisciplinar “prevenção e promoção de saúde” chamado Q10 foi introduzido na formação médica em 2004. Num estudo transversal, Klement et al. (2011) avaliaram estudantes do quinto ano quanto às preferências, atitudes e conhecimentos prévios relacionados ao tópico Q10. Os resultados mostraram que os estudantes apesar de considerarem prevenção e promoção de saúde importantes, relatam poucos conhecimento prévio.

No Brasil, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 apresentam o perfil do egresso como promotor da saúde integral do ser humano:

Nestas DCNs, o médico é o profissional com formação geral, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Uma observação de Feuerwerker (2002) em sua tese de doutoramento sobre mudanças na educação médica: “Mesmo com as tendências de reorganização das práticas sanitárias, com uma revalorização da formação geral e maior ênfase em promoção e prevenção, as vagas para Residência Médica continuam em expansão”. Esse comentário relativo as DCN de 2001, continua tendo seu valor. Não trata-se de questionar o valor da Residência Médica, mas de refletir sobre o impacto na formação de médicos comprometidos com a promoção de saúde.

Em 2014, a residência médica é considerada o padrão ouro da formação médica e a perspectiva de ampliação das vagas de residência é uma grande realidade nacional com a meta de uma vaga de residência para cada vaga de graduação. Em complemento ao Programa Mais Médicos existe a proposta do Programa Mais Especialistas que ampliará vagas do PRO-RESIDÊNCIA, uma iniciativa do Ministério da Saúde para ajudar na formação de médicos através da SGTES (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde). O problema é que nas residências médicas em geral, com exceção da Medicina de Família e

Comunidade a promoção de saúde não é prioridade. Então, ainda na prática, os esforços são para ampliar o modelo de atenção através de uma Medicina centrada na doença e no médico, ainda distante de uma Medicina centrada na pessoa e na saúde de concepção positiva.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Investigar a formação do médico para o papel de promotor de saúde integral.

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar o grau de valorização da promoção de saúde integral no Ethos da Medicina de recém egressos da graduação (médicos residentes do primeiro ano)
- Apreender a percepção e a tendência do futuro médico quanto às possíveis atuações profissionais na promoção, proteção, recuperação (terapia de doenças) e reabilitação em saúde.
- Avaliar o nível de embasamento teórico recebido na graduação para viabilização das competências de Medicina preventiva e promoção de saúde nos médicos residentes do primeiro ano (recém egressos da graduação).

4. HIPÓTESE

O Ethos da Medicina presente em médicos residentes do primeiro ano (recém egressos da graduação) não evidencia o preparo do médico na graduação como promotor integral da saúde.

Os principais desafios para o preparo do médico na graduação como promotor integral da saúde são:

1. Ênfase excessiva no aprendizado da patogênese e da função terapêutica do médico favorecendo na graduação médica a abordagem negativa de saúde, ou seja, saúde entendida simplesmente como ausência de doenças.

2. Desconhecimento do paradigma salutogênico e das abordagens positivas da saúde enquanto bem-estar bio-psico-socio-espiritual.
3. Pouca perspectiva para atuação profissional na Medicina preventiva e na promoção de saúde.

5. METODOLOGIA

5.1 Fundamentação Metodológica

Trata-se de um estudo exploratório, quantitativo, descritivo e analítico do tipo corte transversal.

Os estudos exploratórios auxiliam o pesquisador abordar um tema/fenômeno que se tem pouca informação sendo, portanto, a primeira etapa de um projeto maior (GIL, 1999). O caráter exploratório é a essência desta pesquisa, pois visa abordar um tema pouco estudado no contexto do ensino médico brasileiro, que é a formação do Ethos da Medicina pelas escolas médicas e o preparo na graduação do médico para o papel de promotor da saúde integral conforme a DCN 2014. Os médicos residentes do primeiro ano são os recém egressos das escolas médicas e representam o resultado final da formação básica em Medicina, desta forma ao avaliá-los é possível identificar as possíveis lacunas no processo de formação das escolas médicas.

Quanto às pesquisas descritivas, já traduzem em seu nome o objetivo em questão. Trazem como finalidade verificar, à exaustão, as características do objeto proposto. Gil (1994) assinala que métodos comuns de coleta de dados nessa pesquisa, seriam o questionário e a observação.

Com relação à pesquisa quantitativa, Minayo e Sanches (1993) comentam que as mesmas tratam de probabilidades, associações estatisticamente significantes, fundamentais para o reconhecimento de uma realidade.

Em estudos transversais coletam-se simultaneamente, de um grupo ou população de indivíduos, informações sobre uma variedade de características que são posteriormente cruzadas em tabelas de contingência. Os estudos transversais podem ser vistos como avaliações fotográficas de grupos ou populações de indivíduos. A condução de um estudo transversal abrange como características fundamentalmente, as seguintes etapas: definição de uma população de interesse;

estudo da população por meio da realização de censo ou amostragem de parte dela; e determinação da presença ou ausência do desfecho e da exposição para cada um dos indivíduos estudados. Vale lembrar que nesse tipo de estudo, uma relação de associação não sugere, necessariamente, uma relação de causalidade, ou causa e efeito. Pode-se destacar como vantagens para este tipo de estudo o baixo custo, simplicidade analítica, alto potencial descritivo e rapidez de coleta acompanhada de facilidade na representatividade de uma população. Entre os pontos negativos vale citar que há dificuldade do estabelecimento de relações causais a partir de dados oriundos de corte transversal no tempo (NEWMAN et al., 2008).

5.2 Contexto da Pesquisa

A pesquisa ocorre no contexto da região Oeste do estado do Paraná.

Os dados serão coletados nos Programas de Residência Médica (PRM) das cidades de Foz do Iguaçu e Cascavel na primeira semana durante o processo no acolhimento dos médicos residentes aprovados na Seleção Pública.

Inicialmente, serão realizados contatos com o Presidente da Comissão da Residência Médica de Cascavel e com o Presidente da Comissão Municipal da Residência Médica de Foz do Iguaçu, informado os objetivos da pesquisa e solicitado a estes representantes a aquiescência para aplicação do questionário no momento da matrícula dos médicos residentes.

Nessa seleção pública, para os hospitais do município de Foz do Iguaçu, anualmente, são disponibilizadas 10 vagas de acesso direto, sendo 2 para cada uma das seguintes áreas básicas (Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia/Traumatologia e Psiquiatria) As instituições envolvidas nessa seleção são as seguintes: Hospital Municipal Padre Germano Lauck e Hospital Ministro Costa Cavalcanti.

No Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) são ofertadas as seguintes vagas: Cirurgia Geral (05 vagas), Clínica Médica (06 vagas), Neurocirurgia (01 vaga), Obstetrícia e Ginecologia (04 vagas), Ortopedia e Traumatologia (02 vagas) e Pediatria (06 vagas).

5.3 População de Estudo

Serão investigados na primeira semana do início dos programas de residência médica 100% dos médicos residentes do primeiro ano (R1) egressos de diferentes escolas médicas. (aproximadamente 34 residentes)

Serão excluídos os médicos residentes (R1) não recém egressos, ou seja, que não concluíram o curso de Medicina no ano anterior à pesquisa.

A participação se dará de forma voluntária, depois de exposição da pesquisa feita pela pesquisadora e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.4 Procedimentos e Instrumentos de Coleta de Dados

Para alcançar os objetivos propostos será utilizado como instrumento para a coleta de dados o questionário fechado com escala atitudinal do tipo Likert.

Partiu-se do pressuposto de que é importante saber medir as opiniões e atitudes de um grupo de sujeitos. A medição de opiniões e de atitudes requer um processo especial, pois se trata de quantificar elementos que têm características nitidamente subjetivas (MEIRELES, 2004). Uma atitude é essencialmente uma disposição mental em face de uma ação potencial (MANN, 1970).

A escala Likert é uma escala psicométrica das mais conhecidas e utilizada em pesquisa quantitativa, já que pretende registrar o nível de concordância ou discordância com uma declaração dada.

Conforme estudos de Pasquali (2010), Likert em sua teoria sustentava que uma atitude é “uma disposição para a ação”, e o instrumento de medida proposto por ele pretende “verificar o nível de concordância do sujeito com uma série de afirmações que expressem algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico. Desta maneira, espera-se que indivíduos que apresentem atitudes favoráveis a determinado tema possivelmente concordem com itens que expressem algo positivo sobre a questão. Se os sujeitos têm atitudes negativas frente a um tema específico, vão concordar com afirmações ou itens que expressem aspectos negativos ou desfavoráveis ao tema e discordar daqueles que salientem pontos positivos. Por outro lado, se os sujeitos são ambivalentes em relação ao conteúdo

da afirmação, ou não têm atitude bem definida, vão, provavelmente, expressar dúvidas diante de alguns itens.

Na descrição de Pereira (1999), a escala tipo Likert se tornou paradigma da mensuração qualitativa. Resumidamente, com a escala Likert, dado um conjunto de proposições, os sujeitos pesquisados são instados a escolher entre diversas opções, marcando aquela que mais se aproxima da sua atitude ou opinião.

O tipo de escala de Likert mais habitual é a de cinco pontos: “discordo totalmente” até o “concordo totalmente”, passando pelo “discordo”, “nem discordo/nem concordo” e “concordo” e “concordo” totalmente. Com relação ao item neutro há inúmeras controvérsias entre os autores, por isso a escala de quatro itens, que ignora a alternativa neutra, também é muito utilizada. No presente estudo será utilizado a escala com quatro itens.

O importante nesta investigação é entender a atitude do médico recém egresso da graduação frente às competências necessárias para o desempenho das funções de promotor da saúde integral do ser humano. O conjunto destas atitudes representam uma faceta do Ethos da Medicina ou o modo de pensar, sentir e agir como médicos frente as afirmações relativas ao papel do médico como promotor de saúde. Para Guilford (1954) , “a atitude é uma disposição pessoal comum aos indivíduos, mas provida em graus diferentes, a qual os impele a reagir a objetos, situações ou proposições em moldes que podem ser considerados favoráveis ou desfavoráveis”.

Segundo Lambert & Lambert (1972) , o conceito de atitude é o de “uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir em relação a pessoas, grupos, questões sociais ou, mais genericamente, a qualquer acontecimento ocorrido no meio circulante”. Rodrigues (1981) define as atitudes como “o conjunto das crenças, sentimentos e tendências comportamentais dos sujeitos frente a um determinado objeto social”.

Os questionários que serão aplicados aos participantes considerando as diretrizes para construção de instrumentos para avaliação das atitudes frente a aspectos relevantes da prática médica (COLARES, 2002). Foi utilizado como referência geral as competências centrais para prática de Medicina preventiva e promoção de saúde.

Uma força tarefa de professores americanos de Medicina Preventiva elaborou um conjunto de competências centrais necessárias para que os cursos de

graduação capacitem os futuros médicos em prevenção de doenças e promoção de saúde (POMREHN, 2000). As competências centrais em prevenção de doenças e promoção de saúde foram agrupadas em quatro domínios: a) Prevenção Clínica; b) Habilidades quantitativas; c) Organização de Serviços de Saúde d) Dimensões comunitárias da prática médica.

Para elaboração do instrumento de acordo com objetivos deste estudo foram propostos quatro núcleos direcionadores ou dimensões do questionário. Para cada uma das dimensões foram elaboradas 5 assertivas (Vide Apêndice 8.2), abordando as competências profissionais referidas no contexto de promoção de saúde integral no ser humano.

O instrumento teve a seguinte formatação:

- 1) Dimensão Valorização. Para pesquisar a valorização da Promoção de Saúde como parte do Ethos profissional na Medicina.
- 2) Dimensão Prospectiva. Para prospectar a ênfase na atuação profissional futura dentro das quatro áreas de atenção à saúde: promoção, proteção, recuperação (terapia de doenças) e reabilitação em saúde.
- 3) Dimensão Fundamentação. Para avaliar o nível de fundamentação científica recebido na graduação para atuar no campo de promoção de saúde integral.
- 4) Dimensão Concepção. Para entender o grau de compreensão do conceito saúde integral do ser humano.

O esquema para resposta de cada assertiva é o seguinte:

- 1 – Discordo Totalmente (DT);
- 2 – Discordo parcialmente (D);
- 3 – Concordo em parte (C);
- 4 – Concordo totalmente (CT).

Na ocasião da coleta de dados será ressaltado que não há resposta “certa” ou “errada”, uma vez que se busca tendências atitudinais. Será destacado, também, ser fundamental a escolha de somente uma opção e resposta a todo o instrumento.

5.5 Análise dos dados

Neste caso os dados coletados com escala Likert serão analisado por meio de técnicas estatísticas pertinentes.

5.6 Procedimentos éticos

A pesquisa será aprovada em Comitê de Ética Médica da UNIFESP e terá autorização da pesquisa nas instituições onde serão coletados os dados.

O Termo de consentimento Livre e Esclarecido deverá ser assinado por cada respondente (Vide Apêndice 8.1).

6. CRONOGRAMA

Para realizar esta pesquisa está previsto o cronograma conforme tabela 1 abaixo.

Atividades	2015 (1B)	2015 (2B)	2015 (3B)	2015 (4B)	2015 (5B)	2015 (6B)
Revisão de literatura						
Aprovação do Comitê de Ética						
Coleta de Dados						
Análise dos dados						
Redação e apresentação final						
Defesa e elaboração do artigo						

Tabela1. Cronograma da Pesquisa.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS); **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).** – 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2011.

AMORETTI, R.; **A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica; Rio de Janeiro; Vol. 29; No. 2, maio/agosto 2005.

ANTONOVSKY, A.; **The salutogenic model as a theory to guide health promotion.** Health Promotion International; Vol. 11, No. 1; Oxford University Press; 1996.

BARONDESS, J.A.; **A brief history of mentoring.** Trans Am Clin Climatol Assoc. 1994; 106:1-24. In: BARONDESS, J. A.; **Care of the Medical Ethos: Reflections on Social Darwinism, Racial Hygiene, and the Holocaust;** Annals of Internal Medicine; December 1998; Volume 129 Issue 11 Part 1; Pages 891-898.

BENSING, J.; **Bridging the gap: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine.** Patient Educ Counsel 2000; 39:17-25

BOELEN, C. **A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report.** Bulletin of the World Health Organization; 80 (7) 592-593; 2002.

BOELEN, C. & Woollard, B. **Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions.** Medical Education; 43: 887–894; 2009.

BRADSHAW, Y. S. **Book review - Professionalism In Medicine: A case-Based Guide For Medical Students.** JAMA; September 7; Vol. 306; No. 9; p. 1005-1006; 2011.

CAPRA, F.; **O Ponto de Mutação**; Editora Cultrix; São Paulo, 1996.

COLARES, M.F.A. e colaboradores, **Construção de um Instrumento para Avaliação das Atitudes de Estudantes de Medicina frente a Aspectos Relevantes da Prática Médica**. Revista Brasileira de Educação Médica; Rio de Janeiro, V. 26; n.3; set/dez, 2002.

DESCOMBES, C.R.E.H. **Before ethics?: a study of the Ethos of the medical profession**. PhD thesis The Open University p. 31-32, 2002.

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS (DCN), Parecer Homologado Despacho do Ministro, publicado no D.O.U. de 6/6/2014, Seção 1, Pág. 17.

EISER, A. R.; **The Ethos of Medicine in Postmodern America: Philosophical, Cultural, and Social Considerations**. Lexinton Books; 2013.

EPSTEIN R.M.; HUNDERT E.M.; **Defining and assessing professional competence**; JAMA. 2002;287(2):226-235.

FEUERWERKER, L. C. M. **Cinco caminhos para não abrir espaços de transformação do ensino médico**. Rev. Bras. Educ. Med., Rio de Janeiro, v. 23, n. 2/3, p. 21-26, 1999.

FEUERWERKER, L. C. M.; **Mudanças na Educação Médica: os casos de Londrina e Marília**. Tese de Doutorado; Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Maio, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUILFORD, JP.; **Psychometric methods**. NewYork: McGraw-Hill,1954.

GENERAL MEDICAL COUNCIL – GMC (2009); **Tomorrow's Doctors**; London, General Medical Council; 2009; Acesso em 08 de dezembro de 2014 no site: http://www.gmc-uk.org/Tomorrow_s_Doctors_0414.pdf_48905759.pdf

GUSSO, G. & LOPES, J. M. C. organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – princípios, formação e prática** – 2 volumes. ArtMed, 2012-01-01. VitalBook file.

HANNE, C. (editora); **Proyecto Tuning América Latina - Educación Superior en América Latina: Reflexiones y Perspectivas en Medicina**; Universidade de Deusto Bilbao; 2013.

HORTA, N.C. et al.; **A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde**. Revista Brasileira Enfermagem. Brasília; 2009 jul-ago; (62-4): 524-529.

JONAS, S. **Health Promotion in Medical Education**. Medical Education; Vol. 3, No. 1; (Summer); 1988.

JONSEN, A. R; **The New Medicine and The Old Ethics**, London, Harvard University Press, 1990.

KLEMENT, A. et Al. **Prevention and health promotion in undergraduate medical education: preferences, attitudes and previous knowledge of medical students – a cross-sectional study**. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, Vol. 28(1), 2011.

LAMBERT, WW, LAMBERT, WE.; **Psicologia social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians: a Working document**. Ministry of Supply and Services Canadá; Ottawa; 1974.

LAVERACK, G.; **The pocket guide to health promotion**; Mc Graw Hill, Open University Press; Kindle Edition; Berkshire, England; 2014.

LITAKER, D. et Al; **Disease Prevention and Health Promotion in Medical Education: Reflections from an Academic Health Center**. Academic Medicine, Vol. 79, No. 7; July, 2004.

LOPES, W.O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A.; **Visita domiciliar: tecnologia para o Cuidado, o ensino e a pesquisa**. Cienc. Cuid. Saúde, v.7, n.2, p.241-7, 2008.

MACHADO, L. A. R, **Ethos profissional: hegemonia possível?** São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

MANN, PH.. **Método de Investigação Sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar. 1970.

MATTOS, R.A.; **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004

MCLEROY, K. R. et Al; **An Ecological Perspective on Health Promotion Programs**. Health Education Quarterly Vol. 15 (4):351-377 (winter); 1988.

MEIRELES, M.; **Instrumentos de gestão de mercado**. In: SCARPI, M.J. Gestão de clínicas médicas. São Paulo: Futura, 2004.

MINAYO, M. C. de; SANCHES, O. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

NEWMAN, T.B. et al. **Delineando estudos transversais e de caso-control**. In: HULLEY S. et al. Delineando Pesquisa Clínica. Porto Alegre: ArtMed, 2008. p.127-144.

PASQUALI, L. e colaboradores.; **Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Práticas**. Porto Alegre; Artmed, 2010.

PEREIRA, J. C. R.; **Análise de Dados Qualitativos: Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais.**; 2.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

POMREHN, P.R., DAVIS, M.V., CHEN, D.W., BARKER, W. **Prevention for the 21st century: setting the context through undergraduate medical education**. Acad Med. 2000 Jul; 75 (7 Suppl): S5-13.

RODRIGUES, A.; **Psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1981. 573p

ROMANHOLI, R. M. Z.; Cyrino, E, G. **A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.42, p.693-705, jul./set. 2012.

ROSE, G; **Sick individuals and sick populations**. International Journal of Epidemiology; 1985, 14: 32-38.

SENO, A. **Ethos Assistencial**; verbete; In: Vieira, Waldo; (Org.); **Enciclopédia da Conscienciologia Digital**; 11.034 p.; glos. 2498 termos (verbetes); 192 microbiografias; 147 tabs.; 191 verbetógrafos; 8ª Ed.; Versão 8.0; Associação Internacional Editares; & Associação Internacional do Centro de Altos Estudos da Conscienciologia (CEAEC); Foz do Iguaçu, PR; 2013.

STEWART, M; BROWN, JB; WESTON, WW et al.; **Medicina Centrada na Pessoa – Transformando o método clínico**. 2a Ed., Porto Alegre, Artmed, 2010.

TENGLAND, P-A. **Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Strategies**. Public Health Ethics, 5, 140-153; 2012.

WORLD ECONOMIC FORUM – WEF (2014); **Health is Wealth**; Acessado em 08 de dezembro de 2014. <http://www.weforum.org/news/public-and-private-sector-leaders-agree-health-wealth>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO (1946); **WHO definition of Health**; Acesso em 08 de dezembro de 2014. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO (1986); **Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health**. 17–21 November, Ottawa, Geneva, Canada.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO (2005); **The Bangkok charter for health promotion in a globalized world**. 6th Global Conference on Health Promotion. Geneva: WHO.

WYLIE, A; THOMPSON, S. **Establishing health promotion in the modern medical curriculum: a case study**. Med Teach. Oct;29(8):766-71; 2007.

8. APÊNDICES

8.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu Roberto de Almeida responsável pela pesquisa *O Ethos da Medicina e os desafios para o preparo do médico na graduação como promotor da saúde integral do ser humano*, estou fazendo um convite para você participar como voluntário deste estudo.

Esta pesquisa pretende entender o efeito da graduação médica sobre o desenvolvimento do Ethos Profissional na Medicina. Acreditamos que ela seja importante porque ajuda esclarecer o futuro da Medicina no século XXI e auxiliar o aprimoramento das escolas médicas no desafio de formar médicos de acordo com as necessidades da população.

Para sua realização será feito o seguinte: Aplicação de um questionário de atitudes com vinte afirmativas onde todas precisam de uma entre quatro respostas possíveis de acordo com escala de concordância.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão (voluntariedade).

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação (confidencialidade).

Autorização:

Eu, _____ após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresse minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do voluntário

Assinatura de uma testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Dados dos pesquisadores:

Roberto de Almeida,

Rua Adoniram Barbosa 270, Jardim Polo Centro, Celular: (045) 9917-9611,

email: robertodealmeida@gmail.com

Dados do CEP responsável pela autorização da pesquisa.

Endereço, Telefone, endereço eletrônico

8.2 Questionário de Atitudes e Ethos da Medicina

Nome: _____

Ethos da Medicina: Preparo Médico para o Papel de Promotor de Saúde Integral

Ao término da graduação médica os recém egressos possuem diferentes possibilidades para desenvolver sua vida profissional na Medicina. Nós queremos estudar suas impressões quanto alguns princípios de Medicina preventiva e promoção de saúde e entender as perspectivas profissionais de atenção à saúde no futuro.

O propósito do questionário é verificar qual seu nível de concordância ou discordância diante de alguns conceitos, competências, princípios e atributos relacionados prática da promoção de saúde.

Suas respostas a este questionário serão mantidas de maneira confidencial e os dados serão analisados somente em amostras de grupo.

Use as seguintes respostas para descrever em qual extensão você concorda ou discorda das afirmativas.

- 1 – Discordo Totalmente (DT);
- 2 – Discordo parcialmente (DP);
- 3 – Concordo em parte (CP);
- 4 – Concordo totalmente (CT).

	DT	DP	CP	CT
1. Para ser um médico efetivo é preciso tanto saber promover saúde quanto saber tratar doenças.				
2. Uma boa prática médica em qualquer subespecialidade envolve dedicação de tempo para orientar os pacientes em mudanças de hábitos e melhoria do estilo de vida.				
3. Para solucionar os problemas de saúde da população é necessário investir mais recursos financeiros na prevenção de doenças e promoção de saúde do que em hospitais e Oterapias.				

- 1 – Discordo Totalmente (DT);
 2 – Discordo parcialmente (DP);
 3 – Concordo em parte (CP);
 4 – Concordo totalmente (CT).

	DT	DP	CP	CT
4. É uma responsabilidade do médico promover saúde através de educação em saúde e auxílio na mudança de hábitos dos pacientes.				
5. Na graduação ficou como aprendizado que prevenção de doenças e promoção de saúde estão fora da esfera de atuação prática do médico no seu cotidiano profissional.				
6. Atuar como médico comprometido principalmente com o tratamento de doenças agudas ou crônicas agudizadas de indivíduos hospitalizados representa melhor o meu futuro profissional.				
7. Atuar como médico comprometido principalmente com a proteção de saúde de populações através de políticas de saúde representa melhor o meu futuro profissional.				
8. Atuar como médico comprometido principalmente com a promoção de saúde integral, mudança de estilo de vida de indivíduos e comunidades representa melhor o meu futuro profissional.				
9. Atuar como médico comprometido principalmente com a reabilitação de doentes e recuperação da saúde de indivíduos representa melhor o meu futuro profissional.				
10. Atuar como médico comprometido principalmente com ensino e pesquisa científica em ambiente acadêmico representa melhor o meu futuro profissional.				
11. Durante os anos da graduação houve adequada exposição aos conhecimentos sobre promoção de saúde, desenvolvimento de habilidades e atitudes relacionadas.				
12. Durante os anos de graduação houve apresentação do paradigma salutogênico (gerador de saúde).				

- 1 – Discordo Totalmente (DT);
- 2 – Discordo parcialmente (DP);
- 3 – Concordo em parte (CP);
- 4 – Concordo totalmente (CT).

	DT	DP	CP	CT
13. Durante a graduação haviam professores considerados bons exemplos com atuação principal na área de promoção de saúde.				
14. Os resultados práticos da promoção de saúde possuem pouca evidência científica atualmente.				
15. Saúde é, para fins práticos no dia-a-dia da Medicina, a ausência de doenças.				
16. Não se pode considerar responsabilidade do médico a promoção de bem estar psicológico, social e espiritual, pois para isso existem outros profissionais e instituições.				
17. Para melhorar a saúde da população do planeta é preciso, principalmente, formar mais médicos e desenvolver novas tecnologias para diagnosticar e tratar as doenças.				
18. Com os ensinamentos recebidos na graduação é possível saber o que fazer na prática médica para promover saúde integral dos pacientes.				
19. A prática médica cotidiana precisa envolver, além dos cuidados com indivíduos, intervenções na comunidade.				
20. O médico é um especialista no corpo humano, sendo a mente, a alma ou o espírito temas fora do contexto médico profissional.				