

Ricardo Zalavsky

**O ENSINO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NAS
FACULDADES DE MEDICINA DAS UNIVERSIDADES
PÚBLICAS DO ESTADO PARANÁ**

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

1. INTRODUÇÃO

1.2 O interesse pelo objeto

Cursei a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul entre os anos de 1999 e 2004. Desde a época de estudante e desde que tivemos os primeiros contatos com pacientes, sempre me caracterizei como um aluno com grande interesse em escutar as pessoas. Uma das primeiras lições que tive é que, juntamente com as queixas, a princípio, de origem orgânica, sempre vem junto, por parte do paciente, os sentimentos em relação à seu problema, as repercussões em sua vida pessoal e na vida de seus familiares bem como em suas relações, a interferência do problema em vários aspectos de sua cultura, entre outras repercussões. Assim, sempre tive a sensação de que, arbitrariamente, optar em abordar apenas as queixas “orgânicas”, tratava-se de abordagem incompleta e, portanto, com o risco de se solicitar exames e prescrever medicações desnecessárias e, por fim, nem se aproximar ao ponto que o paciente, de fato, queria abordar na consulta.

Ter esse perfil me trouxe muitas vezes problemas, pois havia a tendência de ter consultas mais longas que meus colegas de faculdade, o que me fazia ser visto como alguém com dificuldades acadêmicas. Além disso, por pouca experiência e conhecimento e pelo fato de queixas orgânicas e aspectos emocionais não são, de fato, dimensões separadas, tinha dificuldade em ser assertivo na passagem de caso para os professores, pois não sabia como e o que dar mais importância ou “o que o professor queira ouvir”.

Ao me formar, não havia mais um professor que iria tomar as decisões clínicas por mim. Por não achar concebível que um médico “feche os olhos” voluntariamente a algumas variáveis da saúde e doença dos pacientes, decidi que não iria ignorar as dimensões não-orgânicas do adoecimento mesmo que eu não fosse, diretamente, um profissional dito “da saúde mental”. Dessa forma, decidi que sempre ficaria atento e faria anotações dos detalhes quando, durante a consulta, o paciente demonstrasse seus sentimentos, ou quando algum sentimento meu fosse despertado pelo caso ou quando a repercussão familiar fosse relevante e o paciente quisesse abordá-la em consulta ou quando a forma com que me expressei fez diferença para o tratamento e diagnóstico. Aprendi muito com essa postura e isso fez toda a diferença para a minha escolha por concorrer a vaga de residência médica em Medicina de Família e Comunidade. Fiz residência entre 2006 e 2008 onde tive intenso contato com o Método Clínico Centrado na Pessoa, técnica essa que passou a dar nome para muitas de minhas atitudes que, até então, fazia intuitivamente.

Após a residência médica, passei a atuar na Estratégia de Saúde da Família de Foz do Iguaçu, onde rapidamente fiquei conhecido no território como “o doutor que ouve a gente”. Mesmo que conseguisse criar um vínculo forte com os pacientes, o que fazia eu me sentir como exercendo a Medicina de forma mais integral e deixava os pacientes mais satisfeitos, ainda tinha a sensação de que minha escuta deveria se qualificar mais. Decidi que faria formação em Terapia Sistêmica de Família e Casal. Fiz

a formação entre 2010 e 2012. Esses conhecimentos contribuíram sobremaneira para tornar mais completa a escuta do ser integral que ali estava consultando comigo.

A experiência como Médico de Família e Comunidade, ou seja, a experiência em atender pessoas da população em geral com baixa carga de doença orgânica, juntamente com uma escuta integral mais qualificada fez me perceber que as principais demandas das pessoas, de forma geral, são de ordem psicossocial, mesmo que elas (as queixas), muitas vezes, venham mascaradas de problemas orgânicos. Isso veio consolidar, de maneira ainda mais forte, a ideia de que a Relação Médico-Paciente é a ferramenta mais preciosa que o Médico tem ao seu dispor. E ainda subutilizada em função da pressão organicista ora da própria formação médica, ora dos pacientes cada vez com mais acesso à informação e desejosos de exames de alta complexidade, ora da indústria farmacêutica e sua pressão para a prescrição de medicações (o que é, indiretamente, uma pressão para olhar o processo saúde-doença como algo meramente orgânico).

O próximo desafio que percebi atravessando meu caminho foi como ajudar outros médicos e profissionais da saúde a ter um olhar e escuta mais integrais de seus pacientes. Quais as melhores formas de fazer isso? Como sensibilizar os colegas que entendem que a Relação Médico-Paciente não é necessária? Com minha aprovação no concurso para ser professor da UNILA, passei também e me questionar quais seriam as melhores formas de trabalhar com os aspirantes a Médico a construção dessa relação, tanto do ponto de vista das técnicas utilizadas no *setting* médico, quanto do entendimento amplo das variáveis envolvidas nessa relação e da sensibilização de olhar para esse vínculo especial com o mesmo carinho com que se tratam síndromes orgânicas clinicamente bem definidas.

1.2 A contextualização do objeto

Não há, hoje em dia, como desvincular a Relação Médico-Paciente da humanização da Medicina. Se essa relação, outrora, fora ferramenta cotidiana para os médicos sem que tivesse qualquer tipo de exaltação, hoje em dia o investimento nesse vínculo terapêutico, além de manter sua cotidianeidade, também é uma das principais bandeiras da humanização da Medicina. Afinal, a Relação Médico-Paciente é uma importante ferramenta para a concretização do modelo biopsicossocial.

Navarro¹ cita suas experiências clínicas de consultora em Hospital Universitário colocando que, até alguns anos atrás, os pedidos de consultoria psiquiátrica eram muito ricos em informações pessoais do paciente e que a expectativa sobre essa consultoria era um maior entendimento da pessoa que o paciente era. Havia grande curiosidade por parte da equipe que pediu a consultoria em saber o olhar do Psiquiatra sobre a pessoa. Ao longo do tempo, os pedidos foram mudando para, por exemplo, querer saber se “o paciente tem depressão ou ansiedade” ou pedidos para que o Psiquiatra acompanhasse o paciente após esse ter recebido uma notícia difícil. Essa experiência mostra um progressivo distanciamento dos médicos da pessoa que o paciente é, priorizando, assim, as suas queixas e doenças. Analisa também em seu texto a crise da Psicologia Médica (área que tem como objeto de estudo e trabalho a

Relação Médico-Paciente) no contexto do ensino, pois os alunos, muitas vezes, se vêem “cooptados por um pragmatismo que exclui outro valor que não a eficácia da ação e desconsidera (...) como desconsidera o valor da palavra”.

Há muito se reconhece que a saúde não é simplesmente a ausência de doenças, mas sim a presença e a relação entre diversos fatores de ordem biológica, psicológica, social, entre outros^{2,3}. Assim, uma das principais tarefas dos profissionais da saúde, independentemente da área de atuação, é implantar em sua prática a visão ampliada de sujeito e de determinantes da saúde. Olhar apenas para a dimensão biológica trata-se de assistência incompleta à saúde. No caso da profissão médica, a entrevista clínica e o exame físico, em conjunto, são responsáveis por 80% dos diagnósticos médicos. Por esse motivo, é importante que, durante a entrevista clínica, o paciente se sinta à vontade, acolhido e compreendido para que ele possa disponibilizar a maior quantidade e qualidade de informações possíveis para que se chegue ao diagnóstico com maior acurácia. Proporcionar esse ambiente ao paciente é o principal papel da Relação Médico-paciente. Assim, a Relação Médico-Paciente é a concretização do olhar Biopsicossocial na prática clínica.

Na mesma proporção em que a Relação Médico-Paciente é importante para prática médica, ela, muitas vezes, após o Médico formar-se, é esquecida⁴.

Baseado nas minhas inquietações pessoais e a relevância do desenvolvimento de competências relacionais entre o médico e o paciente, proponho as seguintes questões direcionadoras dessa pesquisa:

1.3 Questões da Pesquisa

- a. Como tem ocorrido o ensino da Relação Médico-Paciente nas escolas médicas das Universidades públicas do Paraná?
- b. Qual a carga horária destinada a esse ensino nas escolas médicas de universidades públicas do estado do Paraná?
- c. Qual a qualidade da Relação Médico-Paciente estabelecida pelos egressos das escolas médicas de universidades públicas do estado do Paraná?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Investigar o ensino da Relação Médico-Paciente nas escolas médicas de Universidades públicas do estado do Paraná.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a inserção curricular da relação médico-paciente nas escolas médicas de universidades públicas do estado do PR.
- Avaliar o estabelecimento de empatia na Relação Médico-Paciente estabelecida por médicos recém egressos de escolas médicas de universidades públicas do estado do Paraná.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Relação médico-paciente

Ainda que a relação estabelecida entre o médico e seu paciente, no contexto médico, sempre tenha sido importante, em uma era Médica pré-intervencionista, em que as opções diagnósticas e terapêuticas eram escassas, essa relação e sua intensidade tinham importante papel no processo de cura. O desenvolvimento da chamada Relação Médico-Paciente teve um grande impulso junto com os grandes impulsos desenvolvimentista ocorrido com a Medicina na segunda metade do século XIX. Nesse contexto, a Psicanálise, prática psicoterápica proposta por Sigmund Freud²², foi uma das maiores responsáveis por investigar as diversas variáveis envolvidas nessa relação. Entre todos os conceitos trazidos por Freud, dois deles foram de grande importância para a história da Relação Médico-Paciente: transferência e Contratransferência.

A transferência corresponde à resposta emocional do paciente na consulta médica e relaciona-se diretamente com os seus sentimentos que a figura do médico e a forma como ocorre o andamento da consulta geram nele. A contratransferência, por outro lado, corresponde à experiência emocional semelhante, porém vivenciada pelo próprio médico em relação ao seu paciente²³. Tanto a primeira quanto a segunda guardam direta relação com o processo de criação do paciente e do médico bem como a semelhança entre essa relação e as relações vivenciadas por essas pessoas em outros contextos de vida, normalmente a infância. Freud criou e desenvolveu esses conceitos no contexto da Psicanálise. Contudo, foi Michael Balint que fez a transposição dessas ideias da Psicanálise para a prática clínica generalista. Através de sua obra, Balint demonstrou a importância de o médico não psicanalista conhecer e saber administrar suas próprias emoções durante a consulta médica e como esse processo pode levar a melhores desfechos da consulta²³.

A ideia da psicanálise enquanto principal referência norteadora da Relação Médico-Paciente teve e ainda tem grande importância. Porém, com o crescimento da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) nos sistemas nacionais de saúde, bem como o seu caráter de ações coletivas e de inserção do cuidado pessoal como parte do cuidado familiar, a Relação Médico-Paciente vem, gradualmente, recebendo maiores contribuições da chamada Abordagem Sistêmica²⁵. Com essa abordagem, as reações emocionais do médico e do paciente não perdem seu lugar. Essa abordagem, juntamente com o olhar Biopsicossocial trazido pela OMS³, vem chancelando a importância de outros aspectos para além do orgânico como determinante de saúde e, conseqüentemente, cada vez mais o estabelecimento de uma relação de confiança para que essas dimensões possam ser abordadas.

3.2 Formação Médica

Apesar de o ensino médico no Brasil datar do início do século XIX, momento em que foi fundada a primeira escola de Medicina no Brasil, o século XIX terminou com apenas 3 escolas médicas Brasileiras⁹. Foi durante o século XX, especialmente na segunda metade, que o número de faculdades de Medicina teve um crescimento mais acelerado, movimento esse que vem ocorrendo novamente nessa segunda década do século XXI.

Com a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina (DCN), as escolas médicas passam a ter uma orientação mais consistente a respeito dos caminhos que devem ser seguidos para ter uma formação médica de qualidade bem como uma ideia mais bem formada sobre as características desejáveis de um egresso de escola médica²¹.

Em 2014, com a publicação das novas DCN's, o perfil de formação dá um grande passo em direção a uma formação médica mais humanizada e com ênfase na formação de médicos generalistas capazes de fazer a coordenação do cuidado e estabelecer uma boa comunicação com seus pacientes.

Nesse ínterim, essa pesquisa mostra-se com grande relevância, pois avaliar a capacidade dos alunos do último ano das escolas médicas em estabelecer uma boa relação médico-paciente vai ao encontro dessa nova visão Brasileira sobre a formação médica.

3.3 Ensino da relação médico-paciente na graduação

O ensino da Relação Médico-Paciente na graduação, por tratar-se do ensino de uma relação e não apenas de uma técnica objetiva, ocorre no cenário do ensino formal, mas também ocorre no nível relacional. Da mesma forma que as relações familiares são importante preparação para as relações estabelecidas pelas pessoas nas suas interações fora do seio familiar, a Relação Professor-Aluno também é cenário de ensino-aprendizagem da Relação Médico-Paciente.

A Relação Professor-Aluno é um dos desafios para o Ensino da Relação Médico-Paciente¹. Em primeiro lugar, Carrió⁴ aborda o conceito de *fissura ética* em que “o profissional admite que o *correto* não é o que ele realmente aplica para solucionar uma situação clínica”. Dohms⁵ coloca que a aprendizagem baseada em modelos, possivelmente, por um tempo, foi a mais importante e única forma de aprendizado da comunicação clínica e que, ainda hoje, é uma forma de aprender a Relação Médico-Paciente. A autora traz o fato de que qualquer relação que o aluno venha a participar ou que presencie no contexto da graduação é, potencialmente, fonte de aprendizado de Relação Médico-Paciente. Como exemplo, podemos citar a Relação Professor-Paciente, Professor-Professor, Professor-Serviço de Saúde, Aluno-Aluno, entre outras. Esse aprendizado que ocorre em contexto “extra-oficial”, Carrió² define como sendo o *currículo inaparente*. Este também tem o seu papel no aprendizado do aluno. Em segundo lugar, os alunos, muitas vezes por estarem culturalmente contaminados por um modelo de atenção que enfatiza o biológico em detrimento de um olhar

biopsicossocial, colocam-se numa posição em que a comunicação clínica não é algo de fato importante para a formação médica¹.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina coloca, em diversos pontos de seu texto, a importância do desenvolvimento das habilidades de comunicação verbal e não-verbal do aluno de graduação com pacientes, famílias, comunidades e colegas de ensino e de futura profissão⁶. Dohms⁵ traz em sua pesquisa a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) no ensino da Comunicação Clínica. Conforma a autora, alunos de último ano de graduação em Medicina de uma escola médica Brasileira, uma Espanhola e uma Holandesa identificam, em suas percepções, a APS como importante cenário de aprendizado da Relação Médico-Paciente, pois é um nível de atenção em que se privilegia a promoção e a prevenção, em que se conhece a família inteira dos pacientes e a comunidade e em que, de acordo com os alunos, há mais tempo para o diálogo Médico-Paciente, o que não ocorre em prática hospitalar.

4. METODOLOGIA.

4.1. Fundamentação Metodológica

Trata-se de uma pesquisa exploratória⁸, pois tem a intenção de realizar uma aproximação com o tema da inserção curricular da Relação Médico-Paciente em escolas médicas de universidades públicas do Paraná. Contudo, também é uma pesquisa descritiva⁸, pois haverá a descrição curricular e identificação do estabelecimento de empatia por parte dos recém-egressos de escolas médicas de universidades públicas do Paraná. A pesquisa terá uma abordagem mista: qualitativa e quantitativa. No que concerne ao aspecto qualitativo, será feita análise documental, que caracteriza-se por pesquisa em, além de artigos e livros, outros tipos de documentos como jornais, tabelas, gráficos, documentos oficiais, entre outros⁷. Nesse caso, a pesquisa documental será feita no Projeto Pedagógico de Curso (PPC) das escolas médicas de universidades públicas do Paraná. Já o aspecto quantitativo será feito em função do levantamento do estabelecimento de empatia na Relação Médico-Paciente por parte dos membros da amostra através de instrumento validado.

4.2. O Contexto da Pesquisa

O estado do Paraná possui 15 escolas médicas. Dessas, 8 são privadas, 2 são federais e 5 são estaduais. Portanto, o estado do Paraná possui 7 escolas médicas públicas (TABELA 1).

Universidades públicas do estado do Paraná com escolas médicas (Tabela 1)
Universidade Federal do Paraná (UFPR)
Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA)
Universidade Estadual do Oeste do Paraná Campus Cascavel e Francisco Beltrão
Universidade Estadual de Maringá (UEM)
Universidade Estadual de Londrina (UEL)
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)

Em relação às Universidades Federais do Estado do Paraná, a Universidade Federal do Paraná (UFPR) é a Universidade mais antiga do Brasil tendo sido fundada em 1912¹⁰. Em 1913 houve a fundação da Faculdade de Medicina na cidade de Curitiba, sendo a quinta mais antiga do Brasil. Já a Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) foi fundada em 2010 e a Faculdade de Medicina, em 2014. Apresenta parceria com a Usina Hidrelétrica Itaipu Binacional, pois parte de suas atividades acadêmicas ocorrem no Parque Tecnológico de Itaipu (PTI). Essa Universidade está localizada em Foz do Iguaçu, PR, na região chamada de tríplice fronteira, pois é o local de encontro entre Brasil, Argentina e Paraguai. Ela nasceu com uma importante função de integração regional e possui discentes, além do Brasil, de países que compõem o MERCOSUL¹¹.

Em relação às Universidades Estaduais do Estado do Paraná, A Universidade Estadual de Londrina (UEL) foi fundada em 1970¹², ainda que a Faculdade de Medicina já existisse desde 1965, pela junção de 5 cursos superiores. A Universidade Estadual de Maringá (UEM), a Universidade foi criada em 1969, mas o curso de Medicina apenas em 1988¹³. Os cursos de Medicina da UEL e da UEM são os principais cursos da região do Norte do Paraná. A Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) foi criada em 1969 e sua influência abarca 22 municípios da região centro-sul do estado do Paraná¹⁴. O curso foi criado em 2001, porém era pleiteado pelo município desde 1968¹⁵. Em 2003, alegando impossibilidade de manter financeiramente, o governo do estado extinguiu o curso de Medicina, o qual, após grande mobilização da comunidade acadêmica e da cidade de Ponta Grossa, o curso foi reaberto em 2009 e reconhecido por decreto-lei em 2013¹⁶. Como todas as outras Universidades acima citadas, a universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) foi fruto da fusão de cursos de graduação isolados que, através de decreto-lei, acabam por criar a universidade através da fusão deles. Ela foi criada em 1994 e desde 2000 ela conta com o Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). O curso de Medicina da UNIOESTE Campus Cascavel é o primeiro da região oeste do Paraná e foi fundado em 1996 e implantado em 1997¹⁷. Por fim, o curso de Medicina da UNIOESTE campus Francisco Beltrão teve decreto-lei aprovado em 2011 e passou a funcionar em 2013¹⁸. Também está localizada na região sudoeste do Paraná e é a 2ª escola médica mais nova do estado.

4.3. A População de Estudo

A população da pesquisa será composta por todos os alunos do 12º semestre do curso de Medicina de Universidades públicas do estado do Paraná. Na pesquisa, não será feito processo de amostragem dessa população. Será considerado, no âmbito dessa pesquisa, o conjunto de internos do último ano dos respectivos cursos do estado do Paraná. Assim, a população em estudo não será considerada no nível de sua própria universidade, não havendo, portanto, comparação entre as respectivas escolas médicas no que concerne ao objeto da pesquisa.

4.4. Instrumentos de Coleta de Dados

A coleta de dados a respeito da inserção curricular da Relação Médico-Paciente será feita através de pesquisa de pesquisa documental feita junto aos PPC's dos respectivos cursos. Para os casos em que essas informações não estiverem disponíveis na internet ou que houver dúvidas quanto à qualidade das informações, serão agendadas entrevistas com os docentes das disciplinas para a obtenção desses dados.

Será feita aplicação da *Escala de Jefferson de Empatia Médica* a todos os alunos do sexto ano dos acima citados cursos de Medicina. Essa escala foi formulada por pesquisadores da Universidade de Jefferson (Estados Unidos) e como propósito inicial ser aplicada a estudantes de Medicina. Já foi objeto de diversos estudos. Entre eles, estudos que mostraram que os profissionais médicos de “especialidades voltadas para os pacientes” pontuaram mais alto do que os médicos com “especialidades voltadas para tecnologia”. É uma escala auto-aplicável com 20 itens, e as respostas estão

dispostas em uma escala tipo *Likert* com pontuação entre 1 (discordo fortemente) e 7 (concordo fortemente)¹⁹.

4.5. Análise dos Dados

Os dados coletados nessa pesquisa serão tabulados e submetidos à avaliação estatística pertinente.

4.6. Procedimentos Éticos

Para a realização dessa pesquisa, serão apresentados às instituições participantes um termo de concordância em participar da pesquisa, sem o qual a instituição não será incluída no projeto. Além disso, a pesquisa passará pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Todos os alunos que participarem da coleta de dados através do preenchimento do instrumento definido para mensuração da empatia estabelecida na Relação Médico-Paciente preencherão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) evidenciando sua livre participação na pesquisa. O TCLE foi construído em consonância com as normas do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)¹⁹.

5. PROPOSTA DE CRONOGRAMA

A pesquisa respeitará um cronograma de atividades explicitado logo abaixo.

ETAPAS	2015											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Aprovação pelo comitê de ética	x	x	x									
Contato com as Universidades participantes e assinatura do termo de concordância			x	x	x							
Pesquisa documental nos PPC's das universidades participantes						x	x	x				
Aplicação do instrumento de avaliação da empatia.									x	x	x	x
Escrita da pesquisa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

ETAPAS	2016											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Tabulação dos dados	x	x	x									
Análise dos dados				x	x	x	x	x	x			
Submissão à banca examinadora										x		
Apresentação da pesquisa											x	
Entrega da versão final após a revisão												x
Escrita da pesquisa	x	x	x	x	x	x	x	x	x			

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Branco, R.F.G.R (org.). *A Relação com o paciente: Teoria, Ensino e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
2. Organização das Nações Unidas. UNESCO. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas de 10 de Dezembro de 1948. Brasília, 1998.
3. Organização Mundial da Saúde. Primeira Conferência Mundial Sobre Promoção à Saúde. Carta de Ottawa, 1986.
4. Carrió, F.B. *Entrevista Clínica: Habilidades de Comunicação para Profissionais de Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2012.
5. Dohms, M; Tesser, CD; Grosseman, S. Potencialidades no Ensino da Comunicação Médico-Paciente em Três Escolas Brasileira, Espanhola e Holandesa. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 37 (3): 311-319; 2013.
6. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara do Ensino Superior. Resolução Nº 3 de 20 de Junho de 2014. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*.
7. Gerhardt, TE; Silveira, DT. *Métodos de Pesquisa*. Série Educação à Distância. 1ª edição. Porto Alegre: editora da UFRGS, 2009.
8. Gil, AC. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6ª edição. São Paulo: Editora Atlas, S.A, 2008.
9. Nassif, A.C.N. **Escolas por Estado**. Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/estado.php>. Acessado em 29.11.2014.
10. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Disponível em: <http://www.ufpr.br/portalufpr/historico-2/>. Acessado em 29.11.2014.
11. UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA. Disponível em: <http://www.unila.edu.br/conteudo/hist%C3%B3ria-da-unila-0>. Acessado em 29.11.2014.

12. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Disponível em: <[http://www.uel.br/proplan/plano diretor 2010 2015/texto numerado Plano Diretor.pdf](http://www.uel.br/proplan/plano_diretor_2010_2015/texto_numerado_Plano_Diretor.pdf)>. Acessado em 29.11.2014.
13. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ. Disponível em: <[http://www.uem.br/index.php?option=com content&task=view&id=55&Itemid=205](http://www.uem.br/index.php?option=com_content&task=view&id=55&Itemid=205)>. Acessado em 30.11.2014.
14. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA. Disponível em: <[http://www.uepg.br/uepg historico/](http://www.uepg.br/uepg_historico/)>. Acessado em 30.11.2014.
15. Sem autoria. O Curso de Medicina da UEPG. Disponível em: <[http://www.plantaodacidade.com.br/novo/pagina/ocursodemedicinada uepg](http://www.plantaodacidade.com.br/novo/pagina/ocursodemedicinada_uepg)>. Acessado em 30.11.2014.
16. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA. Disponível em: <<http://www.uepg.br/catalogo/cursos/2014/medicina.pdf>>. Acessado em 30.11.2014.
17. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ. Disponível em: <[http://www.cascavel.unioeste.br/index.php?option=com content&view= article&id=315&Itemid=438](http://www.cascavel.unioeste.br/index.php?option=com_content&view=article&id=315&Itemid=438)>. Acessado em 30.11.2014.
18. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ. Disponível em: <<http://www.unioeste.br/campi/beltrao/>>. Acessado em 30.11.2014.
19. AGUIAR, P; SALGUEIRA, A; FRADA, T; COSTA, MJ. Empatia Médica: tradução, validação e aplicação de um instrumento de medição. In: X CONGRESSO GALEGO-PORTUGUÊS DE PSICOPEDAGOGIA, 10, 2009, Braga, Portugal. Universidade do Minho.
20. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa. *Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa*. Série A: Normais e Manuais Técnicos. Série CNS Cadernos Técnicos. 4ª edição revista e atualizada. 1ª reimpressão. Brasília, DF. 2007.
21. Conselho Nacional de Educação. Câmara do Ensino Superior. Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de Novembro de 2001. *Aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina*.
22. Freud, S. O Futuro de uma Ilusão. L&M Pocket. Porto Alegre, RS. 2010.

23. Schaf, S. Relacionamento Médico-Paciente. Rev Bras Reumatol v. 43, n. 4, p. 238-239, jul/ago., 2003.
24. Balint, M. O Médico, o Paciente e a Doença. Editora Atheneu. Belo Horizonte, MG. 2005.
25. Asen, E; Tomson, D; Young, V; Tomson, P. 10 Minutos para a Família: Intervenções Sistêmicas em Atenção Primária à Saúde. Editora Artes Médicas. Porto Alegre, RS. 2012.

7. ANEXO 1 – ESCALA JEFFERSON DE EMPATIA MÉDICA – VERSÃO PARA ESTUDANTES

Por favor, indique o seu nível de concordância com as seguintes afirmações:

(Assinale a opção escolhida na seguinte escala com um : em caso de erro, preencha por completo o quadrado ■ e assinale com um a opção correta)

	Discordo fortemente					Concordo fortemente							
	1	2	3	4	5								
						6	7						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. A compreensão dos médicos em relação aos sentimentos dos seus pacientes e de seus familiares não tem influência no tratamento clínico ou cirúrgico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os pacientes sentem-se melhor quando os médicos compreendem os seus sentimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. É difícil para um médico ver as coisas na perspectiva dos pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Compreender a linguagem não verbal (corporal) é tão importante quanto compreender a linguagem verbal nas relações médico-paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O senso de humor de um médico contribui para resultados clínicos melhores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Considerando que as pessoas são diferentes, é difícil ver as coisas na perspectiva dos pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Prestar atenção às emoções dos pacientes não é importante ao se obter a história clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A atenção às experiências pessoais dos pacientes não influencia o resultado dos tratamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Os médicos deveriam tentar colocar-se no lugar dos seus pacientes quando estão cuidando deles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os pacientes valorizam a compreensão que o médico tem dos seus sentimentos, o que é terapêutico por si próprio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. As doenças dos pacientes só podem ser curadas por meio de tratamentos médicos ou cirúrgicos; assim, os laços emocionais estabelecidos entre médicos e seus pacientes não têm influência significativa no tratamento clínico ou cirúrgico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fazer perguntas aos pacientes sobre o que se passa na sua vida privada não ajuda na compreensão das suas queixas físicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Os médicos deviam tentar compreender o que se passa na cabeça dos seus pacientes, prestando mais atenção aos sinais não verbais e à sua linguagem corporal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eu acredito que as emoções não têm qualquer participação no tratamento das doenças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. A empatia é uma habilidade terapêutica sem a qual o sucesso do médico é limitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A compreensão dos médicos acerca do estado emocional dos seus pacientes e das famílias dos seus pacientes é um componente importante da relação médico-paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os médicos deveriam tentar pensar como os seus pacientes para prestarem melhores cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Os médicos não deveriam se deixar influenciar pela existência de fortes relações pessoais com os seus pacientes e as famílias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Não aprecio literatura não médica ou outras formas de arte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Portuguese (Brazil) translation by Helena Paro, Iolanda Tibério and Renata Daud Gallotti, University of São Paulo, Brazil

For permission to use the scale contact Empathy Scales@Jefferson.edu

© Jefferson Medical College, All rights reserved