



**O CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E A
HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO MÉDICO: UMA
EXPLICAÇÃO PAUTADA EM VALORES HUMANOS E
ATITUDES**

ANGELA MARIA MOREIRA CANUTO MENDONÇA

Tese de Doutoramento em Bioética

Porto
2014

Angela Maria Moreira Canuto Mendonça

**O CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E A
HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO MÉDICO: UMA
EXPLICAÇÃO PAUTADA EM VALORES HUMANOS E
ATTITUDES**

Tese de candidatura ao grau de Doutor em Bioética

Orientador: Prof. Dr. Rui Nunes, Professor
Catedrático da Faculdade de Medicina da
Universidade do Porto

Co-orientadores:

Prof. Dr. José Humberto Belmino Chaves,
Professor da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Alagoas

Prof. Dr. Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho,
Professor da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Alagoas

Prof. Dra. Guilhermina Rego, Professora Auxiliar
da Faculdade de Medicina da Universidade do
Porto

Porto

2014

M539o Mendonça, Angela Maria Moreira Canuto
O Consentimento livre e esclarecido e a humanização no
atendimento médico: uma explicação pautada em valores humanos e atitudes /
Angela Maria Moreira de Canuto Mendonça; Orientador Rui Nunes. – Porto,
2014. 177f.

Tese (Doutorado) Universidade do Porto, Programa de Pós-Graduação em
Bioética, 2014.

Inclui bibliografia

1. Medicina. 2. Consentimento Livre e Esclarecido. 3. Humanização. 4.
Valores Humanos. 5. Atitudes. I. Rui Nunes. II. Universidade do Porto.
Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDU: 61.1

Angela Maria Moreira Canuto Mendonça

**O CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E A
HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO MÉDICO: UMA
EXPLICAÇÃO PAUTADA EM VALORES HUMANOS E
ATITUDES**

Esta Tese foi julgada e aprovada para a obtenção do grau de
Doutor em Bioética no Programa de Pós-Graduação em Bioética
da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Portugal

Aprovado em ____ de _____ de 2014

Banca Examinadora

Prof. Dr. Rui Nunes (Faculdade de Medicina – Universidade do Porto, *Orientador*)

(Instituição, *Coorientador*)

Prof. Dr. XXXXXXXXXXXXX (Instituição, *Membro Interno*)

Prof. Dr. XXXXXXXXXXXXX (Instituição, *Membro Externo*)

Prof. Dr. XXXXXXXXXXXXX (Instituição, *Membro Externo*)

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, Rubens de Mendonça Canuto (*in memoriam*), que me confia, com delicadeza, a sua presença nos dias mais sombrios, tornando-os mais leves.

A minha mãe, Dilma Moreira de Mendonça Canuto, que ao longo da vida tem sido exemplo de força, fé e perseverança.

Aos meus filhos, Clarissa, Carlos Eduardo e Eduarda, a revelação do amor e das inúmeras possibilidades do viver.

A Laura, neta, vida em promessa, fé no amanhã, amor e emoção. Tão pequena e já me ensina como a vida pode ser generosa e plena de significados.

A todos os que fazem a FAMED – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas –, pelas oportunidades que me proporcionaram para o meu aprimoramento intelectual, pessoal e profissional.

Além disso, o percurso desta tese envolveu muita leitura, reflexões, noites insones e algumas pessoas que, de maneira especial, contribuíram neste processo. Quero, portanto, expressar a minha gratidão:

Deus, força maior que me inspira, impulsiona e fortalece em todos os momentos.

Ao Prof. Dr. Rui Nunes, meu orientador, que me conduziu por espaços significativos pelo belo caminho da Bioética.

Ao Prof. Dr. José Humberto Belmino Chaves que, com delicadeza, atenção e firmeza, orientou-me e em todo este tempo foi o meu exemplo de obstinação.

Ao Prof. Dr. Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho que, com organização, disciplina e competência, orientou-me com seriedade e generosidade intelectual.

Ao amigo e funcionário do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes, José Cícero da Rocha Cavalcante, a disponibilidade cristã em compartilhar o seu sólido conhecimento da informática nas minhas imensas dificuldades.

“Tenho pensamentos que, se pudesse revelá-los e fazê-los viver, acrescentariam nova luminosidade às estrelas, nova beleza ao mundo e maior amor ao coração dos homens.”

Fernando Pessoa

O Consentimento Livre e Esclarecido e a Humanização no atendimento médico: uma explicação pautada em valores humanos e atitudes

RESUMO

Pretendeu-se com este estudo fazer um levantamento das convicções e perspectivas dos estudantes de medicina e professores médicos quanto à compreensão, uso e a importância do TCLE e da prática humanizadora no atendimento médico. Para isso, foram realizados 3 estudos pontuais específicos: O Estudo 1 visou descrever as convicções e perspectivas de alunos e docentes de medicina sobre o TCLE e a Humanização. Através do *software* Alceste foram realizadas análises de conteúdo informatizadas com o apoio de técnicas estatísticas de χ^2 (coeficiente de associação) e Análise Fatorial de Correspondência; O Estudo 2 visou desenvolver uma medida psicométrica para a identificação de atitudes frente ao TCLE e à Humanização, sendo procedidas a Análise Fatorial Exploratória e a aplicação do teste do Alfa de Cronbach; E, o Estudo 3, visou compreender como os valores humanos e as atitudes permeiam e explicam as convicções de Médicos sobre o TCLE e a Humanização em sua prática profissional, através de uma análise comparativa, em que, foram realizadas estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, erro padrão e intervalo de confiança de 95%) e de tomada de decisão (teste *t* de student) para comparar os escores médios dos construtos aqui considerados em função do item-critério e sexo. Como resultado, foram encontrados evidências de que os participantes compreendem o TCLE e sua utilização no processo de humanização. Além disso, foi desenvolvida uma medida teoricamente fundamentada, testada empiricamente, e de fato parcimoniosa, que possui 14 itens pontuais. Ainda, o estudo mostrou que as médicas tendem a ser mais humanizadas que os médicos, uma vez que houve uma predominância de intenção comportamental entre as mulheres. Por fim, verificou-se que a humanização tem como preditores os constructos de Intenção Comportamental (atitude) e de Humanitário e Social (valores humanos), ou seja, são pessoas que não se prendem aos bens materiais e tendem a dar mais importância a afetos e prazeres da vida, priorizando as relações interpessoais, o que pode indicar que a humanização não pode ser ensinada, mas que faz parte de uma orientação idiossincrática da pessoa, isto é, pode ser nato ou mesmo cultural.

Palavras-chave: Humanização; TCLE; Medicina; Bioética.

The Free, Prior and Informed Consent (FPIC) and the Humanization process on the Medical Health Care: an Explanation Grounded in Human Values and Attitudes

ABSTRACT

The intention of this study was to survey the beliefs and perspectives of medical students and medical professors about the understanding, use and importance of the FPIC and the Humanizing practice in medical health care. For this, it was conducted 3 specific studies: Study 1 aimed to describe the beliefs and perspectives of students and professors of medicine about the FPIC and the Humanization. Through software Alceste were performed computerized content analysis supported by statistical techniques of χ^2 (coefficient of association) and Factorial Analysis of Correspondence; Study 2 aimed to develop a psychometric measure for identifying attitudes towards FPIC and Humanization, and were proceeded an Exploratory Factor Analysis and an application of the test of Cronbach's Alpha; And, Study 3 aimed to understand how human values and attitudes permeate and explain the beliefs of doctors about the FPIC and the Humanization in their professional practice. Through a comparative analysis in which were performed descriptive statistics (mean, standard deviation, standard error and confidence interval of 95%) and decision making (student t test) to compare the mean scores of the constructs considered in function of item-criterion and gender. As a result, were found some evidence that the participants understood the Informed Consent and its use in the humanization process. In addition, it was developed a measure theoretically grounded, empirically tested, and parsimonious in fact, which has 14 specific items. Furthermore, the study showed that women doctors tend to be more humanized, since there was a predominance of women among behavioral intent. Finally, it was found that the humanization has as predictors the constructs of Intent Behavioral (attitude) and Humanitarian and Social (human values), i.e., people who are not attached to material things and tend to give more importance to affections and pleasures of life, emphasizing interpersonal relationships, which may indicate that the humanization cannot be taught, but that is part of an idiosyncratic life of the individual, that is, can be born or even cultural.

Keywords: Humanization, FPIC, Medicine, Bioethics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama da Teoria da ação racional e comportamento planejado	75
Figura 2. Facetas, dimensões e subfunções dos valores básicos	78
Figura 3. Estrutura da congruência das subfunções dos valores básicos	80
Figura 4. Dendograma com partições em Classes lexicais	88
Figura 5. Dendograma com a intersecção das classes	89
Figura 6. Contribuição de cada classe em percentual de explicação do <i>corpus</i>	89
Figura 7. Plotagem das palavras analisadas, classes e variáveis marcadoras	106
Figura 8. Distribuição gráfica dos valores próprios do fator atitude	112
Figura 9. Distribuição gráfica dos valores próprios do fator normas subjetivas	113
Figura 10. Distribuição gráfica dos valores próprios do fator percepção de controle	115
Figura 11. Distribuição gráfica dos valores próprios do fator intenção comportamental	116

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Diferença entre os escores médios em função do item-critério	123
Gráfico 2 – Diferença entre os escores médios em função do sexo	124

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Descrição das UCEs mais características da Classe 1	90
Quadro 2: Descrição das UCEs mais características da Classe 2	96
Quadro 3: Descrição das UCEs mais características da Classe 3	100
Quadro 4: Palavras específicas de cada classe	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Análise de componentes principais do fator atitude	112
Tabela 2: Análise de componentes principais do fator normas subjetivas	113
Tabela 3: Análise de componentes principais do fator percepção de controle	115
Tabela 4: Análise de componentes principais do fator intenção comportamental	116
Tabela 5: Média, desvio padrão, erro padrão e IC de 95%	122
Tabela 6: Média, desvios padrões, teste t e valores de probabilidade em função do item-critério	122
Tabela 7: Média, desvios padrões, teste t e valores de probabilidade em função do gênero	124

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFAL – Universidade Federal de Alagoas

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

SUS – Sistema Único de Saúde

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CEP – Comitê de ética em pesquisa

PPGBIOS – Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva

Et al. – E outros

Sumário

INTRODUÇÃO	15
Contextualização Teórica do Problema de Pesquisa	18
A Bioética e o seu Papel na Pesquisa	23
Objetivos e Definição do Estudo	26
PARTE I – MARCO TEÓRICO	
1. CONSENTIMENTO INFORMADO	28
1.1. Breve Histórico do Consentimento Informado.....	28
1.2. Consentimento Informado e Aspectos Legais	30
1.3. O TCLE e a sua aplicação à Intervenção Médica.....	32
1.4. O TCLE e a sua aplicação à Pesquisa com seres humanos	32
1.5. O TCLE e a Bioética.....	35
1.6. O TCLE: Elaboração e Conteúdo	36
2. HUMANIZAÇÃO	50
2.1. Breve Histórico sobre a Humanização.....	50
2.2. A Humanização dos Cuidados em Saúde	52
2.3. A Humanização no Contexto da Formação Médica	60
3. DISPOSIÇÕES ATITUDINAIS	68
3.1. Atitudes	68
3.1.1. Definição de atitudes	68
3.1.2. Estrutura das atitudes	69
3.1.3. Funções das atitudes.....	69
3.1.4. Medidas de atitudes.....	70
4. DISPOSIÇÕES VALORATIVAS	76
PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS	
Estudo 1. Convicções e Perspectivas de Estudantes e Professores de um curso de Medicina sobre o TCLE e a Humanização	83
Método	84
Resultados e Discussão	87
Considerações do Estudo	107
Estudo 2. Escala de atitudes frente ao TCLE e o processo de Humanização no campo da Medicina: Construção e Validação.....	108
Método	108
Resultados.....	111

Discussão	117
Considerações do Estudo	117
Estudo 3. Valores Humanos e Atitudes como preditores da Humanização na atuação médica e o pleno conhecimento do TCLE.....	119
Método	119
Resultados	121
Discussão	125
Considerações do Estudo	125
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
Consideração Geral.....	128
Implicações do Estudo	129
Limitações do Estudo.....	134
Apontamentos Finais	134
REFERÊNCIAS	136
APÊNDICES	
Apêndice A	158
Apêndice B	161
Apêndice C	165
Apêndice D	174

No século XX, o modelo biomédico estimulou a separação entre o indivíduo doente e o seu contexto psíquico e sociopolítico. Sendo um período de intensas descobertas científicas, esse século viveu grandes transformações, e é inegável que a visão biomédica do ser humano propiciou grandes novas descobertas, principalmente, nas áreas da fisiologia e da patologia. Um século que passou por duas grandes guerras mundiais, com consequências graves para a história da humanidade, assistiu também o nascimento da área da Bioética, o desenvolvimento de máquinas que tem o poder de desvendar o corpo e o mapeamento do genoma humano.

Nesse momento idiossincrático, já havia a influência do pensamento cartesiano na medicina, herança do século XVII quando o homem era visto como uma máquina, a doença consequência de alguma peça com defeito e a cura o conserto da peça danificada. Logo, é possível constatar que ao longo da história, a visão segmentada do corpo ganhou prestígio. Prestígio esse corroborado pela precisão das máquinas que, se pensava, fariam o diagnóstico mais correto. Simultaneamente, o médico distanciava-se da importância da anamnese e do exame físico, bem como os pacientes tornavam-se encantados com a tecnologia, que desvenda o corpo milimetricamente e microscopicamente em suas dimensões materiais.

Dentro desse contexto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a humanização passam a ser requisitos extremamente necessários, quer para o diagnóstico quer para a terapêutica das doenças, uma vez que as especificidades as quais médico e paciente necessitam possuem particularidades próprias e cada vez mais os procedimentos têm características invasivas. Em meio a essas circunstâncias, o resgate da humanização surge como uma ferramenta, que ao permear as relações de cuidado entre saúde e doença, faça emergir a valorização da anamnese, do criterioso exame clínico e da compreensão do ser humano como dotado de espírito e de mente, ambientado em um meio socioeconômico e político que nem sempre é favorável a uma boa condição de saúde.

Nesse sentido, o TCLE que deveria ter um papel dinâmico, e não apenas se constituir em um documento em que o paciente assina e atribui poderes ao médico, funciona muitas vezes como um mero instrumento burocrático que serve à proteção do médico e da instituição hospitalar frente aos imprevistos ou erros profissionais. Desse

modo, é importante ressaltar que o TCLE está diretamente ligado à relação médico-paciente, e que essa relação, provavelmente, é inviável sem a humanização.

Assim, sendo a humanização, atualmente, um dos assuntos mais discutidos na literatura médica e em programas de saúde de vários países, inclusive no Brasil, e sendo a relação médico-paciente frágil e delicada, pode-se inferir que se faz necessário destacar o tema da humanização, incluindo-a em uma reflexão sobre tal relação, em termos de pesquisa acadêmica, proporcionando novas abordagens e considerações para a área.

Considerando que o exercício da humanização inicia-se com o contato entre o médico e o paciente, Tavares¹ afirma que a consulta médica pode ser definida como uma interação complexa, multidimensional, entre dois agentes sociais: médico e paciente.

Nesse sentido, a relação médico-paciente deve constituir-se com base na confiança e na harmonia. Com efeito, uma relação médico-paciente desequilibrada gera uma insatisfação e uma sensação de injustiça que pode abater-se sobre ambos os agentes e tende a produzir dois modelos de comportamento: (1) o médico tenta melhorar a sua comunicação com o paciente, buscando restabelecer a confiança recíproca na relação e no prosseguimento do tratamento; e/ou (2) o paciente quebra o elo de sua relação com o médico e procura um novo profissional de saúde para atendê-lo.²

Por sua vez, no século XXI, a medicina parece ser dominada por dois paradigmas, um baseado em evidências e o outro baseado em valores. E ambos, as evidências e os valores, têm um impacto clínico direto nas tomadas de decisão em saúde.³ Nesse sentido, pela perspectiva de Rosenberg e Donald⁴ a medicina baseada em evidências, como o nome sugere, tem como base a melhor evidência médica analisada e utilizada racionalmente para a tomada de decisão em relação ao paciente. A medicina baseada em valores fundamenta-se em princípios éticos, prioritariamente, nas tomadas de decisão. Os valores são eminentemente indispensáveis nessa abordagem.

Os objetivos e os valores que permeiam a prática profissional do médico permitem uma sensibilidade consciente a respeito da vida e dessa prática profissional.⁵ Nessa visão, Alcalá⁶ afirma que os valores são disposições favoráveis para os objetivos que são buscados. No caso de um médico que está empenhado no cuidado e na cura do paciente, os valores orientam e dão sentido a sua prática.

Desse modo, a ciência biomédica moderna enfrenta imensos desafios, sendo um deles, e talvez o principal, o de igualar e conectar a medicina baseada em evidências com a medicina baseada em valores. Nesse ponto, ressalta-se a importância da educação médica, que deve promover a competência em relação aos avanços médicos tecnológicos, aliada à competência em relação aos valores e princípios éticos e profissionais.^{7,8,9,10,11,12,13,14}

Vale salientar, que a prática clínica é dependente dos valores e envolve profunda complexidade, uma vez que tem que considerar o fator humano em todas as suas dimensões, para poder explicar ou prever o que ocorre dentro do corpo humano. Atuando também no contexto biopsicossocial e relacionando-se à dignidade humana.^{15,16}

Portanto, o imenso desafio da medicina atual seria, baseando-se em valores, exercitar a prática médica, seja baseada em evidência, seja em qualquer outro método científico que venha a surgir. Nesse contexto, alguns estudos têm demonstrado que os valores da educação é uma das ferramentas mais efetivas para se oferecer serviços de saúde de alta qualidade para as pessoas, melhorando a relação profissional de saúde com o paciente.^{3,7} E também, alguns têm evidenciado que, na prática, as ferramentas dos valores possam incentivar a humanização na medicina baseada em evidência, visando torna-la mais eficiente.¹⁷ Do ponto de vista de Harman¹⁸, os valores são orientações normativas que nos permite considerar ações, objetos ou situações como bom, desejável, agradável, conveniente ou útil para determinados objetivos. Os objetivos e os valores que nos guiam, são os mesmos que conferem uma sensibilidade consciente de nossa vida profissional e prática.

Os valores têm um forte impacto no processo de tomada de decisão e no curso final das ações.⁵ Como consequência, os pacientes se queixam mais da falta de atenção, cortesia, cordialidade, carinho e comunicação na relação com o profissional de saúde, do que da falta de atenção a protocolos de atualização. Isto é, os valores são disposições favoráveis aos objetivos que são procurados. Os princípios declaram os valores que julgamos importantes, e expressam um procedimento normativo de acordo com as ações que podem ser guiadas para o alcance dos valores.^{6,19}

Decerto, o estudo dos valores e atitudes pode contribuir para compreensão e proposição de planos executivos de intervenção que contribuam para a aquisição de uma mente ética e para a criação de um meio em que o bom trabalho é a norma. Desta forma,

considerar uma atuação humanizadora deixa de fora um elemento crucial: a qualidade das instituições de saúde e a formação médica.

É nesse contexto, que a presente proposta de estudo se alinha à perspectiva de compreender como os **Valores** e as **Atitudes** se estabelecem frente à atuação médica humanizada e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Compreender esses mecanismos psicológicos pode contribuir para criar planos de intervenção para instituição de ensino e desenvolvimento de formas proativas de pensamento e ação em relação à humanização e ao TCLE.

Contextualização Teórica do Problema de pesquisa

Como marco teórico sobre os valores, considera-se neste estudo a *Teórica Funcionalista dos Valores Humanos*, proposta por Valdiney Veloso Gouveia e Colaboradores^{20,21,22,23}, a qual não deve ser compreendida como oposta às demais existentes, por exemplo: Inglehart, Rokeach e Schwartz (ver Ros²⁴). Trata-se de uma teoria integradora, parcimoniosa e teoricamente fundamentada. Em resumo, de acordo com os autores desta teoria, os valores humanos podem ser definidos como (1) critérios de orientação que guiam as ações das pessoas e (2) expressam cognitivamente suas necessidades básicas; são princípios-guia desejáveis que têm o papel de garantir a sobrevivência, manutenção e evolução da sociedade, explicando atitudes e comportamentos das pessoas que a integram.²⁵

Como marco teórico sobre as atitudes, Albarracín, Zanna, Johnson e Kumkale²⁶ argumentam que Eagly e Chaiken^{27,28,29} desenvolveram a que pode ser a mais convencional e contemporânea definição de *atitude*; especificamente, uma *atitude* é compreendida como uma tendência psicológica que é expressa por meio da avaliação de uma entidade particular com algum grau de favorabilidade ou desfavorabilidade^{27,28,29}.

A isso, segundo Troncon e colaboradores³⁰, levar em conta às atitudes positivas frente aos diferentes aspectos envolvidos na atenção à Saúde do indivíduo ou da coletividade constitui objetivo consensual, embora nem sempre explícito, da formação integral do graduando em Medicina. Não obstante, no campo educacional, as atitudes dos estudantes em relação a “objetos” diversos adquirem relevância especial, pois há existência de uma relação definida entre atitudes e aprendizagem. Não há lugar à dúvida de que, à medida que o educando se depara com conceitos que dizem respeito a algo que lhe é favorável, mais motivado ele se sente para a aprendizagem dos temas, por exemplo:

humanização, TCLE e correlatos. Por outro lado, atitudes negativas frente a um dado assunto podem implicar dificuldades em sua aprendizagem.

Assim, as atitudes podem ser compreendidas como reveladoras de intenção comportamental frente à humanização e ao TCLE. Daí a importância deste constructo para o presente estudo. A isso, uma reformulação no currículo médico parece ser imprescindível, havendo cada vez mais uma preocupação com que esse currículo médico contemple temas em sua formação como valores, atitudes e humanização – quase todos eles embutidos na ética e na bioética.

Vale salientar ainda, nesse contexto, que Shapiro³¹ entende que as humanidades médicas se constituem em uma ampla área de atividades acadêmicas e pedagógicas, que abrange objetivos múltiplos e algumas vezes conflitantes. Referem-se a ambos: campos especializados de rigorosa erudição e para intervenções, e práticas educacionais no treinamento de profissionais de saúde.

Nesse sentido, as humanidades médicas continuam a lutar com uma questão profundamente existencial: quais os objetivos e propósitos de humanidades e artes em contextos médicos e de educação médica? A intenção é desafiar pressupostos acríticos a respeito da cultura da medicina? O objetivo é formar melhores médicos? Como podemos responder se tais questões têm implicações importantes para a definição de resultados de treinamentos em humanidades médicas e para determinar como estes resultados devem ser medidos?³² Assim, vale considerar o raciocínio de Slouka³³, que se utiliza de uma metáfora altamente mecanicista, chamando o sistema médico de “*delivery*”, quando argumenta que a instrução em humanidades promove valores democráticos.

Desse modo, as humanidades devem ser introduzidas nos processos de ensino-aprendizagem dos cursos de medicina, apesar do conflito entre os que pensam apenas que uma boa educação médica se constitui em cientificismo e entendem o tema humanização, talvez, como um simples modismo temporário.

Corroborando com essa realidade, Borgstrom, Cohn e Barclay³⁴ realizaram um estudo sobre pacientes que receberam cuidados paliativos ou cuidados no final da vida, com estudantes do último ano de Medicina da Cambridge School of Medicine Clinical. Houve um predomínio dos valores profissionais em todas as áreas pesquisadas. Os alunos deram ênfase aos cuidados centrados no paciente, a uma visão holística da pessoa. Os autores concluíram que integrar novos valores profissionais a esses alunos era, às vezes,

problemático. No caso, identificaram três principais áreas de conflito potencial: considerações éticas, a interação médico-paciente e os limites subjetivos.

Por outro lado, as demandas humanas, impostas pela revolução científica nos séculos XX e XXI, impuseram a necessidade de novas diretrizes para orientar a produção de conhecimento, que até então, não estava contida em todas as áreas. O estudo da Bioética, em específico, e a compreensão do real significado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e da humanização devem ser incorporados por toda a classe médica. Se assim não ocorrer, provavelmente, o sentido do TCLE poderá ficar restrito a um papel de âmbito institucional, imutável. Lara e De La Fuente³⁵ enfatizam fortemente esta visão. Os autores desaprovam o TCLE como meramente um instrumento burocrático e tecem críticas aos que ministram informações exclusivamente ou prioritariamente por escrito. A padronização das informações contradiz a busca pelo teor subjetivo, e geralmente visa somente o cumprimento do ritual da legalidade.

Daí surge a importância da humanização na qualidade da relação médico-paciente, que em parte, está perdida com a adoção do modelo biomédico de saúde. Drane³⁶ afirma que apesar de existirem acordos quanto aos princípios éticos, a aplicação dos mesmos é uma tarefa difícil e complicada. Para Fortes³⁷, as políticas de saúde e as políticas educacionais devem ser orientadas para a formação de profissionais de saúde, voltando-se para a redução das violações aos princípios éticos, em busca de um sistema de saúde comprometido com uma prática mais humanista. Canuto³⁸ acrescenta que deve ser estimulado o aumento do debate sobre o professor-aluno, médico-paciente, médico-comunidade, e médico-saúde e relações de equipe, em que, os temas atendimento humanitário e ética são de particular importância. Sem dúvida, confere-se relevância a estes aspectos e também pode sinalizar que novos estudos possam aprofundar e rever os conceitos relacionados ao que constitui um relacionamento saudável nos cursos de medicina.

Dantas e Souza³⁹ corroboram com a preocupação de que o ensino da prática médica deve estar aliado à ética. Os autores realizaram uma revisão sistemática de três trabalhos originais de pesquisa que abordavam o ensino da ética e da bioética nas escolas médicas brasileiras e descobriram que alguns avanços foram realizados nas estruturas organizacionais e educacionais desses cursos sobre os últimos 30 anos, no tocante à ética e à bioética.

No entanto, o problema parece não se restringir ao Brasil. Segundo Kodama e Itai⁴⁰, que reconhecem a importância do ensino de ética médica, os recursos humanos dedicados ao ensino de ética nas escolas médicas japonesas são escassos e insuficientes. Nessa mesma direção de pesquisa, Carneiro *et al.*⁴¹ afirmam que a falta de estudos suficientes sobre o tema, enfatiza a necessidade de desenvolver linhas de investigação na intersecção entre a educação e a ética, pois as questões éticas comumente surgem ao mesmo tempo que se aprende a prática clínica, e discutir este assunto pode ajudar o aluno a agir de forma responsável e humana.

A educação médica, assim como outras áreas de conhecimento, engloba um conjunto de habilidades e atitudes, cujo objetivo é a formação integral para o exercício profissional. No caso específico do médico, a ausência deste preparo pode causar inúmeros prejuízos ao paciente. Corroboram com este argumento Miller⁴², Lambert e Lambert⁴³ e Rodrigues⁴⁴, os quais deduzem que a atitude positiva do estudante/profissional na relação médico-paciente deva ser a adoção de padrões éticos e posturas socialmente aceitas e inerentes ao conhecimento e/ou exercício da profissão.

A atitude é considerada parte importante das habilidades afetivas que podem ser ensinadas e apreendidas. Do mesmo modo, pode ser influenciada por componentes cognitivos, motivacionais e emocionais. Seu poder presumido de influenciar a resposta do sujeito a um objeto social tem determinado o interesse de diversos pesquisadores em busca de técnicas de mensuração e promoção de mudanças atitudinais.⁴⁵

Nesse sentido, apreender novos conceitos na área de ensino aprendizagem para estudantes de Medicina faz-se necessário no momento em que noções de ética perdem espaço para a competitividade do capitalismo global. A isso, Beauchamp e Childress⁴⁶ levantam que a ética é um termo genérico para as várias formas de entender e analisar a vida moral. Enquanto Rousseau⁴⁷ levanta que o universo do ser humano é diferenciado do mundo natural pela capacidade de realizar juízos de valor: a ética é o domínio dos juízos de valor.

Por sua vez, na perspectiva de Segre e Cohen⁴⁸, uma pessoa não nasce ética; sua estruturação vai ocorrendo juntamente com o seu desenvolvimento. Os autores afirmam ainda, que a eticidade está na percepção dos conflitos da vida psíquica (emoção versus razão) e na condição que podemos adquirir, de nos posicionarmos, de forma coerente, em face desses conflitos. Consideram, também, que a ética se fundamenta em três pré-

requisitos, a saber: (a) percepção dos conflitos – consciência; (b) autonomia – condição de posicionar-se entre a emoção e a razão, sendo que essa escolha de posição é ativa e autônoma; e, (c) coerência – a eticidade seria um termo reservado para a aptidão de exercer a função ética.

Discute-se então, que o século passado (século XX), um período de imenso desenvolvimento científico em várias áreas do conhecimento, entre estas as da saúde, revestiu-se de um paradoxo cujos prejuízos talvez jamais sejam quantificados. Os abusos de poder em nome da ciência justificaram inúmeros atos de monstruosidade desde o nazismo – que justificado por uma ideologia –, até as experiências com cobaias humanas nos Estados Unidos e na África, dentre outros casos. A Bioética, então, surgiu a partir da pressão exercida por esses fatos históricos que revelam práticas de pesquisa em que estava ausente qualquer parâmetro de consideração à dignidade do ser humano.

Assim, com essa pressão por sobre os casos de práticas experimentais em seres humanos, que ultrapassavam qualquer expectativa imaginável de degradação, foram estabelecidas diretrizes e padrões que garantissem os princípios éticos, destacando-se:

- Código de Nuremberg⁴⁹ (em 1947), resultado das discussões e julgamentos no Tribunal de Nuremberg após a 2ª Guerra Mundial;
- Declaração dos Direitos do Homem⁵⁰ (em 1948), documento da Organização das Nações Unidas;
- Declaração de Helsinque^{51,52,53} (em 1964 e em versões posteriores de 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008);
- Relatório Belmont⁵⁴ (em 1978), que definiu princípios éticos norteadores de pesquisas com seres humanos;
- Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996⁵⁵ do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentou a pesquisa com seres humanos no Brasil;
- Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012⁵⁶ do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentou a pesquisa com seres humanos no Brasil.

Destaca-se a atualidade da Resolução nº 466⁵⁶, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde no Brasil em 12 de dezembro de 2012, que representa um avanço em termos de regulação da pesquisa em seres humanos. Além disso, essa Resolução ressalta o

engajamento ético inerente ao desenvolvimento científico e tecnológico com respeito à liberdade, à dignidade e à autonomia do ser humano; respeita todos os documentos firmados anteriormente, como o Código de Nuremberg de 1947, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948; considera os documentos internacionais recentes e todos os fundamentos da Constituição Brasileira; revisa a resolução 196/96, incorporando referenciais de bioética, tais como autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, dentre outros; se destina a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes de pesquisa, à comunidade científica e ao Estado; e, por fim aprofunda, fundamenta e esclarece diversos aspectos sobre o TCLE na pesquisa envolvendo seres humanos.

De acordo com Rego⁵⁷, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e coordenador do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), essa revisão da Resolução CNS n.º. 466 traz alguns avanços, porém, também muitos retrocessos. Segundo ele, a nova resolução apresenta o TCLE na pesquisa de uma maneira mais interessante, considerando o mesmo um processo e não apenas um processo burocrático de assinatura. No entanto, considera como retrocesso a questão do conflito de interesses, que na primeira versão foi abordada sucintamente, e nesta simplesmente não é contemplada.

Por outro lado, Palácios⁵⁸, coordenadora do Programa de pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), ressaltou a importância da CNS n.º. 466 ser uma resolução e não uma Lei, visto que isto traz a facilidade de se efetuar modificações no documento, permitindo um processo permanente de atualização.

A Bioética e seu papel na Pesquisa

A contextualização realizada mostra que a Bioética permeia todo o processo de pesquisa e fundamentação teórica deste estudo. Isso porque, desde os primeiros conceitos de Bioética, segundo Segre⁴⁸, esta tem sido tratada como um ramo da filosofia, que enfoca questões referentes à vida humana. Reich⁵⁹ e Gracia⁶⁰ pontuam que o termo “bioética” foi introduzido em 1970, quase que simultaneamente, por dois pesquisadores sem relação alguma: Van Renselaer Potter e André Hellegers. Durante o ano de 1970, foram discutidas diversas ideias para a criação de centros de estudo que envolvessem a bioética, o que culminou com o crescimento da temática e de linhas de pesquisa focadas nessa área.

Do ponto de vista de Hossne⁶¹, a bioética é atualmente um ramo ou um campo de filosofia, em particular da ética, com características idiossincráticas suficientes para assegurar-lhe individualidade, sobretudo pelo seu campo de abrangência (ciência da vida, ciência da saúde e ciência do meio ambiente, todas em interface), face à sua multi e trans disciplinaridade, e pelo pluralismo, devido à participação conjunta de os agentes participantes da situação que se refere à determinada questão ética.

Por sua vez, Von Zuben⁶² pontua que a bioética pode ser considerada um dos mais emblemáticos fenômenos culturais do século XX – um evento de excepcional relevância na aventura da razão humana. A crescente demanda por inovações técnico-científicas nas ciências biomédicas gerou um questionamento ético que é crucial, por impor-se a um momento no qual a razão humana parece ter perdido as balizas e marcos tradicionais que permitiam embasar a própria organização social. Parece que sem a bioética o caos social se estabeleceria. Portanto, a excelência do projeto bioético se deve ao fato de ser a fonte de diversas “re-fundações”: uma renovação da reflexão crítica da ética, um renascimento da esperança no humano; uma retomada pela busca de escolhas responsáveis, no plano individual e coletivo; a consciência do estado de crise de sentido em face da fragilização dos grandes sistemas de significação tradicionais e das ideologias estruturantes, tais como da razão e do progresso; reconhecimento da diferença, o que significa o reconhecimento da alteridade do outro, isto é, de outra ordem, de outra teoria, de outros costumes, de outra ideologia, de outra moral e de outro saber. E embora a bioética seja incapaz de dar todas as respostas, ela é suficientemente capaz de lidar com ambiguidades em todos os campos dos saberes.

Ainda, Von Zuben⁶² afirma que a bioética deve o seu surgimento a um estado de crises e incertezas, tanto no mundo cultural, quanto no mundo científico. Diante da debilitação de grandes sistemas de significação tradicionais, de ideologias estruturantes, como as do progresso e da razão, relevantes nos séculos XVIII e XIX, os indivíduos se percebem fragilizados e incapazes de dar sentido a um mundo no qual estão sem perspectiva de finalidade. No entanto, admite-se que a dinâmica da bioética está na compreensão dos questionamentos, na reflexão crítica, na tentativa de encaminhamento de dilemas morais que acompanham o desenvolvimento das investigações técnico-científicas. Nessa configuração multidisciplinar, as ciências se despem da alegada pretensão do saber “neutro”.

Para Lucato e Ramos⁶³, a reflexão sobre a bioética é muito antiga e advém de séculos. Os autores afirmam que, como disciplina, a bioética é referenciada com epistemologia própria. Lembram também, que o conceito de bioética chama a atenção para a necessidade de criação de uma nova disciplina, que combine os conhecimentos biológicos com os valores humanos, constituindo uma ponte entre as culturas científica e humanística.

O motivo mais evidente dessa preocupação surge diante do fato de que, mesmo que uma pesquisa possa proporcionar bons resultados em termos funcionalistas para a sociedade, existe ainda a possibilidade de autodestruição da vida de todo o planeta.⁶⁴ A isso, compreende-se que na perspectiva da bioética é necessária uma confluência unificadora entre desenvolvimento tecnológico, ciência, relação médico-paciente e organização dos serviços, sendo esta, a ética da sobrevivência, da vida e do ser vivo.⁶⁵ Desse modo, a bioética se configura como o campo da ética aplicada que mais tem avançado e vem sendo utilizado como instrumento no processo de discussão, aprimoramento e consolidação das democracias, das cidadanias, dos direitos humanos e da justiça social.⁶⁶

É dentro desse contexto, que este estudo se propõe a investigar as questões da Bioética em um Estado brasileiro. O Estado de Alagoas, ainda lentamente, desperta para questões tão profundas e reflexivas. Alagoas, situado no nordeste brasileiro, tem cerca de três milhões de habitantes, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁶⁷ – censo 2010 –, cujas iniciativas para o conhecimento da Bioética entre os médicos partem de instituições isoladas.

Primordialmente, as iniciativas têm vindo do Conselho Regional de Medicina, que oferece uma educação continuada, e da Universidade Federal de Alagoas, que implantou medidas curriculares em 2006, introduzindo em seus currículos em alguns cursos e, particularmente no curso de Medicina, eixos que contemplam disciplinas humanizadoras, seguindo as exigências das Diretrizes Curriculares de 2001.^{68,69,70} Essas diretrizes preconizam que o egresso do curso de Medicina tenha uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Logo, 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, sendo um promotor da saúde integral do ser humano.

Objetivos e Definição do estudo

Diante destas constatações, pretendeu-se com este estudo fazer um levantamento das convicções e perspectivas dos estudantes de medicina e professores médicos quanto à compreensão, uso e a importância do TCLE e da prática humanizadora no atendimento médico. Para a concretização do objetivo, o estudo definir-se-á por: (1) descrever as convicções e perspectivas de alunos e docentes de medicina sobre o TCLE e a humanização; (2) Desenvolver uma medida psicométrica para a identificação de atitudes frente ao TCLE e à humanização; e, (3) compreender como os valores humanos e as atitudes permeiam e explicam as convicções de Médicos sobre o TCLE e a humanização em sua prática profissional.

Assim, visando construir uma estruturação teórica que dê sustentação às proposições de pesquisa de cada estudo em particular, Whetten⁷⁰ ressalta a pertinência de um marco teórico bem delineado e funcionalista, para que haja uma conexão teórica entre os constructos estudados e às hipóteses levantadas. Nesse sentido, neste estudo será apresentada a Parte I como o Marco Teórico e a Parte II como os Estudos Empíricos. A primeira parte constitui-se de três capítulos referentes às definições constitutivas, perspectivas teóricas e pesquisas sobre o tema e correlatas. Na segunda parte, será exposto o método utilizado, bem como, os dados amostrais, os instrumentos aplicados, procedimentos e os resultados da pesquisa. Finalmente, apresentar-se-á a discussão geral e conclusões, que constringem as considerações finais, as possíveis limitações de pesquisa e as aplicabilidades práticas desta Tese.

PARTE 1 – MARCO TEÓRICO

1. CONSENTIMENTO INFORMADO

1.1. Breve Histórico do Consentimento Informado

Segundo Beauchamps e Childress⁴⁶, a partir dos julgamentos de Nuremberg, em que há relatos horrendos de experiências médicas que foram realizadas em campo de concentração, a questão do consentimento tem estado em primeiro plano nas discussões da ética biomédica. Os autores ressaltam que o termo de Consentimento Informado não aparece, mesmo após uma década depois desses julgamentos, e não recebe uma análise detalhada até aproximadamente 1972. Isto é, apenas recentemente, o enfoque se transferiu da obrigação do médico ou do pesquisador de revelar a informação, para a qualidade do entendimento e do consentimento de um paciente ou de um sujeito de pesquisa. Além disso, os autores enfatizam que esta modificação foi impelida pela autonomia fundamentalmente externa aos códigos da ética médica e da ética da pesquisa. E que, principalmente, ao longo da história surgiu uma demanda social geral e incipiente pela proteção dos direitos dos pacientes e dos sujeitos de pesquisa, especialmente, de seus direitos de autonomia. A isso, a abordagem aceita do consentimento informado tem sido a que especifica os elementos do conceito, dividindo-os em (1) componente de informação e (2) componente de consentimento. A principal justificativa oferecida para os requerimentos do consentimento informado é a proteção da escolha autônoma. Logo, os autores propõem que se evite a visão comum e retrograda de que o formulário de consentimento informado assinado é a essência do consentimento informado.

Por sua vez, de acordo com Pernick⁷¹, que tentou estabelecer um histórico sobre informação e consentimento, o grau de sensibilidade social que atingiu as práticas médicas ao redor da noção de informação e de consentimento ao longo dos últimos dois séculos, dividiu-se em três períodos bem diferenciados: o primeiro que vai de 1780 a 1890, marcado pela negligência; o segundo de 1890 a 1920, relacionado à agressão física ou à coerção; e, o terceiro de 1945 a 1972, que evidencia o aparecimento do consentimento voluntário e do conhecimento informado.

Vale salientar que, Cecchetto⁷² também discorre sobre a origem do consentimento informado no âmbito do campo clínico e de pesquisa, tal como uma doutrina moral. O autor relata ainda que, só há algumas décadas atrás é que as preocupações ético-teóricas foram sistematizadas em torno à consideração da pessoa doente como pessoa plena, titular

de obrigações e direito, mas também dona de autodeterminação que lhe permita, de forma racional e livre, exercitar o domínio de si e, então participar nas decisões terapêuticas, diagnósticas, prognósticas, de tratamento ou investigação que lhe interessarem diretamente. Não obstante, o autor levanta que o consentimento informado surgiu como uma exigência, ao mesmo tempo moral e legal, para dar constância expressa entre o profissional e o paciente visando uma ação médica de comum acordo: com competência, sem que seja mediada por coerção, e contando – antes da decisão – com a informação completa do caso.

Porém, parece que ainda na atualidade, apesar de toda a evolução na área médica, a doutrina do consentimento informado, pelo menos no Brasil, está à margem deste conhecimento. Nesse sentido, Cecchetto⁷² enfatiza que o reconhecimento do direito moral dos pacientes à informação, no momento da decisão médica, é recente na área da saúde, cuja consolidação é lenta e gradual e ainda não se vê claramente quando chegará a termo.

Ao resgatar a história do consentimento informado constata-se que a visão das responsabilidades penais dos agentes de saúde mudou ao longo do tempo. Até meados do século XVIII, os médicos desfrutaram de uma impunidade quase completa.⁷²

Segundo observa Cecchetto⁷², em 1931, o Ministério da Saúde do Reich alemão ditou um regulamento para terapias médicas novas e experimentais com sujeitos humanos. Nele o direito à concordância do paciente ou de seu substituto legal foi reconhecido. No entanto, durante os anos da Segunda Guerra, nos campos de concentração, esse regulamento não foi aplicado no território alemão. Apesar disso, o Tribunal de Nuremberg aproveitou a iniciativa malograda no período do Reich para preservar os princípios básicos de respeito a moral, e os aspectos éticos e legais envolvidos nas pesquisas com seres humanos. Em 1946, no Código de Nuremberg⁴⁹, foi redigido o “consentimento voluntário”. Em Helsinque, em 1964, foi editada uma recomendação para guiar o curso das pesquisas no mundo. E, na cidade de Tóquio, em 1975, a recomendação anterior foi revista e ampliada, substituindo o documento prévio, sendo reconhecida como Declaração de Helsinque II.⁵¹

Apenas em 1957, nos Estados Unidos, o termo de Consentimento Informado foi usado pela primeira vez. Em 1960, o Consentimento Informado entrou na órbita sanitária, incorporando-se ao ato médico. O documento *Nacional Welfare Right Organization* de 1970, marca nos Estados Unidos o movimento nacional e internacional de proteção aos

pacientes hospitalizados. Então, em 1981, a Associação Médica Americana estudou o assunto, firmando o direito do paciente a uma decisão autônoma, exceto quando: (1) o paciente estivesse inconsciente ou incapaz para consentir frente a uma necessidade ou perigo iminente; e, (2) a revelação da informação significasse uma ameaça de dano.⁷²

Posteriormente, a Proposta de Diretrizes Internacionais para a Investigação Biomédica em Sujeitos Humanos, formulada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Conselho Internacional das Organizações das Ciências Médicas em 1982, reafirmou o conteúdo da Declaração de Helsinque II, optando pela expressão “consentimento informado e dado livremente depois de ter estado adequadamente informado”⁷². Finalmente, a UNESCO⁷³, em 2005, reforçou o Consentimento Informado como uma regra na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

1.2. Consentimento Informado e Aspectos Legais

A *American Medical Association*⁷⁴ considera o Consentimento Informado como um processo de comunicação entre o paciente e o médico, que inclui os seguintes elementos: diagnóstico do paciente; natureza e proposta de tratamento; riscos e benefícios da proposta de tratamento; riscos e benefícios do tratamento; tratamentos alternativos; riscos e benefícios de tratamentos alternativos; e, riscos e benefícios de não receber o tratamento.

Assim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é definido como um registro, anexado ao prontuário, de uma decisão por parte do paciente ou de seus responsáveis legais, para autorizar um tratamento ou procedimento médico específico, consciente de seus riscos, benefícios e possíveis consequências. Caso existam outras opções de tratamento, todas devem ser documentadas.⁷⁵

Mais especificamente, Engelhardt⁷⁶ estabelece que o TCLE visa obter permissão não apenas dos indivíduos que devem ser tratados, mas também dos responsáveis por indivíduos incapazes de consentir por si mesmos. O primeiro caso diz respeito aos indivíduos livremente capacitados a decidir sobre o seu próprio destino, e de quem deve ser obtida a autoridade para empreendimentos comuns. O segundo caso refere-se àqueles que estão sob a autoridade de outras pessoas. Além disso, no caso de indivíduos competentes, é possível dar um conjunto de justificativas para a prática do TCLE: (a) é o modo de obter permissão ou autoridade para o uso de outras pessoas; (b) diz respeito a várias visões da dignidade individual; (c) aceita diversos valores associados com a liberdade ou independência dos indivíduos; (d) reconhece que os indivíduos muitas vezes

são os melhores juízes de seus próprios interesses particulares; (e) mesmo que não sejam os melhores juízes, fica reconhecido que a satisfação de decidir livremente é quase sempre preferida à decisão correta imposta por outras pessoas; e, (f) reflete a circunstância em que a relação médico-paciente pode levar a um relacionamento fiduciário especial, que cria uma obrigação de revelar informações.

Nesse sentido, depreende-se que o TCLE se justifica com base nos princípios de permissão e beneficência. A isso, Engelhardt⁷⁶ afirma que o TCLE desempenha seu papel central, não apenas devido ao compromisso de liberdade, mas pela descrença na possibilidade de descoberta de uma visão completa dos objetivos de assistência à saúde, em um contexto pluralista secular.

Ainda, Ribeiro⁷⁷ argumenta a extrema relevância do TCLE como expressão da autonomia e liberdade, no qual, é precedido de explicações e esclarecimentos médicos suficientes à total clareza da situação pelo paciente. O autor complementa, afirmando que se deve considerar a complexidade do ato médico e a necessidade de conhecimentos dos pacientes quanto aos procedimentos a serem realizados.

Corroborando o exposto, Sgreccia⁷⁸ ressalta que um aspecto importante a considerar para fins do TCLE do paciente é a extensão da informação, que deve acompanhar e preceder o pedido de consentimento informado. O autor afirma ainda, que é consensual que essa informação deve ser completa no que diz respeito à terapia, aos efeitos, às alternativas e aos riscos conexos, bem como, às possíveis complicações.

Vale salientar que, o Novo Código de Ética Médica⁶⁹ (2009) no capítulo IV, o art.22 afirma que é vedado ao médico deixar de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em risco iminente de morte. O art.24 diz que é vedado ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como, exercer sua autoridade para limitá-lo. E por sua vez, no capítulo V, o art.31 expõe que é vedado ao médico desrespeitar 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 vida.

Nesse sentido, percebe-se que há situações específicas que devem ser contempladas em suas singularidades. Para Jonsen, Siegles e Winsdale⁷⁹, uma questão complicada e polêmica, é a da recusa a procedimentos médicos por motivos religiosos, como nos casos

dos adeptos das Testemunhas de Jeová que, mesmo em situação de risco, rejeitam a transfusão sanguínea. Nos anos recentes, as cortes americanas e canadenses têm fundamentado as suas decisões baseando-se primordialmente no princípio da autonomia, quando maiores e capazes de assumirem a responsabilidade. E ao contrário, os juízes permitem a realização do procedimento em crianças, seja qual for a seita, pois o direito à vida deve prevalecer sobre a vontade parental. Da mesma maneira, as pessoas com problemas mentais, segundo Pitta e Dallari⁸⁰, não devem ser vistas como totalmente privadas do processo de tomada de decisão, pois o fato da existência de um diagnóstico de uma doença mental, nem sempre significa a impossibilidade de o indivíduo ou incapacidade de vir a tomar uma decisão.

1.3. O TCLE e sua aplicação à intervenção médica

Uma grande questão que permeia o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) é a sua aplicação para a intervenção médica, isto é, será que o TCLE é realmente conhecido e respeitado tanto nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos como nas pesquisas?

Embora o TCLE para o tratamento clínico tenha se tornado uma parte vital da prática médica contemporânea, isso não significa que ele é compreendido em seus diferentes aspectos e diferentes contextos. Isto é, o TCLE é variavelmente praticado, mas raramente alcançado em um ideal teórico.⁸¹ Entretanto, de acordo com Durand⁸², o procedimento do consentimento em seu modelo mais simplório, inicia-se quando o médico informa o paciente sobre o seu tratamento, em relação às vantagens e às desvantagens, aos riscos e aos efeitos colaterais, e às chances de sucesso. Após essa primeira etapa, o médico explica a sua decisão, fornecendo todas as explicações a respeito de sua escolha. O passo seguinte será a decisão do paciente sobre o tratamento proposto. Se o paciente consente e o consentimento é dado, o diálogo médico-paciente prossegue constantemente ao longo de toda a terapêutica. Isso quer dizer que o consentimento informado, mesmo não estando em seu ideal teórico, pode vir a ser utilizado de forma ética e funcionalista.

1.4. O TCLE e sua Aplicação à Pesquisa com Seres Humanos

No caso da pesquisa com seres humanos, é evidente a importância do Comitê de Ética ou da Bioética, como preconiza Sgreccia⁷⁸, tanto que atualmente é indispensável para se realizar uma pesquisa o aval de um Comitê de Ética institucional. O autor questiona as funções de um comitê de pesquisa, especialmente, no âmbito da medicina e salienta que a

importância de um comitê consiste em definir uma linha de comportamento a favor do paciente. A isso, o autor indica que os comitês de bioética nasceram, prioritariamente, para situações nos limites do paradoxal e do dramático; e no momento atual, são propostos como órgãos de apoio às decisões a tomar relativamente a protocolos de experimentação, ou a situações que possam apresentar-se com caráter inovador ou de valor ético incerto. Isto é, passou de órgão de emergência para órgão de suporte e referência constante.

Sobre isso, Sgreccia⁷⁸ faz a seguinte pergunta: deve-se dizer, absolutamente, tudo ao participante de uma pesquisa? O autor responde que é imprescindível dizer o suficiente para que o participante da pesquisa ou o paciente possa decidir com clareza. E assim, a responsabilidade de informar inclui que seja utilizada uma linguagem acessível e compreensível. A informação deve ser mantida durante todo o processo, bem como, a constatação da validade de um consentimento previamente dado. Do ponto de vista de Durand⁸², a informação deve ser mais detalhada em casos de pesquisa do que na terapêutica.

Em relação à pesquisa no Brasil, por exemplo, os comitês de ética em pesquisa (CEP) e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) aperfeiçoaram o controle social sobre as práticas científicas, prevenindo a exploração dos mais vulneráveis e a indução, imposição, abusos e exposição à riscos inúteis ou à danos previsíveis.⁸³

Na história do surgimento dos comitês de bioética, Sgreccia⁷⁸ entende que há quatro motivos subjacentes a sua origem e a sua difusão: (1) exigência de se pesquisar uma unidade antropológica desaparecida ou ofuscada no exercício da medicina; (2) necessidade de um confronto clarificador perante a emergência de diversos modelos éticos de referência; (3) necessidade de defender uma autonomia de ação deontológica do médico diante do risco de burocratização ou politização da medicina; (4) exige-se uma tutela arbitral da parte dos doentes que não dependa de contendas jurídicas.

Ademais, todo projeto de pesquisa que envolve seres humanos deve incluir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido segundo a Resolução⁵⁵ CNS196/96. O TCLE é um documento que representa a concordância do sujeito da pesquisa ou de seu representante legal, após explicação completa e pormenorizada, para participar voluntariamente da pesquisa. Compreender a cultura da localidade onde se realiza a pesquisa é de fundamental importância para a compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como exemplo, uma pesquisa realizada na Ásia, no Sri Lanka, lança

uma luz sobre as pesquisas médicas realizadas em países em desenvolvimento. Como as *guidelines* (diretrizes) para a conduta na pesquisa biomédica são trazidos de culturas diferentes, muitas vezes há um confronto entre culturas em relação à compreensão do TCLE. Como existem variações nesses documentos, há uma ampla diferenciação a respeito de noções de “sujeitos humanos”. Assim, o objetivo central do TCLE é mostrar aos participantes, o que será feito com eles e o porquê. Os participantes são livres para consentir ou para recusar a participação na pesquisa, sem coerção ou medo das consequências. Especificamente nessa pesquisa no Sri Lanka, que é estabelecida na cultura oriental, pesquisadores encontraram resultados que mostram que os orientais têm dificuldade de entender os riscos e benefícios do TCLE. Isto é, no Sri Lanka, onde a cultura é centrada na família com um preponderante patriarcado, e não no indivíduo, as escolhas individuais e a autonomia pareceram bastante comprometidas.⁸⁴

Mais delicado ainda é a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em pesquisas envolvendo crianças. Em uma recente pesquisa, realizada na Austrália, com pais que voluntariamente colocaram os seus filhos (crianças entre seis meses e três anos) em um *trial* de uma medicação para asma ainda não liberada no país, os pesquisadores descobriram que 14,5% dos pais foram da opinião que o TCLE não era necessário porque eles têm confiança plena nos médicos, 19,4% dos pais viram o consentimento informado como um mecanismo de proteção dos sujeitos da pesquisa, e 40,3% dos pais foram da opinião que o TCLE era usado para proteção dos médicos em casos de litígio.⁸⁵

Isso significa que a aderência estrita ao consentimento informado não garante a plena compreensão do mesmo, e que há barreiras psicológicas e atitudinais que podem ir contra a metodologia racional para o voluntariado na pesquisa clínica. Assim, fatores atitudinais e psicológicos devem ser levados em conta na elaboração do Termo de Consentimento Informado, que deve ser verdadeiramente informado, válido e significativo, especialmente, em pesquisas envolvendo crianças, devido à vulnerabilidade e dependência dos pais para a melhor tomada de decisão.⁸⁵

Em relação aos pesquisadores, vale ressaltar se espera um comprometimento com a tarefa de submissão e avaliação ética, e que esta não se restrinja a uma mera ação técnica, mas sim, dimensionar os conflitos em sua justa medida, contando com a sensibilidade, para perceber o contexto do sofrimento humano, identificando as maneiras de evitá-los e combatê-los.⁸⁶

1.5. O TCLE e a Bioética

A relação entre médico e paciente sempre foi de natureza muito complexa, pois tanto o diagnóstico, quanto a terapêutica dependem de fatores subjetivos. Essa relação parece ter sido harmônica desde a origem da medicina até o início do século XX. Ocasionalmente, essa relação era abalada, quando o médico se desviava das regras do jogo ou quando o doente, por um motivo ou outro, terminava por perder a estima e confiança em quem o tratava.⁷⁸ No entanto, no século XX parece que esse panorama sofreu uma reviravolta. Sgreccia⁷⁸ chama a atenção para o fato de que a época moderna caracterizou-se pela afirmação do princípio da autonomia que os códigos deontológicos foram incorporando. O autor afirma que houve, na segunda metade do século XX, uma transformação profunda que interessou a ética médica e as políticas sanitárias. Alguns acontecimentos de ordem médico-legal e jurídica, bem como, uma orientação de afirmação dos direitos civis, em que, os direitos à saúde, à informação, a não submissão às experimentações sem consentimento, dentre outros, foram trazidos à tona por movimentos sociais e grupos de opinião que deram uma nova abordagem a ética médica, marcando o surgimento de um novo termo: a Bioética.

Conforme Engelhardt⁷⁶, quando as premissas em comum são insuficientes para moldar uma interpretação concreta da vida moral e os argumentos racionais por si não são suficientes para estabelecê-las definitivamente, então pessoas sensatas – homens e mulheres – só poderão alcançar um alvo comum de moralidade através de um acordo mútuo. Os médicos não deveriam tratar, fazer experiências ou cuidar de um paciente competente sem a permissão desse indivíduo. Na assistência à saúde é que se estabelece a base para fortes responsabilidades de respeito mútuo.

Desse modo, a autoridade para ações envolvendo outros, em uma sociedade pluralista secular, é derivada de sua permissão, tendo como consequência: (1) sem essa permissão ou consentimento não há autoridade; (2) ações contra essa autoridade são merecedoras de acusação, no sentido de colocarem o violador fora da comunidade moral, tornando lícita, porém não obrigatória a força retaliatória, defensiva ou punitiva. Desse modo, considera-se o Consentimento Implícito aquele em que indivíduos, grupos e Estados têm autoridade para proteger os inocentes da força que não alcança o consentimento. Já o Consentimento Explícito é aquele em que indivíduos, grupos e Estados podem decidir pela vigência de contratos ou criar direitos de assistência social.⁷⁶

A justificação do princípio expressa a circunstância de que a autoridade para resolver disputas morais em uma sociedade pluralista secular, precisa de um acordo entre os participantes, já que não deriva de argumentos racionais ou da crença comum. Em relação à motivação para obedecer ao princípio, esta se encontra vinculada aos interesses em agir de um modo: (1) que é justificável a pessoas pacíficas em geral, e (2) que não justificará o uso de força defensiva ou punitiva contra a própria pessoa. Nas implicações para as políticas públicas o princípio do consentimento proporciona base moral para políticas públicas destinadas à defesa dos inocentes. E por fim o princípio do consentimento proporciona a base para aquilo que poderia ser chamado de moralidade de autonomia como base de respeito.⁷⁶

1.6. O TCLE: Elaboração e Conteúdo

Não se elabora um Consentimento Informado de forma não padronizada e segundo a percepção idiossincrática de cada pessoa. Ao contrário, existem regras padronizadas a serem seguidas, como compreensão e legibilidade do documento e respeito pelo paciente e/ou sujeito da pesquisa.

Atualmente, evidencia-se a preocupação com a legibilidade e a compreensão do TCLE. Com relação à atuação do médico, destaca-se a necessidade de informar ao paciente e obter o consentimento dele ou dela antes de qualquer tratamento; reporta-se, também, a trágica e recente mudança produzida pela indústria de serviços médicos que leva ao uso automatizado do TCLE, resultando em gradual dissolução da relação médico-paciente convencional. Não obstante, dar-se ênfase à comunicação médico-paciente e reporta-se que devido à realização de experimentos humanos que se contrapuseram a noção normalmente aceita de direitos do paciente, a doutrina do consentimento informado foi desenvolvida e tornou-se parte da doutrina médico-paciente.⁸⁷

Assim, obter o Consentimento Informado dos pacientes é, atualmente, uma tarefa de rotina para o *staff* médico, com implicações éticas e legais. Entretanto, constata-se que os médicos estão geralmente muito ocupados para responder efetivamente as interlocuções dos pacientes. Depreende-se que para médicos e pacientes expressarem e compreenderem os riscos de um tratamento é um problema particularmente do paciente. Observa-se que muitos pacientes que assinam o termo de consentimento cirúrgico não entendem sua proposição, e apenas metade deles são capazes de identificar um risco primário associado

com a sua cirurgia. Logo, destaca-se a necessidade do paciente entender claramente o que é um termo de consentimento livre.⁸⁷

Alguns estudos têm destacado a importância dos meios que facilitam a compreensão do TCLE. O estudo de Hung, Huang e Yu⁸⁷, por exemplo, experimentou a utilização da divulgação multimídia para o esclarecimento a respeito do Consentimento Informado pré-operatório. Os autores evidenciaram que o Consentimento Informado é afetado pelo processo psicológico de aprendizagem e resultados de aprendizagem, uma vez que as divulgações mediadas pela multimídia superaram outros métodos tradicionais em termos de interesse, memória (lembança), compreensão e satisfação.

Beauchamp e Childress⁴⁶ ressaltam que é essencial que se entenda o Consentimento Informado como um processo que ocorre dentro de um período de tempo. Assim, os autores indagam sobre o que é o Consentimento Informado em relação a duas concepções teórico-empíricas diferentes. Na primeira concepção, o Consentimento Informado pode ser analisado mediante a exposição da escolha autônoma, isto é, uma autorização autônoma dada por indivíduos para uma intervenção médica ou um envolvimento em uma pesquisa. Nesse sentido, uma pessoa deve fazer mais que expressar concordância ou anuência com uma proposta; ela deve autorizar o procedimento por meio de um ato de consentimento informado e voluntário. Na segunda concepção, o Consentimento Informado é analisável em termos das regras sociais de consentimento nas instituições que têm de obter consentimento legalmente válido para pacientes ou sujeitos de pesquisa antes de proceder aos procedimentos terapêuticos ou à própria pesquisa. De acordo com essas regras, os consentimentos informados não são atos necessariamente autônomos, e, algumas vezes, não são nem mesmo autorizações significativas. Nesses casos, o consentimento informado refere-se somente a uma autorização institucionalmente ou legalmente efetiva, conforme determinado por normas prevalentes.

Por sua vez, existem formas variáveis do Termo de Consentimento que podem ser trazidas à luz, quando convier ao contexto, sendo estas: **(a) Consentimento expresso:** quando o consentimento informado é prestado ativamente (não tacitamente), na forma oral, no quadro de uma aliança terapêutica entre o profissional de saúde e o paciente; **(b) Consentimento implícito:** quando a intervenção médica está implícita no relacionamento entre o médico e o doente, partilhando estes um objetivo comum. Para o consentimento ser considerado implícito, o risco (de morte ou da violação da integridade física ou

psicológica) deve ser desprezível; **(c) Consentimento presumido:** presume-se o consentimento quando não estão reunidas as condições mínimas para a obtenção de consentimento expresso e não existem dados objetivos e seguros de que o paciente se oporia a uma determinada intervenção [por exemplo, em situações de emergência médica (hospitalar ou pré-hospitalar) ou no decurso de uma intervenção cirúrgica com inconsciência do doente]; **(d) Consentimento escrito:** em um ambiente de litígio judicial crescente, e de aumento sustentado de processo de responsabilidade civil e criminal por danos. No entanto, não se deve ter a perspectiva de que ele substitui o consentimento expresso na forma oral, mas sim, ele é uma forma complementar de consentimento que pretende materializar a prova do mesmo; **(e) Consentimento testemunhado:** trata-se de um acréscimo de rigor na materialização da evidência de que o consentimento foi efetivamente prestado. Este tipo de consentimento é usual em ambiente hospitalar, sobretudo quando o doente e o profissional de saúde não tem uma relação próxima e duradoura; **(f) Consentimento familiar:** em alguns casos – por exemplo, recém-nascidos, crianças, doentes mentais ou doentes em estado vegetativo persistente –, o paciente é incapaz de prestar consentimento expresso; e, **(g) Consentimento genérico:** a título de exceção, pode ser invocada esta modalidade de consentimento, quando a quantidade de informação a prestar ao paciente ou à sua família é complexa e difícil, isto é, não é exequível um verdadeiro consentimento informado. Este consentimento tem sido utilizado no contexto da execução de testes genéticos.^{88,89}

Ao totalitarismo do saber científico, resiste o TCLE como obrigação que rege investigações e demais intervenções relacionadas com seres humanos. A sua legitimação nutre-se de suas raízes sociais. O TCLE se estabelece no contexto ético de humanização da biomedicina como indispensável escudo do mais vulnerável e sob dominação. Porém, em que medida o TCLE se constitui em solução da violência na investigação e na intervenção? É possível que o TCLE demonstre um renitente vazio de humanização nas relações biomédicas, na verdade, uma endurecida e perversa indiferença no reconhecimento do outro ser humano.⁹⁰

Uma preocupação frequente com a execução de um consentimento verdadeiramente livre e esclarecido é o respeito à autonomia do paciente. Muñoz e Fortes⁹¹ afirmam que a pessoa autônoma tem o direito de consentir ou recusar propostas de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico, que afetem ou venham afetar a sua integridade físico-psíquica

ou social. A noção do consentimento na atividade médica é fruto de posições filosóficas relativas à autonomia do ser humano.

No âmbito da justiça, a primeira decisão que tratou da questão, parece ter sido o caso “Slater versus Baker e Staplenton”, julgado em 1767 na Inglaterra: dois médicos foram considerados culpados por não terem obtido o consentimento do paciente quando da realização de cirurgia de membro inferior que resultou em amputação. É importante destacar que naquela época o consentimento já era demandado não só por motivos éticos e legais, mas também pela necessidade da cooperação do paciente na realização do ato cirúrgico, pois ainda não eram suficientemente desenvolvidas as práticas anestésicas.⁹²

Do ponto de vista ético, a noção do consentimento pode diferir da forma adotada pelos tribunais. No caso, a norma penal requer somente um consentimento simples, significando o direito à recusa. O atendimento do princípio ético do respeito à autonomia requer mais – não se limita ao simples direito à recusa ou ao consentimento simples –, requer um consentimento livre, esclarecido, renovável e revogável. O paciente tem o direito moral de ser esclarecido sobre a natureza e os objetivos dos procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos; ser informado da duração dos tratamentos, dos benefícios, prováveis desconfortos, inconvenientes e prováveis riscos físicos, psíquicos, econômicos e sociais que possam existir.⁹²

Em um recente estudo realizado em 2010, Fortune-Greeley *et al.*⁹³, chama a atenção para a maneira como o Termo de Consentimento é redigido e as suas implicações sobre os sujeitos participantes de pesquisas. Os autores simularam um processo de consentimento informado para um ensaio clínico hipotético, porém realista, cujo objetivo era examinar como potenciais participantes de pesquisas, espontaneamente, reagiriam a diferentes partes do documento de Consentimento Informado, e como os comentários dos participantes sobre esses elementos de consentimento informado foram relacionados com a sua probabilidade de participar do ensaio clínico hipotético. O trabalho foi realizado no ambulatório de medicina cardiovascular de um grande centro médico acadêmico, Sistema de Saúde da Universidade Duke, o *Johns Hopkins Medical Institutions* e *Wake Forest University*. A princípio foi desenvolvido um documento de Consentimento Informado, e em seguida adaptou-se esse documento de consentimento informado simulado para descrever um ensaio clínico com um medicamento oral para o tratamento da doença arterial coronariana. O referido documento consistiu de uma introdução, uma descrição da

finalidade e do protocolo do estudo, os riscos e benefícios da participação, alternativas de participação, confidencialidade, direitos do paciente e de autorização. O presidente do conselho de revisão institucional do Sistema de Saúde da Universidade Duke analisou o documento para garantir que a linguagem era coerente com outros documentos de consentimento informado aprovado para testes clínicos. Os participantes foram escolhidos aleatoriamente para receber o documento de consentimento. Dos 1.545 pacientes que deram consentimento verbal e foram contatados para a entrevista por telefone, 510 completaram a entrevista, e 862 recusaram ou não retornaram. Excluindo-se 40 entrevistas piloto, restaram 470 entrevistas para a análise. Os autores evidenciaram que pouco se conhece sobre as questões e preocupações que os pacientes têm a respeito de seções específicas de documentos de consentimento informado e como tais preocupações referem-se à probabilidade de participar na investigação. Além disso, utilizando um documento de consentimento informado simulado, que reflete o conteúdo típico de tais documentos para ensaios clínicos, os autores verificaram que três quartos dos participantes tinham uma pergunta ou comentário sobre um aspecto específico do ensaio clínico hipotético. As reações negativas estavam fortemente relacionadas com a intenção declarada de participar no ensaio clínico hipotético, isto é, foi decoberto que os participantes pediam explicações sobre o propósito/protocolo do estudo, confidencialidade e seções direitos dos pacientes do documento de consentimento. E, estritamente sobre comentários negativos sobre o documento de consentimento, os autores retratam que estes foram menos frequentes, e os que foram realizados, foram feitos por participantes idosos que já haviam participado de alguma pesquisa clínica e tinha expressado menor confiança em pesquisas e pesquisadores.

Vale salientar, que para Ménoni *et al.*⁹⁴, um outro aspecto que deve ser considerado é a legibilidade das informações e das formas de consentimento. Em uma pesquisa realizada na França, os autores concluíram que, embora com ressalva, independentemente do campo de pesquisa, os termos de consentimento têm baixos escores de legibilidade.

A crescente globalização dos *trials* em pesquisa clínica desperta mais a atenção para efetivas regras éticas e legais para a proteção dos pesquisadores e dos participantes da pesquisa.⁹⁵ Recentemente, o *Food and Drug Administration* (FDA) ressaltou que estudos de pesquisa submetidos para revisão não precisam mais estar vinculados à declaração de Helsinque – eles devem somente seguir as *guidelines* patrocinadas pela indústria, para uma boa prática clínica, descrito pela Conferência Internacional sobre Harmonização.⁹⁶

Nesse contexto, surge uma pergunta significativa e pertinente: qual é o status legal do Código de Nuremberg e da Declaração de Helsinque? Eles são regras ultrapassadas que pesquisadores podem ignorar com impunidade? Ou eles chegaram ao status de Lei dos Direitos Humanos e devem ser estritamente seguidas? Para George e Annas⁹⁷, essa questão ainda permanece em aberto, e não existe uma concepção última.

O direito a autodeterminação enquadra-se em um contexto em que os profissionais de saúde, particularmente os médicos e os pacientes, se encontram frequentemente com uma diferente concepção de mundo, existindo distintas visões de bem comum. Isso porque, o conceito de autonomia refere-se à perspectiva de cada ser humano, sendo ele verdadeiramente livre e dispendo das condições mínimas para se autorealizar. Ainda, o universo cultural não pode limitar-se ao paciente – sobretudo tratando-se de crianças, adolescentes, ou outras pessoas com competência diminuída –, e sim, estender-se a outros elementos da família – a autonomia familiar⁸⁸. Em consequência, no plano da relação clínica com o paciente, todas as informações carecem de consentimento informado, livre e esclarecido, sendo esta consideração enfocada como um imperativo da ética profissional.⁹⁸

Obviamente, exige-se a prudência necessária para informar e, sobretudo, esclarecer o paciente, de modo que a informação transmitida seja apreendida com calma e serenidade. Quanto maior o risco da intervenção, maior a importância da obtenção de um consentimento válido e atual. Apenas em circunstâncias excepcionais pode o profissional de saúde invocar o “privilégio terapêutico” para se eximir à responsabilidade de informar e esclarecer. Estas circunstâncias referem-se à existência da elevada probabilidade de dano físico ou mental, e não o mero transtorno emocional dependente da transmissão da verdade factual.⁸⁸

Sobre isso, Junges⁹⁹ ressalta que o princípio da autonomia tem sua expressão no consentimento informado e o ato de consentir deve ser genuinamente voluntário e basear-se na revelação adequada das informações. Para que o mesmo não se restrinja a pura formalidade jurídica, o modo de obter o consentimento é a exigência fundamental para assegurar o princípio de autonomia na decisão.

Ademais, conforme Engelhardt⁷⁶, os indivíduos precisam comunicar e apreciar o que cada uma das partes deseja para se chegar a um bom entendimento. O consentimento livre e informado desempenha seu papel central não tanto por causa de um compromisso com um ideal liberal, mas pela descrença na possibilidade de descoberta de uma visão

completa dos objetivos de assistência à saúde, em um contexto pluralista secular. Compreende obter permissão não apenas dos indivíduos que devem ser tratados, mas também dos responsáveis por indivíduos incapazes de consentir por si mesmo.

Parece inacreditável que um direito tão elementar como o Consentimento Informado, expressão prática do respeito à autonomia, tenha passado a ser discutido e normatizado somente na década de 1940. Apesar deste atraso, pode-se dizer com segurança, que nos tempos atuais, muitos profissionais continuam mantendo uma prática médica com forte cunho paternalista, até porque o referencial biótico do TCLE, na prática médica e nos códigos de ética, demorou algum tempo para ser inteiramente incorporado. Nos últimos anos, por outro lado, a reflexão sobre a necessidade e a conveniência da implantação formal do TCLE nos procedimentos médicos diagnósticos e terapêuticos da prática diária tornou-se mais consistente. Faz-se necessário entender o TCLE como uma exigência ética e jurídica na assistência médica praticada atualmente. Apesar de não ser razoável, nem necessário, obter a assinatura do paciente para todo e qualquer procedimento médico, esse tipo de situação pode criar um clima de desconfiança que virá a ser completamente inadequado para a relação médico-paciente, além do que, a literatura demonstra que não há garantia de que essa prática evite futuras demandas judiciais.¹⁰⁰

Pelo menos na última década, praticamente todos os códigos deontológicos de profissionais da área de saúde e normas de pesquisa envolvendo seres humanos trouxeram a exigência de obtenção do chamado Consentimento Informado dos pacientes e dos sujeitos de pesquisa.¹⁰¹ Do ponto de vista de Beauchamp e Childress⁴⁶, o principal objetivo desta exigência encontra-se em tornar possível a escolha autônoma por parte das pessoas que se submetem a um tratamento de saúde ou a um experimento científico. Também, tem-se como objetivos outros: proteger os pacientes e sujeitos da pesquisa contra danos e encorajar os profissionais para que ajam responsavelmente quando lidam com a vida e a saúde humana. Clotet¹⁰² corrobora as definições anteriores, e acrescenta que o consentimento informado, em linhas gerais, consiste em condição indispensável da relação médico-paciente e da pesquisa em seres humanos, pois protagoniza a autonomia do paciente ou do participante da pesquisa após um processo informativo de aceitação de um tratamento específico ou experimentação, consciente de seus riscos, benefícios e possíveis consequências.

Kfoury Neto¹⁰³ afirma que o consentimento informado deve preferencialmente ser expresso de forma escrita, principalmente, quando o procedimento for complexo ou arriscado. Quanto a sua forma verbal, o autor recomenda que o consentimento seja testemunhado. Corroborando esta afirmação, Pithan¹⁰⁴ (2011) ressalta que independente do sentido adotado para o consentimento informado, sabe-se que ele expressa uma verdadeira transformação no modelo tradicional de relação terapêutica, promovendo a autonomia dos usuários dos serviços de saúde.

O interesse, a compreensão e o respeito pelo termo de consentimento informado tem sido uma preocupação em todo o mundo. Su *et al.*¹⁰⁵ buscaram entender o conhecimento e as atitudes dos profissionais de saúde mental na China, em relação ao processo de diagnóstico, tratamento, consentimento informado e a proteção da privacidade em ensaios clínicos. A amostra contou com 1.110 profissionais de saúde, em que 523 eram médicos, e o restante eram profissionais de outras áreas da saúde, todos provenientes de 22 hospitais psiquiátricos lotados em Xangai, China. Para os autores, pareceu estarrecedor a constatação de que – mesmo a China sendo uma potência que desponta mundialmente –, 87,8% desses hospitais não tinham sequer um comitê de ética. Comprovou-se também, que mais da metade da equipe médica não tinha recebido educação e formação sistemática em ética médica e que eles não tinham conhecimento suficiente das questões éticas relacionadas à prática clínica e ensaios.

Ao passo que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem maior e melhor assimilação, o interesse frente à vários tipos de tratamento, também, é despertado. No caso, há uma preocupação com o TCLE frente ao tratamento com opióides. Isso se explica pelo fato dessa substância causar múltiplos efeitos colaterais que podem resultar em significativa morbidade e mortalidade, devido ao: mau uso, abuso e adição; o que tem tornado o TCLE um instrumento de promoção ao uso seguro na terapêutica.¹⁰⁶

É importante distinguir cuidadosamente duas situações que se apresentam: (1) a do paciente capaz que pode dar um consentimento livre e informado; (2) a do paciente incapaz ou incompetente, que pede então um consentimento substituído, a saber: **(a) Consentimento livre e informado** – em uma situação normal, em relação a um adulto capaz de dirigir a própria vida, o princípio de autodeterminação exige a concordância dele com todo tratamento médico ou paramédico e com qualquer ensaio experimental. A ética exige isso em nome do respeito à pessoa. Para ser autêntico, o consentimento deve ter duas

qualidades: ser livre e informado, caso contrário seria apenas um simulacro. Para ser autêntico, o consentimento deve ser livre, isto é, isento de coerção, de pressão, de fraude etc. **(b) Consentimento substituído** – o princípio do consentimento livre e informado pode ser aplicado como regra geral, especialmente, quando se trata de adultos conscientes. No entanto, sobre a autonomia e a autodeterminação de menores, dos portadores de deficiências mentais, dos doentes em estado de coma, em suma, das pessoas juridicamente incapazes, dependendo da cultura em cada país, o direito prevê diversas situações e propõe soluções. Alguns princípios éticos podem orientar a conduta: buscar o consentimento mais adequado possível, procurar determinar a vontade presumida do paciente, consultar o tutor, o representante ou um próximo, agir segundo o melhor interesse do doente etc.⁸²

Nesse sentido, Raymundo e Goldim¹⁰⁷ (2007) explicam que o consentimento por procuração, pode ser utilizado quando a pessoa a ser submetida a um procedimento assistencial ou de pesquisa encontra-se impossibilitada ou não habilitada legalmente para consentir. Nesse caso, outra pessoa, na maioria das vezes um familiar, responsabiliza-se pela autorização do procedimento ou da participação na pesquisa.

Desse modo, Matos¹⁰⁸ afirma que a exigência do consentimento informado sintetizou o respeito à autonomia do paciente, sendo amplamente reconhecido nos códigos de ética médica de vários países e, até mesmo, em legislações específicas, principalmente quando se identifica a diminuição dessa autonomia por motivos diversos, etários ou decorrentes da própria doença. O autor explica que o dever de informar significa que o médico necessita estabelecer um relacionamento aberto ao diálogo com seu paciente, informando-o da gravidade da doença, dos exames necessários a compreensão de sua extensão ou grau de avanço, os diversos tratamentos possíveis e o desenvolvimento de cada um (o quanto é invasivo e doloroso), os benefícios possivelmente alcançados, bem como os riscos do procedimento.

Nessa perspectiva, há uma clara associação do princípio da autonomia com a consolidação dos direitos humanos, derivada, principalmente, das concepções de Locke, Espinosa e Kant nos séculos XVII e XVIII. Naquele período, estabeleceram-se os direitos humanos básicos: direito à integridade, à liberdade e à propriedade. Esses direitos pertencem naturalmente a todos os seres humanos e, portanto, independem de legislação.¹⁰⁹

Vale salientar, que o modelo paternalista de Hipócrates perdurou por muitos séculos. Naquele período, não se questionava a relação vertical em que o médico era o

“senhor” de todas as coisas e tinha o domínio do saber. Ao longo dos tempos, os direitos humanos foram sendo reconhecidos e respeitados e um grande exemplo nesse divisor de águas foi a Revolução Francesa.

A partir dessa valorização dos direitos do homem, a relação médico-paciente também passou a ser mais complexa, porque já não era unilateral. A isso, Engelhardt⁷⁶ argumenta que o contato direto e mais eficaz entre médico e paciente é o produto final dessa valorização dos direitos humanos. Isso porque, os processos de informar e comunicar desempenham um papel central, não apenas porque os pacientes precisam ser tratados com o valor que merecem, mas também, para evitar a falta de entendimento comum entre os indivíduos e as comunidades. Como não existe uma visão digna de crédito sobre a vida boa e os objetivos concretos da medicina, é preciso criar interpretações comuns. Em suma, o consentimento livre e informado tem sua fundamental importância moral por causa das dificuldades conceituais e de problemas históricos que levaram ao problema intelectual de obter autoridade moral em uma sociedade pluralista secular. Há atualmente uma crise de moralidade e conseqüentemente de autoridade. Quando essa autoridade não pode ser descoberta, quando não se pode decidir o que precisa ser feito, é necessário perguntar aos indivíduos livres envolvidos o que eles desejam fazer, e esperar que cheguem a um acordo comum, de maneira a alcançar uma ação pacífica com a autoridade moral. O recurso ao consentimento dos pacientes tem raízes na prioridade do princípio do consentimento. A quantidade e o caráter da revelação exigida e de acordo formal dependem de saber até onde o médico ou outros profissionais da área de saúde e os pacientes compartilham visões comuns dos objetivos da medicina, dos cânones da probidade moral, e do caráter da vida boa e decente. Se médicos e pacientes não compartilham valores e objetivos comuns, e no caso, destacam-se questões de pluralidade cultural, torna-se imprescindível a criação de regras específicas para a elaboração do termo de consentimento e para que ele contemple todas as questões que envolvem a terapêutica. Com a autoridade do consentimento, vem o direito de entregar-se aos cuidados de outras pessoas, de abandonar esses cuidados, de aceitar a ajuda ou de recusá-la. Como resultado, o tema do consentimento livre e informado está limitado a questões de probidade moral do suicídio e de ajudar ou dar cobertura ao suicídio, e de estabelecer os limites da autoridade dentro da equipe de assistência à saúde.

Fortune-Greeley *et al.*⁹³, em uma pesquisa realizada em 2010 com um hipotético *Trial* em uma clínica cardiológica de um grande Centro Acadêmico com pacientes ambulatoriais da clínica cardiovascular, analisaram a compreensão do TCLE. Como resultado, os autores descobriram que algumas questões e reações negativas dos participantes indicaram uma lacuna de informação ou uma deficiência no entendimento de elementos do *trial* clínico descrito no documento do consentimento informado. Dado que a proposta do consentimento informado é respeitar e promover a autonomia dos participantes, é importante que não haja uma interpretação negativa a respeito do documento de consentimento, pois isso significa que o documento deve ser mudado.

Por outro lado, Calain¹¹⁰ destaca que as organizações humanitárias parecem necessitar da mídia como meio de despertar um maior altruísmo em relação ao auxílio aos indivíduos doentes. Discutir a mídia e os meios de comunicação, de um modo geral, constitui uma necessidade atual, uma vez que com a globalização, as relações no mundo parecem estar mais próximas e estreitas, e as notícias estão ao alcance de grande parte da população mundial, em tempo real. Calain¹¹⁰ afirma ainda, que organizações que são mais profissionais são, obviamente, conscientes das preocupações de privacidade, confidencialidade e riscos, e eles podem ter cautela em pelo menos duas vertentes: através de ajustes técnicos do que será exibido, e através da obtenção de consentimento. E continua Calain¹¹⁰, citando o exemplo do programa Médicos sem Fronteira (MSF), no qual o respeito ao consentimento deve ser aplicado à quaisquer intervenções e não apenas à pesquisa, e englobam a prestação de cuidados, bem como, a tomada de imagens, particularmente, em contextos em que temas de atenção médica são totalmente vulneráveis.

Por outro lado, a relação médica vista no contexto da colaboração médico-paciente, tem como pilar o princípio bioético da promoção do melhor interesse do paciente, sendo o consentimento livre e esclarecido tomado como paradigma legal do respeito por esse princípio. Especificamente em Portugal, foi adotada uma legislação referente à prática da biomedicina, de acordo com a Convenção do Conselho da Europa (CCE), que mediante normas específicas, tem estabelecido procedimentos padronizados às principais áreas biomédicas, em geral, e em particular, sobre os direitos da pessoa humana, permitindo que pessoas com motivações ideológicas diferentes e de diferentes instruções chegassem a um juízo ético comum acerca de situações concretas.¹¹¹

Sendo assim, a Lei Portuguesa 12/2005¹¹² foi criada para conferir aos médicos um papel de maior destaque nas várias etapas do processo de informação em saúde e considera o “Consentimento Informado” – também conhecido como Consentimento Informado Livre Esclarecido –, como a expressão do direito de autodeterminação do indivíduo, deixando de lado o direito a “o não ser”. Esse conjunto de pressupostos éticos e normativas legais requer que, em Portugal, o médico respeite a vontade do paciente ou de seu representante legal, seus valores morais e crenças religiosas, reconhecendo o domínio do mesmo sobre a própria vida, bem como, o respeito à sua intimidade, limitando a intromissão de outros no mundo da pessoa que estiver em tratamento.

Do ponto de vista de Antunes e Nunes⁸⁸, nos termos da lei e da ética profissional, qualquer cidadão tem o direito a ser informado e esclarecido sobre a doença, porém pode também, igualmente configurar-se um direito a não ser informado sobre a sua saúde. Ou seja, o exercício da autonomia pode contemplar derrogações à doutrina do consentimento expresso, se for essa a vontade real do paciente. O conhecimento da informação genética pessoal ou da sorologia para o HIV são exemplos paradigmáticos deste “direito a não saber”. Dessa forma, podem existir circunstâncias, em que, à luz do princípio ético da não maleficência, o profissional de saúde deve abster-se de informar o paciente, se este for o seu desejo expresso. Nesse sentido, compreende-se que no princípio da autonomia, enquadra-se o respeito que merece a vontade previamente manifestada do paciente ou aquela que é veiculada pelos familiares ou mesmo a que está expressa em diretivas antecipadas de vontade ou “testamento vital”, que é uma prática corrente em muitos países ocidentais.

Dessa forma, A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes¹¹³, que foi aprovada pelo Ministério da Saúde Português em 1997, é parte do esforço de humanização dos serviços de saúde hospitalares no País. O que se faz relevante salientar, é que o direito à proteção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa e se baseia em um conjunto de valores fundamentais, como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. No Brasil, por sua vez, o novo Código de Ética Médica⁶⁹, explicita deveres médicos, quanto ao consentimento livre e esclarecido, nos seguintes artigos: *É vedado ao médico*: Art.22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em risco iminente de morte; Art.24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre

sua pessoa ou sem bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo; Art.31. Desrespeitar 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; Art.34. Deixar de 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; Art.39. Opor-se a realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal; Art.42. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.

Por outro lado, nas situações de emergência, Muñoz e Fortes⁹¹ pontuam que as ações dos profissionais de saúde fundamentam-se no princípio da beneficência, ou seja, em ações positivas em favor da vida e da saúde. Nesses casos, se aceita a noção da existência de consentimento presumido ou implícito, pelo qual se supõe que a pessoa, se estivesse de posse de sua real autonomia e capacidade, se manifestaria favorável às tentativas de resolver causas e/ou consequências de suas condições de saúde.

Para Engelhardt⁷⁶, quando um indivíduo indica um procurador para decidir por ele, com instruções específicas ou generalizadas, o indivíduo procurador será uma extensão moral daquele que o indicou. Logo, podem-se encontrar conflitos entre o respeito às decisões caprichosas do procurador escolhido e o atendimento dos melhores interesses do tutelado. A maior parte dos procuradores, de fato, não age com base em diretrizes formais prévias para transmitir autoridade moral e dar instrução para orientar a decisão de um procurador. Em geral, são parentes próximos, colocados na posição de tomada de decisão sobre o tratamento de um incompetente membro da família. Para o autor, o consentimento informado da parte de um procurador compreende uma série de práticas: (a) a escolha de um agente autorizado em nome de um indivíduo que dá a autorização; (b) a escolha pelos pais (ou pessoas por ele indicadas) em nome de bebês; (c) a escolha de procuradores em nome de menores não emancipados; (d) a escolha de procuradores que ajudem a garantir os melhores interesses de outra pessoa; (e) a escolha de um procurador, com base no melhor interesse de outra pessoa, conforme interpretado como referência ao que uma pessoa racional e prudente escolheria; e, (f) a escolha de procuradores com base no que a pessoa em particular poderia ter desejado.

Na perspectiva de Muñoz e Fortes⁸⁷, não é adequado um texto único de TCLE que contemple todas as situações, mas é imprescindível que um termo de consentimento livre e esclarecido contenha determinados elementos essenciais, quais sejam: linguagem acessível para uma compreensão facilitada; conter procedimentos e terapêutica com seus objetivos e justificativas, desconfortos, riscos e benefícios esperados; liberdade para o paciente retirar ou recusar a terapêutica ou o procedimento sem que isso ocasione prejuízo a assistência do mesmo; e, assinatura do paciente ou de seu representante legal.

2.1. Breve histórico sobre a humanização

Parece estranho discutir um termo, aparentemente, simples e tão atual como a humanização, visto que ao primeiro olhar, presume-se que o entendimento da humanização é algo inerente à condição humana. No entanto, as demandas da atualidade demonstram que o desconhecimento dos princípios básicos da convivência harmônica e respeitosa entre indivíduos, implica em um mais profundo conhecimento dos conceitos que envolvem este tema. Segundo Houaiss¹¹⁴, humanizar diz respeito à aquisição da forma humana, isto é, tornar-se benévolo, ameno, tolerável; humanar-se; tornar-se mais sociável, mais tratável; civilizar-se; e, socializar-se.

Em uma perspectiva histórica, De Marco *et al.*¹¹⁵ afirmam que pode ser útil examinar alguns diferentes olhares que têm se voltado para a questão da evolução das ciências e do pensamento médico em particular. Uma das questões que tem se colocado como relevante, diz respeito às condições que levaram à constituição do modelo biomédico, com exclusão do psíquico e a perda de uma visão integral do ser e do adoecer. Ao examinar a história, há uma relativa concordância de que, inicialmente, parece ter havido um convívio harmonioso entre as vertentes religiosa e empírica e que não existia a separação entre doenças físicas e mentais.

A isso, Schneider¹¹⁶, ao lado de outros pensadores, situa o começo desse afastamento a partir da estruturação de duas escolas distintas entre os gregos; uma de Cós, ou hipocrática, que é classificada como tendo uma postura que contemplava as tendências dinâmicas, humorais e sintéticas, estudando o homem em sua totalidade; a outra, a escola de Cnido, percebida como mais específica, analítica, e mecanicista. O século XIX e o começo do século XX teriam inspiração mais *cnidiana*, visto que a medicina fragmentada reduzia o homem a um sistema, a um órgão, a um tecido e por último a uma célula enferma.

O modelo biomédico tem sido com muita frequência, relacionado ao paradigma cartesiano. Descartes¹¹⁷ propõe uma separação absoluta entre fenômenos da natureza e fenômenos do espírito e, por consequência, uma separação radical entre mente e corpo. Por sua vez, é essencial analisar o pensamento de Foucault¹¹⁸ como referencial, quando se trata

da evolução da Medicina e o saber médico, bem como, a construção do modelo biomédico, pois Foucault¹¹⁸ se detém na história da evolução da Medicina, especialmente, na questão do nascimento da clínica e das diferentes estruturas perceptivas que sustentaram três tipos de teorias e práticas médicas, destacando duas mudanças principais. Na primeira, uma medicina das espécies, que ainda prevalecia por volta de 1770 e que cedeu lugar ao estágio da medicina clínica. A medicina das espécies fazia na nosologia, o que Lineu fez na botânica: classificava as doenças como espécies. Em seus primórdios, a medicina clínica foi uma medicina dos sintomas: percebia as doenças como fenômenos dinâmicos. No limiar do século XIX, surge a segunda mudança: a medicina clínica substituiu a medicina dos sintomas por uma medicina dos tecidos – a teoria anatomoclínica.

Foucault¹¹⁸ chama a atenção para o fato da construção positivista do saber médico (em plena construção do modelo biomédico), alimentar a crença de ter conseguido se libertar das teorias e das quimeras e, finalmente, abordar o objeto de sua experiência nele mesmo e na pureza de um olhar não prevenido. O autor inverte a análise e destaca o fato de que não é o olhar que se purificou, inscrevendo o novo contato com os fenômenos em uma categoria de purificação psicológica e epistemológica, mas as formas de visibilidade é que mudaram o conhecimento singular do indivíduo doente. Para que a experiência clínica fosse possível como forma de conhecimento e ação, foi necessária “toda uma reorganização do campo hospitalar, uma nova definição do estatuto de doente na sociedade e a instauração de determinada relação entre a assistência e a experiência, os socorros e o saber; foi preciso situar o doente em um espaço coletivo e homogêneo”.

Atualmente, o tecnicismo na medicina tem despertado algumas inquietações. A precisão das máquinas, tanto para os diagnósticos, quanto para a terapêutica, faz surgir a seguinte questão: Será que a robótica nas cirurgias substituirá o ser humano na difícil tarefa de curar ou pelo menos consolar, como bem ensinou Hipócrates aos seus discípulos de Cós? A resposta pode estar nas reflexões de Gracia⁶⁰, que a respeito de uma assistência médica mais humana, afirma que técnica e humanismo são apresentados como incompatíveis. Para o autor, a voz corrente é que a técnica desumaniza. E como exemplo paradigmático disso, pode-se apontar o da assistência médica, que quanto mais tecnicista, mais desumana pode se tornar. Isto é, por vezes, as estratégias de humanização desumanizam.

Gracia⁶⁰ destaca ainda, que no século XIX foi concebida não apenas uma medicina baseada no regime dos fatos, mas também uma ética dos fatos. O princípio básico dessa ética era que qualquer consideração que não possuísse caráter de fato clínico não podia, nem devia ser tida em conta no processo de tomada de decisões. Além disso, os valores são parte importante da Medicina e devem ser considerados pelo médico, pois do contrário a sua medicina será de excelência no aspecto técnico, porém desprovida de humanismo. Humanizar a medicina é nela introduzir o mundo dos valores – levá-los em conta. E mais, é em última instância, superar afinal o velho conceito positivista. Com isso, pode-se dar já uma primeira resposta a esse problema. Essa resposta consiste em dizer, que a humanização exige resgatar e incluir na atividade de todos os profissionais da saúde um mundo novo; o mundo dos valores.

2.2. A humanização dos cuidados em saúde

A relação médico-paciente está diretamente ligada à humanização, e tem sido motivo de debate na literatura nacional e internacional, especialmente, nos últimos anos. Por causa disso, a visão que se tinha dos pacientes começou a mudar, e se tornou muito importante tanto na prática clínica, quanto no desenvolvimento profissional. Algumas revisões de literatura evidenciam que esta área é de interesse internacional^{119,120}, embora a maioria das pesquisas se baseiem em países desenvolvidos, onde o setor de saúde é estimulado por diversas políticas públicas¹²¹, alocação de recursos^{122,123}, e plano de cuidado.¹²⁴ Burford *et al.*¹²⁵ evidenciaram que pacientes tendem a achar uma consulta médica eficaz, quando ela reflete dois elementos: um afetivo, relacionado ao conteúdo emocional; e, um outro informacional, habilidade para ouvir e para explicar, confiança na relação médico-paciente.

No início do século XIX, surgiu o método clínico baseado no modelo biomédico que preponderou durante o século XX. Indubitavelmente, essa forma predominante da medicina naquela época trouxe grandes avanços. É também inquestionável, que com esse modelo de atendimento médico, focado na doença, o paciente ficou relegado a um segundo plano. O poder do médico aumentou demasiadamente, enquanto o diagnóstico da doença era o alvo a ser conquistado, como se a pessoa enferma não tivesse uma identidade única, com os seus envolvimento sociais, políticos e culturais singulares.¹²⁶

A partir disso, o método clínico como modelo biomédico passou a ser questionado. Em 1927, Peabody já havia escrito, que “o tratamento de uma doença pode ser totalmente

impessoal, o cuidado do paciente necessita ser totalmente pessoal” e que o médico que se propõe a tratar do paciente e negligencia a sua vida emocional é *“tão pouco científico quanto o investigador que negligencia o controle das condições que podem afetar o seu experimento”*¹²⁶. Ainda no século passado, os trabalhos de Balint¹²⁷ questionaram o diagnóstico apenas físico do modelo biomédico, uma vez que houve a valorização da escuta do paciente e a importância de responder as suas necessidades e a valorização do médico como agente terapêutico. Posteriormente, Engel¹²⁸ propôs o modelo biopsicossocial, partindo da premissa de que os modelos dominantes de organização do conhecimento e da experiência, nem sempre explícitos, são importantes na abordagem médico-paciente.

Então, a partir desses e de outros trabalhos, Stewart *et al.*¹²⁹ propuseram a medicina centrada no paciente, como uma transformação do método clínico. Os autores definem os princípios desse novo método em: **(1)** exploração e interpretação pelo médico da doença e da experiência de adoecer do paciente, tendo a experiência do adoecer quatro dimensões: o sentimento de estar doente; a ideia a respeito do que está errado; o impacto do problema na vida diária; e, as expectativas sobre o que deveria ser feito; **(2)** entendimento global da pessoa; **(3)** A busca de objetivos comuns entre o médico e o paciente, a respeito do problema e sua condução; **(4)** A incorporação de medidas de prevenção e promoção de saúde; **(5)** A melhora ou intensificação da relação médico-paciente; e, **(6)** A sua viabilidade em termos de custo e tempo.¹²⁹

Complementarmente, Pires¹³⁰, a partir de uma pesquisa realizada em Portugal em 2011, afirma que quando os pacientes confiam no médico e percebem que ele entende da sua patologia e tem uma percepção clara de seus problemas, há uma consequente diminuição na solicitação de exames complementares e de referências. Por outro lado, o médico através do cuidado e da informação centrada no paciente tem um acesso mais eficaz à doença, compreendendo melhor o que poderá resultar em uma menor necessidade de solicitar exames complementares. Ainda, para o autor, ao aprimorar a relação médico-paciente, promovendo uma relação de maior conhecimento entre médico e paciente, parece que como consequência há um menor custo nas despesas em saúde.¹³⁰

Por sua vez, o desenvolvimento tecnológico não é apenas tema relevante quando se discute o aprimoramento das técnicas de diagnóstico e da terapêutica, mas também, quando emergem debates sobre a deterioração da relação médico-paciente e da humanização no

atendimento médico. A isso, é relevante descrever a opinião de Almeida e Machado¹³¹ sobre o tema. Os autores afirmam que o desenvolvimento tecnológico pode distanciar o médico do seu paciente, levando a se estabelecer problemas de justiça na distribuição dos recursos econômicos para a saúde, pela menor acessibilidade dos doentes de menores recursos ou de maior debilidade. O surgimento das equipes multidisciplinares permite a dissolução da responsabilidade do médico no compromisso com o paciente, limitando a confidencialidade, o que poderá em última análise, levar a desumanização do próprio ato médico, justificando-se então, nessas circunstâncias, o paternalismo médico como forma de beneficiar o paciente.

Em relação ao desenvolvimento tecnológico, Von Zuben⁶² explica que, no século XX, ocorreram muitas crises que provocaram ansiedade e tensão, devido às investidas contra as concepções e os valores do mundo ocidental. O autor afirma que é particularmente notável o efeito da presença das tecnologias, em especial, das biotecnologias e das tecnologias de informação no cotidiano das sociedades e dos indivíduos, com consequências marcantes sobre a condição humana, sobre o modo pelo qual as pessoas veem e entendem o mundo ao seu redor e em suas relações interpessoais. Ainda, o autor ressalta que os progressos técnicos se juntam com as ameaças dramáticas. Pela descoberta do DNA, as celebradas pesquisas e procedimentos da terapia gênica, sob cujo manto se escondem riscos de manipulação genética e todo o aparato das terapias celulares, sustentam a denominação usada há alguns anos de “revolução biológica”, que provoca transtornos nas fronteiras entre o natural e o artificial, com consequências na vida interior do indivíduo e na sua vida social. Ainda, a bioética defende como ideias-força a pluralidade, o multiculturalismo, o diálogo, o discurso democrático, e tem promovido uma conscientização para a necessidade de as duas culturas, a científica e a humanista, tentarem transpor o muro que as separa em sua mútua ignorância: dialogarem para garantir o bem-estar da civilização.

Entende-se que a medicina moderna para ser humanizada deve ser pautada na ética e na capacidade de comunicação. Cortina¹³² levanta que a ética da razão cordial situa-se na tradição do reconhecimento recíproco de seres que se sabem e se sentem como seres dotados de competência comunicativa, isto é, como interlocutores válidos e, por isso, como pessoas. O “reconhecimento cordial” ou “reconhecimento compassivo” não é entendido como condescendência, como magnitude dos mais fortes para com os mais fracos, mas é a

capacidade de compadecer-se, de afetar-se com o sofrimento e o gozo daqueles que se reconhecem reciprocamente como “carne da mesma carne e ossos dos mesmos ossos”. No “reconhecimento cordial”, sentimo-nos e somos sabedores de que estamos obrigados a nos apoiarmos mutuamente para levar adiante projetos de vida digna de ser vivida. Esta obrigação foi se preenchendo de conteúdo ao longo da história da humanidade. Foi-se reconhecendo que as pessoas às quais estamos ligadas, e nós mesmos, temos dignidade e não podemos ser trocados por um preço.

Esse argumento serve de base para Zoboli¹³³, ao destacar que tomar esse entendimento da ética da razão cordial, e especialmente, da intersubjetividade ética que a fundamenta, é urgente para os apelos de humanização na saúde. Superar limites de procedimentos e protocolos rumo à cordialidade, corresponsabilidade e integralidade é essencial para a humanização da assistência. Reconhecer-se como pessoas, profissionais e usuários, é condição necessária para uma clínica ampliada e humanizada, sendo importante criar vínculos, na atenção à saúde, se consolidando quando os profissionais de saúde estabelecem um contrato com os usuários dos serviços para alcançarem a meta desejável. Há obrigações de ambos os lados para se conseguir o resultado proposto e almejado pelo profissional. Quando o usuário rompe o contrato e não adere ao projeto terapêutico, já não interessa, pois fica impossível alcançar o resultado que o profissional deseja. Se não é excluído, em razão das amarras administrativa e gerencial do Sistema de Saúde, o usuário passa a ser “rotulado” como alguém a ser punido com longas esperas, negativas de atendimentos, maus tratos, rompimento de cláusulas contratuais e pagamento de multas ou ressarcimentos.

Logo, aí estariam pistas para explicar as frequentes não adesões aos tratamentos?

O mundo atual convive com o aumento da perspectiva de vida, e como consequência, um aumento das doenças crônicas e degenerativas. Oliveira *et al.*¹³⁴ chamam à atenção para a necessidade da humanização em relação ao paciente terminal, ressaltando que dúvidas e dificuldades de relacionamento por parte dos profissionais de saúde exacerbam-se quando o paciente se encontra fora da expectativa de cura.

No Brasil, um país continental e tão desigual em suas imensas diferenças sociais, surgiu o Sistema Único de Saúde¹³⁵ (SUS), inscrito na Constituição de 1988, com o objetivo de universalizar o atendimento à saúde dos brasileiros, sanando parte das

injustiças sociais. Esse Sistema Único de Saúde, em meio a grandes dificuldades, debate a humanização em saúde.

De acordo com Leonardo Boff¹³⁶, a relevante função humanizadora faz estabelecer com o outro uma relação construtiva de inclusão. No fundo, tudo passa pelo outro, pois sem o diálogo com o “tu” não nasce o verdadeiro “eu”, nem surge o “nós” que cria o espaço da convivência e da comunhão. A exclusão do outro está na base do terror moderno, seja econômico ou político-militar. O que na área da saúde significa a perda da qualificação da relação médico-paciente, que deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania. Da relação com o outro suscita a responsabilidade. O outro faz surgir em nós a ética e obriga-nos a uma atitude de acolhimento ou de rechaço.

Por sua vez, Deslandes¹³⁷ afirma que a humanização se fundamenta no “resgate da humanidade do atendimento”, ou seja, postar-se contra a violência, já que esta representa a antítese do diálogo, a negação do “outro” em sua “humanidade”, e na necessidade de melhorar a qualidade dos serviços prestados. Nesse sentido, a humanização é vista como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com um bom relacionamento.

Também, para Teixeira¹³⁸, os aspectos da relação médico-paciente, que eram muito valorizados no sistema médico de todos os tempos, assumiram importância secundária no modelo biomédico, privando o moderno arsenal terapêutico de uma intervenção psiconeurofisiológica capaz de complementar a resolução de muitos distúrbios orgânicos. Para o autor, as pesquisas sugerem que a postura do médico, permeada por manifestações positivas, comentários, sugestões e atitudes, pode exercer influência na mente do paciente produzindo respostas neurofisiológicas favoráveis ou desfavoráveis, e assim, agindo como instrumento terapêutico ou iatrogênico.

Igualmente, Nunes¹³⁹ destaca que o reconhecimento do outro, em sentido mais específico, conduzirá a que este não seja tratado como um corpo ou uma doença. Se a fragilidade da vida é o que torna presente as ameaças (doença, incapacidade, morte), devem-se conjurar esforços para manter a vida – aliás, para humanizar a vida.

Nesse sentido, Sgreccia⁷⁸ afirma que no longo caminho que o paciente tem que percorrer entre análises químicas e radiológicas e de consultas especializadas, é fácil que ele abdique de suas próprias responsabilidades. Desse modo, segundo o autor, para remediar esse desvanecimento da interioridade do paciente, se torna ainda mais necessário

o trabalho daquele que é e continua a ser o médico responsável, o médico do departamento hospitalar ou o médico de família, que o ajuda a ler os contributos individuais, faz as sínteses e, através do diálogo restitui ao paciente a consciência da sua própria condição e a capacidade para tomar as decisões que são inalienáveis.

A relação de tratamento é sempre difícil, porque é uma relação assimétrica ditada pela necessidade e pela doença. No entanto, a doença tem sempre duas faces: uma na terceira pessoa, que corresponde ao que o médico pode diagnosticar, por diversos meios, e que é representável de modo objetivo e impessoal; a outra face, em contrapartida, é a vivenciada pelo paciente, pois a doença pode ser um novo modo de existir e de pensar a própria condição.⁷⁸

Atualmente, esta relação de cura é frequentemente garantida por práticas impessoais, por meio de intervenções ou fármacos que reduzem o espaço e o tempo da relação ao estritamente necessário. De fato, quem hoje se dirige a uma estrutura hospitalar, entra em um processo em que faz pouco sentido usar a noção de “receber tratamento”, isto é: “preocupação com o outro”, atenção à sua pessoa ou partilha das suas expectativas.⁷⁸

Desse modo, em um mundo em que os avanços científicos precisam prosseguir em paralelo à adoção de princípios éticos que visem ao bem-estar de todos, não é possível prescindir da necessidade de cultivar uma atitude de profundo respeito à condição do outro, reconhecendo suas necessidades, seus anseios e suas potencialidades. Assim, é fundamental, contribuir para que cada um possa expressar o melhor de si, proporcionando não apenas a saúde e o bem-estar individual, mas também uma convivência mais harmônica.¹⁴⁰ Corroborando essa linha de pensamento, Pessotti¹⁴¹ argumenta que a formação humanística implica a necessidade do autoconhecimento e envolve a consciência do outro e de seus valores no que tange aos significados que atribui à vida.

Sendo assim, o processo de humanização em saúde busca, segundo Bazon *et al.*¹⁴², resgatar o respeito à vida, incluídas as circunstâncias biopsicossociais, espirituais e educacionais, considerando o respeito à individualidade e às diferenças profissionais, bem como, a necessidade da construção de espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o aspecto humano de todos os envolvidos na assistência. Complementando, Pessini¹⁴³ reporta que esse processo requer a implementação de um sistema interdisciplinar e reflexivo acerca dos princípios e valores que regem a prática de diferentes profissionais de saúde, em busca de sua dimensão ética, por se constituir mais que ato humanitário.

A “humanização da medicina” é uma expressão que reúne conceitos diversos e complementares: há quem pretenda com ela sublinhar a relação intersubjetiva entre o paciente e o pessoal de saúde, perante a invasão da tecnologia ou da massificação dos hospitais; há quem entenda que ela designa a introdução de estudos humanísticos, e particularmente da psicologia, no plano de estudo dos cursos de medicina. Porém, o significado mais profundo desta instância, consiste no reconhecimento da dignidade de pessoa em cada sujeito humano, desde o momento da concepção, até o momento da morte, com a consciência da espiritualidade e da imortalidade.³⁵

De acordo com Gallian e Reginato¹⁴⁴, para compreender o processo de desumanização na relação assistencial é preciso fazer uma abordagem histórica contextualizada – na qual as palavras do filósofo Ortega y Gasset¹⁴⁵ são sempre oportunas: *Eu sou eu e as minhas circunstâncias*. A assistência ao paciente não é um fenômeno isolado, que possa ser considerado em detrimento de uma realidade existente. Posturas críticas a um atendimento “desumanizado”, fora do contexto, acusam hoje uma situação que parece corresponder, em alguns casos a uma demonstração de crueldade, e não de solidariedade ao paciente. Gallian e Reginato¹⁴⁴ argumentam que os ganhos mediante o avanço tecnológico e uma sistematização científica foram enormes, e que seria uma injustiça imaginar a tecnologia como vilã na assistência ao paciente sob a alegação de ter provocado a desumanização do atendimento. Os meios conhecidos para determinados procedimentos não são, em si mesmos, nem bons, nem maus. O que qualifica a ação é o seu promotor, e não o instrumento. Dessa forma, precisa-se olhar para o profissional de Saúde que, deslumbrado com a qualidade dos instrumentos em suas mãos, necessita ter uma formação adequada da consciência quanto às finalidades a serem atingidas.

Por sua vez, Machado¹⁴⁶ reporta que a desumanização não é somente fruto da atuação profissional isoladamente. A falta de condições de trabalho para o atendimento adequado, compreendendo desde as instalações de sala, mobiliário, higiene, instrumental necessário, até um horário compatível com a disposição física e psicológica do profissional – sem contar com uma remuneração digna –, constituem fatores mediadores da assistência desumanizada.

O individualismo que parece tão presente no mundo de hoje, trilha caminho diverso da humanização. Outro aspecto fundamental na humanização do paciente é personificação. Entender o paciente na sua totalidade integrada e harmonizada, e afastar uma visão

segmentada e sectária, que se utiliza de critérios baseados na doença e não no paciente, é condição primária e insubstituível para a assistência humanizada.¹⁴⁷

Passa-se por uma profunda crise de humanismo. Em escala mundial, presenciam-se grandes transformações em várias instâncias, tais como economia, política, desenvolvimento tecnológico, direitos e deveres dos cidadãos, funções familiares, saúde e sobrevivência de muitos povos, dentre outras. Da globalização excludente seria possível passar à globalização da solidariedade? O que está acontecendo com as pessoas? Onde está o humano? O simples estar com o outro, a compaixão, a tolerância, a solidariedade se tornaram valores descartáveis que contam pouco ou nada? Até quando?¹⁴⁸

No Brasil existem programas institucionais para a humanização em saúde, como o Programa Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde lançado em 24 de maio de 2000, que tem como proposta reduzir as dificuldades encontradas durante o tratamento e favorecer a recuperação da comunicação entre a equipe de profissionais da saúde e o usuário, incluindo a família, diante do momento de fragilidade emocional do paciente. O Ministério da Saúde tem como objetivo, por meio deste programa, estabelecer condições de aprimoramento do contato pessoal entre os pacientes, para que sejam atendidos de forma humana e solidária. Outro importante projeto é o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, cujo objetivo é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério. Entre as suas diretrizes, preconiza que as autoridades sanitárias dos âmbitos Federal, Estadual e Municipal são responsáveis pela garantia dos direitos das gestantes e dos recém-nascidos, de forma humanizada e segura. Ainda, no âmbito das políticas públicas brasileiras, vale ressaltar a proposta de humanização no Programa Saúde da Família, implantada pelo Ministério da Saúde em 1994. O enfoque na humanização compreende a atenção integral voltada para indivíduo e família, por meio de ações de equipes multidisciplinares desenvolvidas nos âmbitos da unidade de saúde, do domicílio e na própria comunidade.¹⁴⁹

Por outro lado, Pessini¹⁴³ considera que, no Brasil, estar-se ainda em uma fase muito rudimentar, no que diz respeito ao cuidado digno da dor e do sofrimento humano no sistema de saúde. Há muito a fazer em termos de operacionalização de políticas públicas relacionadas com a questão, bem como, com necessidade de intervir no aparelho formador de profissionais para criar uma nova cultura.

A humanização dos cuidados em saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas. O pressuposto subjacente a todo o processo de atendimento humanizado é facilitar que a pessoa em situação vulnerável enfrente positivamente os seus desafios.¹⁴⁸

2.3. A humanização no contexto da formação médica

No contexto da educação médica contemporânea, espera-se que a conduta na prática dos médicos apresente atitudes positivas para com o paciente. Observa-se, entretanto, um crescente declínio dos valores humanísticos por parte dos futuros médicos, associado a uma perda crescente de idealismo e empatia, aumento do ceticismo, perda dos sentimentos de realização e satisfação com a escolha profissional. Espera-se que o futuro médico atue seguindo um padrão socialmente aceito, pautado pela ética médica, e que seja favorável ao desenvolvimento da relação médico-paciente, colaborando, assim, para uma boa interposição no processo saúde-doença.^{91,150}

As sociedades laicas e plurais, da atualidade, vivem um período de intensas transformações. Transformações estas que têm tornado a bioética e a humanização temas centrais na educação médica. Portanto, nesse contexto de grandes diferenças e múltiplas interações, discutir bioética e humanização ou a contribuição ao desenvolvimento das competências moral e ética não é tarefa simples.¹⁵¹ As escolas médicas têm um papel importante a cumprir na atual conjuntura. Porém, pensar que somente mudar metodologia de ensino seria capaz de realizar a transformação necessária é um raciocínio frágil e elementar. O problema é muito mais complexo e precisa ser compreendido em toda a sua real dimensão. Um dos principais aspectos a considerar é a possibilidade de a escola contribuir de forma inequívoca com o processo de desenvolvimento da competência ética e moral. Para isso, além das metodologias pedagógicas apropriadas, importam também as oportunidades para o exercício da autonomia individual e da prática dialógica.^{152,153}

Como evidencia a pesquisa de Lind¹⁵⁴, realizada entre estudantes alemães de vários cursos incluindo medicina, estudantes de medicina apresentaram regressão em sua competência para o julgamento moral ao contrário dos estudantes de outros cursos, que ao contrário apresentaram uma evolução. Atribuiu-se essa descoberta ao fato de as escolas médicas ensinarem habilidades técnicas e científicas e não valorizarem os aspectos éticos e humanos, sendo esse um problema antigo e global.

Nesse sentido, para que o futuro profissional médico seja formado com qualidade, é preciso que, além do conhecimento científico e da técnica inerentes ao processo de trabalho, sejam agregadas atitudes humanísticas e éticas à prática médica. A importância dessa premissa pode ser evidenciada na relação médico-paciente. Relação esta que permeia aspectos importantes, como a produção de subjetividades, compartilhamento das decisões terapêuticas e prevenção de iatrogenias. Nesse contexto, destaca-se a necessidade de sedimentar o binômio ética/humanização desde o início da graduação, possibilitando formar profissionais mais preparados para lidar com os pacientes nos âmbitos biológico e psicossocial.¹⁵⁵

Rios e Schraiber¹⁵⁶ destacam que para a formação humanística do aluno de medicina, é necessário mais que o aprimoramento didático-pedagógico das disciplinas específicas da área de humanidades e a humanização dos serviços-escola (que, sem dúvida, são indispensáveis). São requisitos para essa formação: a conscientização dos professores sobre o seu papel modelar na totalidade do processo educacional e a precisa definição institucional de valores e diretrizes de conduta ética (para todos) construída de forma coletiva e dialogada.

Por meio de uma pesquisa realizada em uma escola médica do Estado de São Paulo com alunos e professores da clínica geral e da cirurgia, Rios e Schraiber¹⁵⁶ chegaram aos seguintes resultados: (1) há diferenças nas ambiências entre as Clínicas Médica e Cirúrgica: o ambiente da Clínica Médica é mais amistoso e descontraído, ao contrário da Cirúrgica onde a formalidade e a circunspeção são norma; (2) a distância que se estabelece nas relações, não raramente, leva a coisificação da pessoa; (3) o discurso médico aparece, sobretudo nas reuniões clínicas, de modo frio, distante, construído por uma linguagem própria que retira das pessoas, objetos e fatos, sua intimidade emocional; e, (4) o modelo biomédico, no ambulatório de Clínica Geral, aparece como recurso que, em um primeiro momento, acelera o atendimento, mas também o torna extenso, porque se estende ao especialista e aos exames e não resolve o problema de base do paciente (que muitas vezes não se encontra só no corpo biológico), criando um mecanismo do retorno repetitivo. As queixas emocionais, as reações de comportamento, as vivências subjetivas na relação médico-paciente são pouco compreendidas e, rapidamente classificadas como queixas psiquiátricas. A fragmentação e a menos valia das manifestações da vida anímica estão presentes no universo do médico e do paciente.

O equilíbrio entre a capacidade científica e a formação humanística é imprescindível para uma visão abrangente e multifacetada da saúde, bem como, a sensibilidade de lidar com as pessoas que precisarão desses profissionais em sua realidade psicossocial. O processo de humanizar embasa-se na atitude simples de se disponibilizar para ouvir e contar, trocar experiências e comparar seu processo histórico com o outro. A identificação com esse outro, a reciprocidade de vidas e ações é o que permite a identidade humana e o reconhecimento da possível imperfeição, mas também a ilimitada possibilidade de fazer de novo.¹⁵⁷

Não se podem ocultar, pela falta de estrutura, as responsabilidades individuais. Especificamente, dentro desse tema concorre, entre inúmeros fatores, a formação acadêmica de um aluno orientado dentro de uma estrutura na qual as suas ações diluem-se pelo grupo, ou mesmo pela instituição. Posteriormente, essa diluição poderá ocorrer de maneira análoga quando da sua atuação em equipes de trabalho ambulatoriais e hospitalares. Nesse aspecto, a própria dinâmica administrativa da instituição no seu fluxo de trabalho, pode favorecer o erro de transformar o paciente em um número, caso, doença, esquecendo-se da pessoa.^{140,144}

Assim, denomina-se a humanização como o resgate do relacionamento em que o profissional de Saúde se posiciona na sua integridade, munido do conhecimento atualizado, para atentamente observar, ouvir e esforçar-se em compreender o paciente, de modo a atuar conscientemente diante da realidade em que se apresenta o outro ser humano na sua totalidade, respeitando as manifestações de suas queixas, inseridas em uma biografia pessoal, que se desenvolve em um contexto universal e único. Nessa denominação se destacam duas palavras: integridade (do profissional) e pessoalidade (do paciente). Define-se integridade profissional como uma postura que não é estagnada, mas sim, um processo interativo e em movimento, na busca de um crescimento pessoal de quem assiste.

Gallian e Reginato¹⁴⁴ complementam que é atual nesse processo interativo, tanto a formação pessoal adquirida em todo o período de educação profissional, quanto o conhecimento obtido na relação com cada paciente assistido. Esse período de educação não se limita à fase de formação universitária, mas coincide com a ampla convivência do ser com o seu entorno, iniciada na intimidade dos primeiros passos na família e construída por uma história de vida. Em outras palavras, a perseverança duradoura com uma integridade

profissional dedicada é decorrente do esforço contínuo, elaborado por uma unidade pessoal, forjado nas inúmeras circunstâncias que concorrem no cotidiano.

Vale destacar, que nas mudanças e atualizações curriculares, as disciplinas que permeiam a prática de uma boa relação médico deve ser sempre um assunto prioritário nas discussões sobre educação médica. O estudo da comunicação em medicina tem sido abordado com muita frequência na literatura atual. Quando se aborda a humanização, aprender a comunicar-se ouvir e falar são temas urgentes. A humanização requer uma eficiente comunicação na relação médico-paciente-familiares. Nessa direção, Moraes *et al.*¹⁵⁸ destacam que a comunicação na relação paciente-profissional mostra-se como um instrumento básico na construção de estratégias que almejem um cuidado humanizado. Esse cuidado humanizado tem como premissa preservar a dignidade do paciente, percebendo-o de forma holística, caracterizando o encontro terapêutico a partir do qual o “cuidador” deve levar em consideração as fragilidades que atingem o paciente.

Dentro dessa perspectiva, a humanização da assistência em saúde requer um processo reflexivo a respeito dos princípios e valores bioéticos que norteiam a prática profissional. Além do tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais de saúde ao seu principal objeto de trabalho – o paciente –, a humanização pressupõe uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e os processos de trabalhos institucionais. Desse ponto de vista, diversos profissionais, diante dos dilemas éticos decorrentes, demonstram estar cada vez mais à procura de respostas que lhe assegurem a dimensão humana das relações de trabalho, principalmente, associadas à autonomia, justiça e necessidade de respeito à dignidade humana.¹⁵⁹

Assim, nesse contexto de grandes diferenças e múltiplas interações, discutir bioética e humanização ou a contribuição ao desenvolvimento das competências moral e ética não é simples. As mudanças para virem a se tornar efetivas não serão simplórias e localizadas concentrando-se somente na mudança dos métodos de ensino.¹⁶⁰ Faz-se necessária uma visão mais ampla a cerca das diferenças existentes no mundo globalizado. Primordialmente, quando se refere à TCLE, à humanização, aos valores humanos e às atitudes no atendimento médico, parece impossível haver um verdadeiro atendimento médico, prescindindo-se de uma também verdadeira relação médico-paciente. A educação médica não pode prescindir de abordar assuntos como o aspecto multicultural, uma vez que

se vive hoje a realidade de um mundo globalizado, em que, as distâncias parecem cada vez menores.

Outro aspecto a considerar no ensino da graduação em medicina refere-se aos valores e as atitudes dos futuros médicos. Considerando uma pesquisa realizada na Suíça – país que apresenta os melhores indicadores de progresso na atualidade –, evidencia-se que na maioria dos estudos sobre atitudes que direcionam ao cuidado e ao compartilhamento com o paciente, tem emergido como uma troca por atitudes centradas apenas no paciente. Desse modo, torna-se difícil separar os efeitos dessas dimensões. A maioria desses estudos foi focada nas atitudes do médico, e não no estilo atual de comunicação do médico. Isto se constitui um problema potencial, porque o médico pode ter atitudes positivas direcionadas ao cuidado ao paciente, porém não ter os recursos, conhecimento ou habilidade para adotar tal comportamento na interação com o paciente. Nesta pesquisa, foi explorado o impacto do cuidado e do compartilhamento no estilo da comunicação do médico, na satisfação do paciente – dependendo das atitudes do paciente –, em relação a estas dimensões de cuidado. Neste estudo, os autores postularam duas hipóteses: quanto mais orientado é um paciente para o cuidado, mais satisfeito ele é com o médico, e que o paciente que mais recebe orientação do médico é também satisfeito com este médico. Participaram dessa pesquisa 167 estudantes – graduandos em diferentes áreas da Universidade de Zurique. O procedimento de pesquisa constou de uma simulação: pediu-se aos participantes que imaginassem que eles estavam se consultando com um médico por causa de cefaleias recorrentes. Previamente, eles foram informados a respeito dos “sintomas”, e eles foram avisados que em um segundo tempo, eles iriam encontrar o médico a fim de discutir resultados de exames laboratoriais, sintomas, e tomar uma decisão a respeito do tratamento. O médico era uma figura virtual em três dimensões que simulava um ser humano, e que aparecia em uma tela de computador em frente ao participante. Havia dois tipos de conduta na relação médico-paciente simulada: a do médico que era direcionado ao cuidado e ao compartilhamento e outra conduta que era oposta a esta. Quanto aos resultados, os autores confirmaram a primeira hipótese, ou seja, quando o médico aprimorava o seu estilo de comunicação em relação ao cuidado, o nível de satisfação do participante era maior. A segunda hipótese, relacionada ao compartilhamento, também confirmou que o estilo de comunicação do médico que partilhava com o paciente, aumentava a satisfação deste e as atitudes necessárias ao compartilhamento.¹⁶¹

Corroborando esses aspectos, faz-se relevante discutir o currículo nos cursos de Medicina. Nesse caso, o currículo de medicina, que contempla habilidades em comunicação, tem evidenciado ser efetivo não somente para ressaltar estas habilidades^{162,163}, bem como, para influenciar atitudes centradas no paciente^{164,165}. Na Universidade da Espanha, estudantes de graduação e médicos residentes demonstraram um aumento significativo nos escores da *Jefferson Scale of Physician Empathy* após 25 horas de treinamento em um *workshop* de comunicação.¹⁶⁵ Também, no Reino Unido, o treinamento em habilidades de comunicação para médicos britânicos na oncologia, não apenas aumentaram suas habilidades para entrevistas, mas também, suscitaram atitudes psicológicas e crenças¹⁶⁶. Enfim, compreende-se que estudantes de medicina aumentaram seus escores de atitude centrada no paciente após a introdução de treinamentos em habilidades profissionais, que incluíam habilidades clínicas, em comunicação, éticas e Lei¹⁶⁴. Esses resultados positivos sobre treinamentos são importantes considerações de que atitudes podem ser determinantes consideráveis de comportamento, segundo a Teoria da Ação Planejada (Theory of Planned Behavior).^{167,168}

Holland, Verplank e van Knippenberg¹⁶⁹ complementam tais conclusões sobre atitudes, afirmando que atitudes fortes são mais preditivas de comportamento de que atitudes fracas. Estes estudos envolveram desenhos que contemplavam os sujeitos da pesquisa, antes e depois, medindo os efeitos dos treinamentos em habilidades de comunicação imediatamente após os cursos. Desse modo, duas questões cruciais permanecem: tal mudança em atitudes seria mantida com o tempo? E, poderia esse impacto positivo contrabalançar a corrosão nas atitudes centradas no paciente? Os autores explicam que poucos pesquisadores têm estudado o desenvolvimento de atitudes sobre o tempo, em um currículo que oferece treinamento em habilidades de comunicação, e aqueles estudos que têm sido levadas a cabo têm resultados conflitantes.

Na Escola de Medicina da Universidade de Calgary, por exemplo, estudantes não mantiveram atitudes apesar do curso pré-clínico de habilidades médicas, o qual expôs estudantes a comunicação, relação médico-paciente e ética médica.¹⁷⁰ Por sua vez, uma pesquisa realizada na Universidade de Antwerp, Bélgica, envolvendo estudantes de medicina do 6º ano, trabalhou com uma metodologia de dois cortes: (1) que não tinha no currículo treinamento em habilidades de comunicação; e, (2) outro que tinha recebido treinamento em habilidades de comunicação durante cinco anos.¹⁷¹ Os participantes

receberam questionários por e-mail e foram avaliadas as atitudes dos estudantes centradas no paciente usando a combinação de quatro questionários: Doctor-Patient Scale (D-P Scale)^{172,173}, Social Context Scale (SC-Scale)¹⁷³, Leeds Attitude to Concordance Scale (LatCon)¹⁷⁴, e Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)¹⁷⁵. Utilizou-se, ainda, a Communication Skills Attitude Scale (CSAS)¹⁷⁶ a fim de medir atitudes dos estudantes em direção ao aprendizado em habilidades de comunicação. Os resultados da pesquisa evidenciaram que a atitude centrada no paciente permaneceu estável nos pacientes que não receberam o treinamento em todas as quatro escalas e diminuiu, discretamente, porém significativamente, nos estudantes treinados em habilidades de comunicação. Neste grupo, no entanto, a empatia permaneceu estável. No total do grupo (n=85), as estudantes do sexo feminino foram significativamente mais centradas no paciente. Da mesma forma, as estudantes mostraram, significativamente, atitudes mais positivas a partir do aprendizado em habilidades de comunicação. Segundo os autores da pesquisa, o estudo evidenciou resultados inesperados em relação às atitudes dos estudantes que se submeteram ao treinamento em habilidades.¹⁷¹

O interesse pelo assunto parece crescer em todo o mundo. Uma pesquisa realizada em Taiwan teve como proposta desenvolver um questionário para medir a percepção individual entre adolescentes sobre questões relacionadas a humanidades médicas. O questionário original foi completado por uma amostra randomizada entre um grupo de adultos tailandeses, e então, o questionário desenvolvido foi completado por estudantes matriculados em um curso de ciências médicas, e por outros que não estavam matriculados nesses cursos, para estabelecer se havia ou não qualquer diferença entre os dois grupos e suas consciências a respeito de tais assuntos. O questionário foi realizado cara a cara e foi completado por 460 pessoas. Entre os participantes 58,6 eram do sexo feminino e 41,4% masculino. A faixa etária variou entre pessoas com menos de 20 até mais que 51 anos. Quanto ao nível educacional, houve variação desde o elementar até a pós-graduação. As questões foram medidas através de uma escala do tipo Likert, com escores variando de 5 (concorda fortemente) até 1 (discorda fortemente). O escore mais alto e de maior importância entre as questões se relacionava às humanidades médicas. O estudo empírico usando um questionário de humanidades médicas foi realizado entre estudantes para verificar se há ou não qualquer diferença na importância subjetiva de profissionalismo, cuidado e empatia, orientação do paciente, divulgação de danos, e comunicação. Participaram 258 indivíduos randomicamente selecionados entre estudantes em cursos de

ciências médicas e 268 estudantes randomicamente selecionados entre matriculados em outros cursos. Idade, gênero e escola não foram levados em consideração. Os resultados de todos os participantes foram examinados utilizando-se o teste *t* de *student*. Em todos os cinco aspectos, os escores dos estudantes de medicina foram significativamente mais altos, do que os de outros cursos.¹⁷⁷

Também, vale citar uma pesquisa realizada em 2011, em dois hospitais terciários, um na China Central em Wuhan e o outro no Leste em Wenzhou. Foram administrados questionários a 306 médicos. As análises primárias foram focadas sobre os determinantes de comportamento profissional. As variáveis independentes foram atitudes profissionais e avaliação dos médicos sobre o processo de gerenciamento interno do hospital, bem como, as características individuais dos profissionais como idade e sexo. Os médicos informaram que os seus comportamentos nem sempre são consistentes com as atitudes. Considerando-se a competência profissional, 98,7% dos médicos concordam que médicos devem continuamente se atualizar em seus conhecimentos e aprimorar a habilidade profissional. Entretanto, 74,7% discordaram, informando que eram usualmente capazes para aplicar um novo conhecimento profissional e habilidades criteriosamente, ou seja, não precisavam de atualizações. Características pessoais e profissionais desses médicos, especialmente, antecedentes educacionais e título técnico, parecem ter algum impacto sobre o comportamento dos médicos. Embora comportamentos reportados pelos médicos não estejam sempre em conformidade com atitudes profissionais, as atitudes foram preditivas de comportamentos até certo ponto.¹⁷⁸

Em todos esses aspectos nota-se a preocupação, em todo o mundo, com uma medicina mais humanizada, e é por esse ângulo que o estudo dos valores e atitudes pode contribuir para o entendimento das convicções dos estudantes e professores de medicina quanto ao TCLE e a Humanização.

3.1. Atitudes

Os esforços pessoais para lidar com o mundo real demonstram a necessidade de um conceito mais flexível do que o de hábito, mais diretamente relacionado aos objetos e situações sociais do que os traços da personalidade, mais específico do que os valores, mais diretivo do que as crenças e mais abstratos do que os padrões de motivo.¹⁷⁹ De tal modo, o conceito de atitudes tem sido objeto de especial consideração, neste particular. Este capítulo apresenta definição, estrutura, funções e mensuração das atitudes.

3.1.1. Definição de atitudes

Dada à importância do tema, não é de se surpreender a existência de muitas proposições conceituais para atitudes. Segundo Thomas e Znaniecki¹⁸⁰, as atitudes correspondem um processo de consciência individual que determina atividades reais ou possíveis do indivíduo no mundo social. Cantril¹⁸¹ a concebe como um estado de prontidão (disposicional) mais ou menos duradouro de organização mental ao qual predispõe o indivíduo a reagir de modo característico em relação a algum objeto ou situação. Allport¹⁸², por sua vez, conceitua atitude como um estado mental e neural de prontidão (disposicional), organizado por meio da experiência, exercendo uma diretiva ou influência dinâmica sobre respostas individuais para todos os objetos e situações com as quais está relacionada. Rosenberg e Hovland¹⁸³ definem atitude como sendo uma predisposição a responder a alguma classe de estímulos com certa classe de respostas. Petty e Cacioppo¹⁸⁴ referem-se às atitudes como um geral e duradouro sentimento positivo ou negativo sobre alguma pessoa, objeto ou assunto. Entretanto, é consensual que o componente mais característico das atitudes é o afetivo. Neste sentido, Albarracín, Zanna, Johnson e Kumkale²⁶ destacam que Eagly e Chaiken^{27,28,29} apresentam a que pode ser a mais convencional e contemporânea definição; especificamente, uma atitude é compreendida como uma tendência psicológica que é expressa por meio da avaliação de uma entidade particular com algum grau de favorabilidade ou desfavorabilidade^{27,28,29}. Isto é, as atitudes são concebidas como propensão a responder de forma favorável ou desfavorável a um objeto, evento ou situação.^{27,28,29}

3.1.2. Estrutura das atitudes

Percebe-se na literatura a falta de consenso quanto à dimensionalidade das atitudes. Rosenberg e Hovland¹⁸³ consideram as atitudes como refletindo uma estrutura tridimensional, constituídas dos componentes afetivo (sentimentos favoráveis ou desfavoráveis), cognitivo (crenças ou opiniões) e comportamental (intenções de conduta ou ações manifestadas). Outros consideram apenas os componentes afetivo e cognitivo, ou seja, as atitudes como bidimensionais¹⁸⁵. Entretanto, a estrutura mais popular é unidimensional, que leva em conta o componente afetivo como central.^{27,28,29} Neste sentido, teóricos contemporâneos reportam que a cognição, o afeto e o comportamento anterior são, de fato, a base a partir da qual derivam as avaliações, ao invés de serem componentes atitudinais¹⁸⁶. Em outras palavras, as atitudes são avaliações favoráveis ou desfavoráveis baseadas em crenças, sentimentos e/ou comportamentos anteriores.^{27,186,187} De tal modo, para esta Tese, como já descrito anteriormente, considera-se a atitude como sendo uma tendência psicológica a responder de modo favorável ou desfavorável a um objeto, evento ou situação, em particular ao TCLE e a Humanização da relação médico-paciente.

3.1.3. Funções das atitudes

As descrições clássicas das funções das atitudes foram providenciadas por Smith, Bruner e White¹⁸⁸ e por Katz¹⁸⁹, os primeiros que reconheceram, explicitamente, as funções positivas a que as atitudes servem. Smith, Bruner e White¹⁸⁸ sugeriram três funções para as atitudes: avaliação, ajustamento social e externalização. A avaliação refere-se ao papel desempenhado pelas atitudes para simplificar a compreensão dos atributos positivos e negativos dos objetos do ambiente; o ajustamento social indica que as atitudes auxiliam os indivíduos a diferenciar as pessoas que gostam das que não gostam, isto é, facilitam a manutenção de relacionamento com os demais; e a externalização é cumprida por atitudes que defendem o eu contra conflitos internos. Katz¹⁸⁹ propôs quatro funções para as atitudes, que de certo modo se sobrepõem com os propostos por Smith, Bruner e White¹⁸⁸, a saber: (1) função utilitária ou instrumental, que permite ao indivíduo avaliar o custo e benefício da atitude, optando pela atitude que permita obter o melhor ajustamento social, maximizando as recompensas sociais e minimizando as punições; (2) função protetora do “ego”, que possibilita ao indivíduo proteger-se contra conflitos internos ou externos, e preservar a sua imagem e auto-estima; (3) função expressiva de

valor, da qual o indivíduo deriva satisfação ao expressar atitudes apropriadas aos seus valores pessoais e ao seu auto-conceito (por exemplo, igualdade, liberdade^{178,179,191}); e (4) função de conhecimento, que postula que as atitudes facilitam o gerenciamento e simplificação do processamento de informações fornecendo um esquema por meio do qual integra as informações já existentes às novas.

Mais recentemente, Herek¹⁹² sistematizou as funções das atitudes em duas grandes categorias: funções instrumentais ou avaliativas e funções simbólicas ou expressivas. As primeiras dizem respeito a uma avaliação de custos e benefícios da atitude, optando o indivíduo pela atitude que lhe permita obter o melhor ajustamento social, maximizando as recompensas sociais e minimizando as punições. As funções expressivas estão relacionadas com a utilização das atitudes como forma de transmitir os valores ou a identidade do indivíduo, evitando conflitos internos ou externos, e preservando a autoimagem.

Em resumo, as atitudes servem para: (1) permitir às pessoas a obtenção de recompensas e a evitação de castigos; (2) proteger a autoestima e evitar ansiedade e conflitos; (3) auxiliar no ordenamento e assimilação de informações complexas; (4) possibilitar a reflexão das convicções e valores; e (5) estabelecer a identidade social.¹⁹³

3.1.4. Medidas de atitudes

A medida de atitudes é bastante difundida. Psicólogos sociais frequentemente medem atitudes quando estudam suas causas e seus impactos sobre cognições e comportamentos. As medidas atitudinais também são utilizadas por diversos profissionais, como cientistas políticos, sociólogos e economistas. Por exemplo, na área de marketing comercial pesquisadores utilizam a medida de atitudes para verificar a intenção de compra de produtos e a adoção de serviços e tecnologias.¹⁹⁴

Devido às atitudes compreenderem um construto latente, a sua medida tem implicações axiomáticas ou de representação e psicométricas, assim como ocorre com tantos outros construtos no campo da Psicologia Social. Neste sentido, as atitudes não são medidas diretamente, mas podem ser inferidas a partir de respostas declaradas ou implícitas¹⁹⁴. A forma mais comum de medir atitudes é por meio do que se designou como escalas de atitudes (técnicas de lápis e papel). Consiste na aferição das atitudes por meio das avaliações que as pessoas fazem acerca de um determinado objeto, evento ou situação. A forma mais direta de acessar este conteúdo é a autodescrição do posicionamento

individual. Recentemente, as técnicas de mensuração de atitudes mais amplamente utilizadas podem ser categorizadas como o tradicional método de auto-relato direto e o método de mensuração implícita¹⁹⁴, descritos a seguir.

Método tradicional de auto-relato direto. Como antes foi indicado, a forma mais comum de medir atitudes é por meio do que se designou de escalas de atitudes. Consistem basicamente em questionários que solicitam aos respondentes que indiquem suas próprias atitudes, isto é, por meio da auto-descrição do posicionamento individual. Portanto, classifica-se esta técnica como sendo de mensuração explícita. Trata-se de procedimento utilizado para acessar atitudes evidentes, declaradas, tendo as seguintes como principais técnicas:

(1) *As escalas de intervalos constantes de Thurstone.* Consistem numa técnica designada por “centrada no estímulo”; caracteriza a atitude do sujeito por meio do seu posicionamento em face de estímulos previamente cotados. O modelo de medição que lhe está na base é o psicofísico, isto é, a relação entre os atributos do mundo físico e as sensações psicológicas que eles produzem.¹⁹⁵ Por exemplo, a Escala de Atitudes Frente à Igreja, de Thurstone e Chave.¹⁹⁵ Trata-se de uma técnica pouco utilizada atualmente.

(2) *A técnica de Likert, cujo procedimento é centrando nos respondentes.* Trata-se de um modelo de mensuração psicométrico. É a própria resposta do indivíduo que o localiza diretamente em termos de atitude, e não existe qualquer escalonamento *a priori* dos estímulos¹⁹⁵. Por exemplo, o Inventário de Atitudes Ambientais.¹⁹⁶ Pode-se afirmar que é a técnica mais amplamente utilizada nos dias de hoje.

(3) *A técnica de Osgood, Suci e Tannenbaum.* Parte do pressuposto de que o significado de cada palavra é um ponto num espaço semântico (a *n* dimensões num espaço euclidiano) definido por dimensões bipolares (adjetivos antagônicos). Faz-se uso de escalas bipolares de 7 pontos; de -3 até +3.¹⁹⁵ Por exemplo, Escala de Atitude Frente à Tatuagem¹⁹⁷.

(4) *As Escalas de Guttman ou Escalas Cumulativas.* Tem como pressuposto que a posição do sujeito pode situar-se num *continuum*. Os itens de uma escala de atitudes são tal como as bonecas russas; ao aceitar um item da escala, se aceita também todos os seus níveis inferiores.¹⁹⁵ Por exemplo, a Escala de Distância Social, de Bogardus.¹⁹⁸

Avanços no campo teórico e empírico apontam que para otimização da mensuração das atitudes a partir do método tradicional de auto-relato direto deve-se utilizar a técnica Likert. Além disso, Krosnick e Colaboradores¹⁹⁴ sugerem que a qualidade dos dados melhora quando se faz uso de escalas de 7 pontos e com indicação de um rótulo para cada um dos sete pontos da escala (para uma revisão mais detalhada, ver Krosnick e Colaboradores¹⁹⁴). Entretanto, alguns problemas têm sido enfrentados no tocante ao método de auto-relato direto. Questiona-se, por exemplo, se a resposta do indivíduo corresponde à sua atitude real ou se ele tentou dar uma boa imagem de si, agradar ao investigador. Um termo mais específico para este fenômeno é “desejabilidade social”, que é utilizado para representar tendências de distorção de auto-relatos para uma direção favorável, negando, assim, traços e comportamentos socialmente indesejáveis.¹⁹⁹ Este termo tem sido comumente usado referindo-se às características dos itens de um teste²⁰⁰, em que o participante da pesquisa dissimula sua resposta real para responder de forma socialmente aceitável ou desejável.²⁰¹ Seria, portanto, uma tendência a dar respostas que fazem com que o respondente seja apresentado de forma positiva²⁰², constituindo, desta forma, um componente indesejável na medição das atitudes.

Neste sentido, o método de mensuração implícita parece minorar algumas das falhas em relação ao método de auto-relato direto. Segue-se a descrição de algumas técnicas que podem ser utilizadas neste método em particular.

Método de mensuração implícita. O corpo é, muitas vezes, um relator mais verdadeiro dos sentimentos. Deste modo, os psicofisiologistas desenvolveram três técnicas de avaliação das atitudes por meio de sinais corporais, a saber: respostas naturais manifestas, escondidas e respostas condicionadas e as falsas respostas psicofisiológicas¹⁹⁵:

(1) *Respostas naturais manifestas dizem respeito a comportamento não-verbal.* As atitudes são inferidas a partir dos sinais posturais ou das expressões faciais dos interlocutores. Sinais posturais – atitudes interpessoais - à distância a que se situam dois interlocutores e a atitude positiva que manifestam.^{203,204} Mas, apresenta implicações negativas, pois quando as pessoas sabem que estão sendo observadas podem falsear¹⁹⁵.

(2) *Respostas naturais escondidas são alterações corporais – fisiológicas.* Dificilmente são observáveis a “olho nu” e não estão ao alcance do controle voluntário. Por exemplo, a resposta galvânica da pele (RGP). Mehrabian^{203,204}, no princípio do século XX, mostrou a modificação da RGP em pessoas confrontadas com estímulos verbais com

carga emocional, por exemplo, “prostituta”. A dificuldade desta técnica é que ela depende do sistema nervoso autônomo e pode não ser um indicador de atitude, mas apenas uma reação mais geral face ao estímulo novo, inesperado ou que requer atenção. Outra resposta fisiológica associada às atitudes é a reação pupilar, isto é, o aumento ou diminuição do tamanho da pupila. Como a dilatação é comandada pelo sistema nervoso simpático e a contração pelo sistema nervoso parassimpático, permite também obter uma resposta atitudinal fisiológica bidirecional. A resposta pupilar pode sofrer influência de outros tipos de situação, como fadiga, estresse e esforço mental.¹⁹⁵

(3) *Indicador fisiológico das atitudes pode ser a atividade electromiográfica facial.* Diz respeito à contração das fibras musculares avaliadas por meio da mudança de potencial elétrica que a acompanha. Os músculos relevantes para avaliação das atitudes seriam os que determinam as expressões faciais de acordo com a hipótese de retroação facial de Tomkins, a saber: corrugador (move as sobrancelhas para cima e para baixo), zigótico (move os cantos da boca para cima e para baixo) e depressor (queixo, abre a concavidade da boca). Este tipo de resposta parece ser mais útil do que os anteriores na detecção de atitudes, porque, ao contrário dos outros indicadores, não depende do sistema nervoso autônomo, mas do sistema nervoso central, demonstrando-se, assim, livre da contaminação de outros sintomas de atenção, e, por outro lado, providencia claramente a diferenciação dos afetos positivos frente aos negativos.¹⁹⁵ De acordo com Lima¹⁹⁵, a medida corporal da atitude, embora pareça um campo fascinante de pesquisa, não tem produzido técnicas e resultados tão importantes como de início se supunha. Notadamente, isso tem sido devido à dificuldade de interpretação unívoca das respostas psicofisiológicas dos indivíduos e às implicações práticas de acesso ao material necessário para o registro das respostas.

Outro tipo de medida das atitudes refere-se à avaliação dos comportamentos. Esta técnica possibilita superar a falta de sinceridade que é possível nas medidas de auto-relato e produz observações em meio natural, impossível de ser realizada com as técnicas de medidas corporais. Uma das técnicas mais importantes neste contexto diz respeito às observações de comportamentos reveladores de atitudes, mas observações que passam completamente despercebidas aos indivíduos. Estas medidas, também conhecidas por medidas não obstrutivas, foram utilizadas muitas vezes nas pesquisas na década de 1960 em Psicologia Social, por exemplo, no célebre estudo de Milgram, Mann e Hartner²⁰⁵, quando avaliaram as atitudes políticas de cidadãos de diferentes partes de uma cidade

estadunidense, deixando no chão, como perdidas, cartas seladas dirigidas a diferentes agrupamentos políticos. Por meio do número de cartas dirigidas a cada entidade recebidas num local alugado pelos pesquisadores, foi possível desenhar um mapa das atitudes políticas. Lima¹⁹⁵ destaca que esta técnica da carta perdida continua a ser utilizada como uma metodologia privilegiada na avaliação de atitudes sobre temas polêmicos, tal como no estudo realizado por Kuntz e Fernquist²⁰⁶ ao utilizarem uma variação desta técnica, deixando em locais públicos bilhetes-postais dirigidos a organizações a favor e contra o aborto, em que era anunciada a decisão de contribuir para a causa.

De acordo com Krosnick e Colaboradores¹⁹⁴, entre os novos tipos de medidas das atitudes, cabe destacar as denominadas de medidas implícitas, que têm recebido maior atenção por serem baseadas em respostas latentes. Tais medidas tentam determinar a ativação de atitudes a partir do impacto do objeto atitudinal sobre a velocidade com a qual o indivíduo possa fazer certos julgamentos. Estas medidas inserem-se em duas categorias gerais: (1) Medida com base em procedimentos sequenciais de *priming* (consiste na criação de um contexto-estímulo que produza um determinado tipo de resposta ou efeito) e (2) medida usando repostas a tarefas concorrentes, tal como o Teste de Associação Implícita (*Implicit Association Teste - IAT*), desenvolvido por Greenwald e Banaji²⁰⁷; para mais detalhes, ver Greenwald, McGhee e Schwartz²⁰⁸. O Teste de Associação Implícita²⁰⁸ é uma técnica que permite analisar atitudes implícitas por meio da associação de um determinado conceito ou categoria-alvo com dimensões do atributo.

É importante destacar que estas formas de medir as atitudes são valorizadas por serem mais “puras”, isto é, mais próximas da realidade. Entretanto, não se deve deixar de levar em conta que estas formas de mensuração das atitudes não estão isentas de vieses, mas apenas apresentam vieses diferentes e em menor número do que as técnicas de auto-relato.¹⁹⁵

Ajzen e Fishbein²⁰⁹ estavam interessados em estudar a relação entre atitudes e condutas. Para estes autores o comportamento é determinado pela intenção de executá-lo (neste particular, comportamento pró-ambiental concreto). A relação atitude-comportamento não é direta, pois para Ajzen e Fishbein²⁰⁶ as “atitudes” afetam o “comportamento” de maneira indireta, por meio de um fator denominado de “intenção comportamental” (*Behavioral Intention*). Além disso, a “intenção comportamental” recebe influência da “norma subjetiva” (*Subjective Norm*), que diz respeito às percepções que

outras pessoas importantes para o indivíduo (por exemplo, amigos, familiares, colegas de trabalho ou de escola, e vizinho) têm com relação ao que ele deveria ou não fazer. Isto é, a percepção do que outras pessoas esperam que ele faça e sua motivação a conformar-se e corresponder a esta expectativa. Para prever as intenções comportamentais de alguém, conhecer essas percepções é de fundamental importância, segundo Fishbein e Ajzen²⁰⁶. Ajzen²¹⁰ inclui neste modelo um quinto fator denominado de “controle comportamental percebido” (*Perceived Behavioral Control*), que consiste em crenças sobre o controle que o indivíduo tem dos fatores que podem impedir ou possibilitar o comportamento; este controle percebido afeta a intenção comportamental, em conjunto com as atitudes e normas subjetivas, assim como o comportamento de forma direta.^{210,211,212} A comparação realizada por Madden e Colaboradores²¹² entre as *teorias da ação racional e do comportamento planejado* indica que a inclusão do quinto fator “controle comportamental percebido” incrementa significativamente a predição da intenção comportamental e do comportamento em si. Dentre os modelos cognitivos para predição do comportamento pró-ambiental, este em particular tem como característica específica a forma como estabelece a relação entre os fatores internos (cognitivos) e o comportamento propriamente dito, observável.²¹³ Salienta motivos de interesse pessoal para lidar com as questões ambientais.²¹⁴ A seguir é apresentada uma representação gráfica das *Teorias da ação racional e comportamento planejado* (Figura 1).

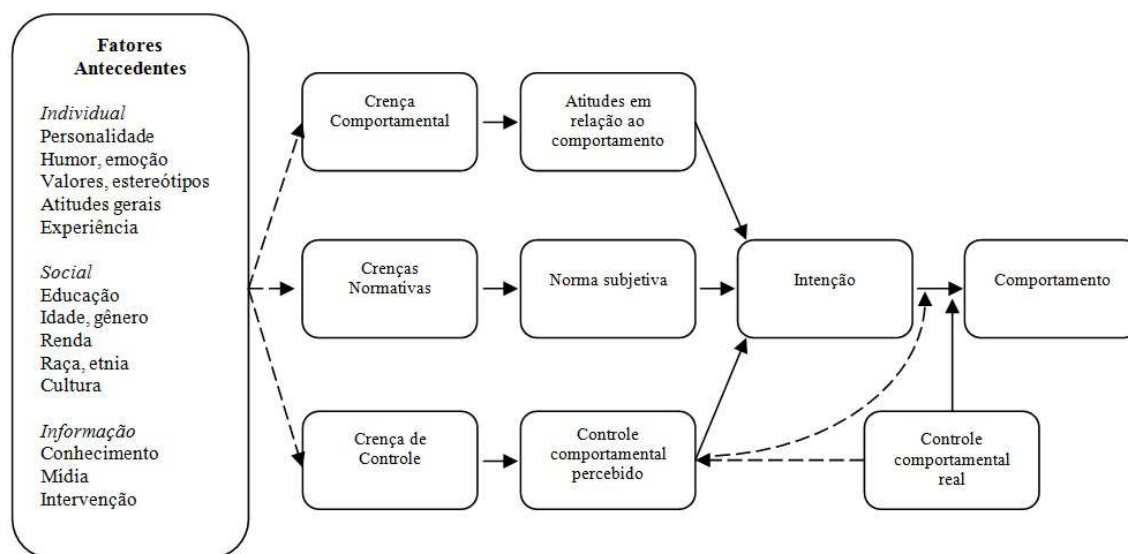


Figura 1. Diagrama da Teoria da ação racional e comportamento planejado. Adaptado de Ajzen e Fishbein²¹¹ (p. 194).

4. DISPOSIÇÕES VALORATIVAS

A partir da revisão dos principais referenciais teóricos no campo dos valores, Gouveia²⁰ pôde verificar que, em geral, os modelos a respeito não apresentam critérios explícitos quanto à identificação da fonte e da natureza dos valores. Raramente as propostas teóricas partem de uma concepção de *homem*, o que pode sugerir a composição de uma lista de valores tanto positivos como negativos (contravalores). Além disso, destaca que autores como Schwartz¹⁹¹ incluem, em seus modelos, valores sem conteúdo ou direção clara (por exemplo, limpo) e omitem outros de fundamental importância, como critérios de orientação do comportamento (por exemplo, sobrevivência). Rokeach¹⁷⁹, de quem Schwartz¹⁹¹ deriva 40% dos valores utilizados em seu modelo, assume que a eleição dos valores que compõem seu instrumento foi intuitiva. Partindo destas críticas, mas sem deixar de reconhecer as contribuições dos modelos existentes, Gouveia e Colaboradores^{20,21,22,23,25} propõem um modelo alternativo, integrador, parcimonioso e teoricamente fundamentado, apesar de ainda pouco difundido no contexto internacional, que tem apresentado padrões satisfatórios de adequação.

Esta teoria admite quatro suposições teóricas principais: (1) *Natureza Humana*. Assume a natureza benevolente ou positiva dos seres humanos. Neste contexto, somente valores positivos são admitidos. Muito embora alguns valores possam assumir um significado negativo para algumas pessoas (por exemplo, *poder*), sua essência é positiva. Portanto, é possível integrá-los no mesmo sistema de valores, como caracterizado por um indivíduo auto-realizado; (2) *Princípios-guia Individuais*. Ainda que existam abordagens teóricas acerca de valores culturais, tais valores são, de fato, princípios-guia de um grupo de pessoas. Os valores funcionam como padrões gerais de orientação para os comportamentos dos indivíduos, não sendo particulares a uma determinada situação, como ocorre com as atitudes; (3) *Base Motivacional*. Admite-se a ideia mais consensual dos valores como representações cognitivas das necessidades humanas; e (4) *Caráter Terminal*. Apesar de alguns autores terem distinguido os valores em *instrumentais* e *terminais*, não é explicitado se esta diferenciação é conceitualmente relevante ou se expressa apenas uma distinção formal, “pois a maioria dos valores instrumentais pode ser convertida em valores terminais (por exemplo, o valor instrumental *amoroso* pode se converter em *amor maduro*)”²² (p. 54). Deste modo, esta classificação dicotômica dos

valores pode ser reduzida a um aspecto simplesmente semântico: os valores terminais são substantivos, já aqueles instrumentais são adjetivos. Portanto, consideram-se apenas valores terminais em seu modelo, sob o argumento de que tais valores são mais precisos e em menor número do que aqueles instrumentais, assegurando a propriedade de parcimônia, já que evita a inclusão de valores relacionados ou semelhantes.

Contudo, em conformidade com as quatro suposições teóricas acima descritas, admitem-se as seguintes características consensuais, para a definição dos valores: “(a) são conceitos ou categorias; (b) sobre estados desejáveis de existência; (c) transcendem situações específicas; (d) assumem diferentes graus de importância; (e) guiam a seleção ou avaliação de comportamentos e eventos; e (f) representam cognitivamente as necessidades humanas”²² (p. 55). Tendo em vista que o foco principal da teoria funcionalista dos valores compreende as funções deste construto^{22,23,25}, seu conceito fundamenta-se, também, a partir desta perspectiva, e, revendo as publicações acerca do tema, Gouveia identificou duas funções consensuais dos valores: (1) guiam as ações humanas (*tipo de orientação*) e (2) expressam suas necessidades (*tipo de motivador*). De tal modo, as funções dos valores são definidas como os aspectos psicológicos que os valores cumprem ao guiar comportamentos e representar cognitivamente as necessidades humanas.

As duas dimensões funcionais dos valores formam dois eixos principais na representação espacial da estrutura dos valores, como pode ser visto na descrição esquemática da Figura 2. O eixo horizontal diz respeito à função dos valores para guiar ações humanas, representando a dimensão funcional *tipo de orientação* (valores sociais, centrais ou pessoais), já o eixo vertical corresponde à função dos valores para dar expressão às necessidades humanas, compreendendo a dimensão funcional *tipo de motivador* (valores materialistas ou humanitários). O cruzamento do eixo horizontal e vertical permite a derivação de seis subfunções específicas dos valores: *experimentação*, *realização*, *existência*, *suprapessoal*, *interacional* e *normativa*. Como pode ser identificado na Figura 3, os três tipos de orientação são representados por duas subfunções cada: social (*normativa* e *interacional*), central (*existência* e *suprapessoal*) e pessoal (*realização* e *experimentação*). Ao mesmo tempo, três subfunções representam cada um dos tipos motivadores: materialista (*existência*, *normativa* e *realização*) e humanitário (*suprapessoal*, *interacional* e *experimentação*). Assim, as subfunções dos valores podem ser mapeadas em um delineamento 3 x 2 (três por dois), com três tipos de orientações

(social, central e pessoal) e dois tipos de motivadores (materialista e humanitário), derivando seis quadrantes: social-materialista, central-materialista, pessoal-materialista, social-humanitário, central-humanitário e pessoal-humanitário. As setas que partem do tipo central de orientação (isto é, das subfunções *existência* e *suprapessoal*) indicam que os valores que a representam são a fonte principal ou a referência dos outros valores.²²

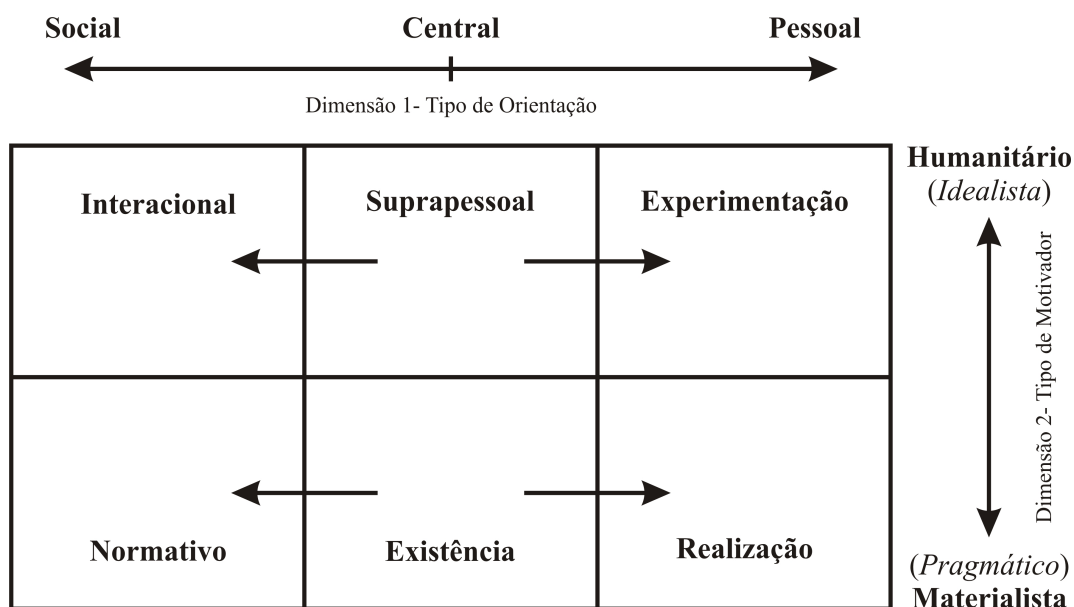


Figura 2. Facetas, dimensões e subfunções dos valores básicos. Adaptado de Gouveia e Colaboradores.²²

Em síntese, a teoria funcionalista dos valores adota apenas valores terminais coerentes com a natureza benévola do ser humano, centrando-se nas funções e subfunções que foram derivadas. A ideia basal é a concepção de que os valores não podem ser atribuídos a objetos ou instituições específicas (por exemplo, dinheiro, casa, família), mas têm como objetivo serem princípios-guia que orientam os comportamentos e representam as necessidades humanas. As seis subfunções dos valores são o resultado do cruzamento das suas funções: guiar os comportamentos humanos (*tipo de orientação*) e expressar as necessidades humanas (*tipo de motivador*). As funções valorativas e as subfunções derivadas são estruturas latentes, representadas por variáveis observáveis, tais como indicadores, itens ou valores específicos, sendo mais efetivos e confiáveis para estudar a relação dos valores com atitudes, crenças e comportamentos.²² As funções são descritas como seguem:

Subfunção existência. As necessidades fisiológicas mais básicas (por exemplo, comer, beber, dormir) e a necessidade de segurança são representadas cognitivamente por esta subfunção. É compatível com orientações sociais e pessoais dentro do domínio

motivador materialista; o propósito principal dos valores de *existência* é assegurar as condições básicas para a sobrevivência biológica e psicológica do indivíduo. Estes valores são referência para os valores de realização e normativos, e são os mais importantes na representação do motivador materialista (*estabilidade pessoal, saúde e sobrevivência*).

Subfunção realização. As necessidades de auto-estima são representadas por valores desta subfunção, que compreende um motivador materialista, mas com uma orientação pessoal. Tais valores se originam de um princípio pessoal para guiar a vida dos indivíduos, enquanto focaliza realizações materiais e buscam praticidade em decisões e comportamentos (*êxito, poder e prestígio*).

Subfunção normativa. Esta é a terceira subfunção com um motivador materialista, mas possui uma orientação social, que reflete a importância de preservar a cultura e as normas convencionais. Endossar valores normativos evidencia uma orientação vertical, na qual a obediência à autoridade é importante (*obediência, religiosidade e tradição*).

Subfunção suprapessoal. Apresenta orientação central e motivador humanitário. Os valores desta subfunção representam as necessidades estéticas e de cognição, bem como a necessidade superior de auto-realização. Valores *suprapessoais* ajudam a organizar e categorizar o mundo de uma forma consistente, fornecendo clareza e estabilidade na organização cognitiva da pessoa. Esta subfunção é referência para os valores interacionais e de experimentação, e é a mais importante na representação do motivador humanitário (*conhecimento, maturidade e beleza*).

Subfunção experimentação. Valores desta subfunção representam um motivador humanitário, mas com uma orientação pessoal; a necessidade fisiológica de satisfação, em sentido amplo é representada por valores desta subfunção. Seus valores contribuem para a promoção de mudanças e inovações na estrutura de organizações sociais (*emoção, prazer e sexualidade*).

Subfunção interacional. Esta é a terceira subfunção que representa um motivador humanitário, mas possui uma orientação social. Representa as necessidades de pertença, amor e afiliação, enquanto estabelece e mantém as relações interpessoais do indivíduo (*afetividade, apoio social e convivência*).

Finalmente, Gouveia e Colaboradores²² demonstram a congruência entre os valores, ao observarem que as correlações entre as subfunções dos valores são

predominantemente positivas, podendo variar entre os indivíduos em termos de força. Apesar dos termos “congruência” e “compatibilidade” serem frequentemente tidos como sinônimos é preciso fazer algumas considerações. Congruência refere-se à consistência interna do sistema funcional dos valores, já a compatibilidade sugere a validade discriminante destas subfunções em relação a critérios externos. No modelo, a congruência entre as subfunções dos valores pode ser representada pela figura de um hexágono (Figura 3).

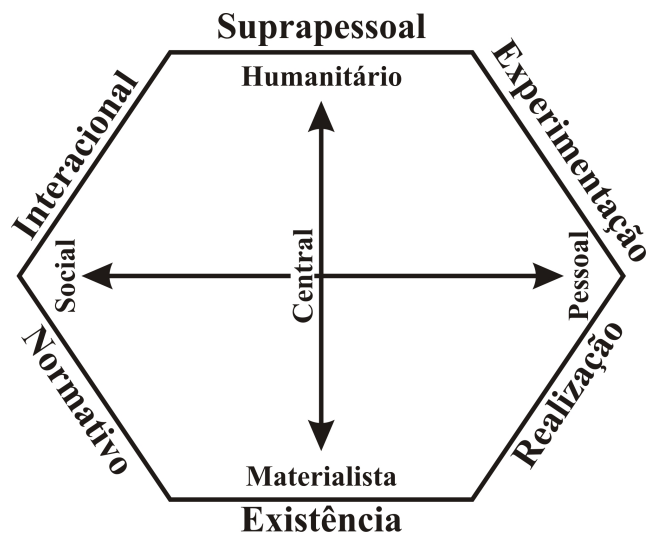


Figura 3. Estrutura da congruência das subfunções dos valores básicos. Adaptado de Gouveia e Colaboradores²².

Deste modelo representado em forma de hexágono, sugerem-se três níveis de congruência: (1) *Congruência baixa*. Concentra as subfunções que apresentam diferentes orientações e motivadores; estas se localizam em lados opostos do hexágono. Por exemplo, valores de experimentação e normativos, e valores de realização e interacionais; a baixa congruência deve-se ao princípio-guia relativamente independente destes grupos de valores; (2) *Congruência moderada*. Reúne as subfunções com o mesmo motivador, mas com orientações diferentes; corresponde aos pares de subfunções dos valores de realização-normativo e experimentação-interacional, cujas metas são extrínsecas e intrínsecas, respectivamente; e (3) *Congruência alta*. Agrupa os valores com a mesma orientação, mas com motivador diferente; esta corresponde aos pares experimentação-realização e normativo-interacional, situados em lados adjacentes do hexágono. Gouveia e Colaboradores²² reportam que os valores de existência e suprapessoais não foram incluídos na hipótese de congruência por duas razões teóricas. Por um lado, por serem valores centrais, estes apresentam correlações positivas e fortes com todas as outras subfunções; os

valores de existência apresentam correlações mais fortes com os de realização e normativos, e os valores suprapessoais com os de experimentação e interacionais. Por outro lado, a não inclusão destas subfunções está relacionada com firme distinção teórica entre os valores; a diferença principal no sistema de valores ocorre entre os sociais e pessoais, e não entre os materialistas e humanitários, porque aqueles refletem a unidade principal de sobrevivência (indivíduo ou sociedade). Desde 1998, diversos estudos têm corroborado a adequabilidade deste modelo por meio dos parâmetros psicométricos e de sua relação com outros construtos (para mais detalhes, ver Gouveia e Colaboradores^{20,21,22,23,25}). Diante destas constatações, a teoria funcionalista dos valores apresenta vantagens contundentes frente às demais teorias até aqui expostas, justificando a sua adoção como referencial na presente Tese.

PARTE II: ESTUDOS EMPÍRICOS

ESTUDO 1: CONVICÇÕES E PERSPECTIVAS DE ESTUDANTES E PROFESSORES DE UM CURSO DE MEDICINA SOBRE O TCLE E A HUMANIZAÇÃO

O objetivo central desta Tese está em fazer um levantamento das convicções e perspectivas dos estudantes de medicina e professores médicos quanto à compreensão, uso e a importância do TCLE e da prática humanizadora no atendimento médico. Assim, a primeira etapa dos Estudos Empíricos está em descrever as convicções e perspectivas de alunos e docentes de medicina sobre o TCLE e a humanização – Estudo 1.

O propósito da realização do Estudo 1 é dar embasamento para o desenvolvimento de uma medida psicométrica de atitudes frente ao TCLE e à humanização (Estudo 2), e em seguida, compreender como as atitudes explicam as convicções frente ao TCLE e a Humanização. Logo, para se desenvolver uma medida específica, tipo lápis e papel (baixo custo), de atitudes frente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Humanização, realizou-se, inicialmente, uma pesquisa de cunho qualitativo sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Humanização, na qual foi utilizada uma técnica informatizada de análise de conteúdo (por meio do *software* ALCESTE²¹⁵), para compreensão e categorização da fala dos participantes.

Com base nestas categorias de respostas, procurou-se, conseqüentemente, construir uma medida de atitudes frente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Humanização. Os resultados desta etapa serviram de base para os estudos posteriores, no qual a medida atitudinal resultante foi avaliada em termos dos seus parâmetros de validade fatorial e consistência interna. Além disso, como primeira aproximação, procurou-se conhecer algo mais sobre o tema, estabelecendo maior familiaridade com o marco teórico.

Assim, procurou-se descrever as convicções dos estudantes e dos professores de medicina de uma instituição pública de ensino superior da cidade de Maceió-AL, sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Humanização. A humanização é, atualmente, um dos temas mais discutidos na literatura e em programas de saúde de vários países. São muitas as perguntas, e poucas as respostas convincentes e consensuais. A educação é inerente e inevitavelmente uma questão de objetivos e de valores humanos. Decerto, o estudo dos valores e atitudes podem contribuir para compreensão e proposição de planos executivos de intervenção que contribuam para aquisição de uma mente ética e responsável e criar um meio onde o bom trabalho é a norma. Desta forma, considerar uma

atuação humanizadora e os conhecimentos plenos do papel do TCLE centrados no indivíduo, deixa de fora um ingrediente crucial, isto é, a qualidade das instituições e da formação médica. É neste contexto, que este estudo empírico se insere na perspectiva de compreender como os valores e as atitudes frente à atuação médica humanizada, e o TCLE como mecanismo de humanização, podem contribuir para criar planos de intervenção para instituição de ensino e desenvolvimento de formas de pensar e agir proativas quanto a humanização e compreensão plena do TCLE.

Método

Participantes

Participaram 35 Professores de medicina e 56 estudantes de medicina, sendo 43 do sexo feminino e 48 do sexo masculino. Corresponde a uma amostragem não-probabilística, isto é, de conveniência, em que os participantes quando convidados a participar do estudo, decidiram voluntariamente responder ou não ao questionário.

Instrumento (Ver Apêndice A)

Os participantes foram requeridos a responder um questionário com perguntas abertas, a saber: (1) Qual a finalidade do Consentimento Livre e Esclarecido? Por favor, seja o mais detalhista possível, comentando os usos deste procedimento na atuação médica. (2) Qual a importância do Consentimento Livre e Esclarecido para você? (3) Para você é necessário ou não o processo de humanização? Por favor, explique sua resposta. (4) Pense em como o Consentimento Livre e Esclarecido é entendido pela comunidade médica. Você acha que os(as) Médicos(as) compreendem como o Consentimento Livre e Esclarecido? Explique sua resposta. (5) Em sua opinião o que poderia ser feito para o processo de humanização? (6) O Consentimento Livre e Esclarecido pode gerar conflitos entre os direitos do paciente e os deveres do médico? Justifique sua resposta. Ao final, os participantes responderam perguntas de natureza demográfica, como sexo e idade.

Procedimento

Os questionários foram aplicados por meio de *survey* eletrônico. Os participantes receberam um e-mail convite para participar do estudo, bem como o link (endereço eletrônico do questionário). A primeira página do questionário correspondia ao TCLE e a pergunta que indicava se o participante estava ou não de acordo em participar do estudo. Neste documento informou-se sobre o anonimato e sigilo. Foi garantido o caráter

voluntário da participação, bem como o respeito às diretrizes éticas que regem a pesquisa com seres humanos.

Análise de dados

Procedeu-se a uma análise informatizada de conteúdo por meio do software ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*), desenvolvido por Max Reinert²¹⁵, de análise de dados textuais, como o conteúdo de entrevistas, por exemplo. Este software apoia-se em cálculos efetuados sobre a coocorrência de palavras em seguimentos de texto, buscando reuni-las em classes de acordo com sua semelhança e dessemelhança. Tem como objetivo obter um número de classes, por meio de uma classificação estatística de enunciados simples do corpus considerado (neste caso as respostas dadas pelos participantes ao questionário), em função da distribuição de palavras dentro do enunciado, a fim de apreender as palavras que lhes são mais características, isto é, mais significativamente presentes pelo coeficiente de associação [$\chi^2(1) \geq 3,84, p < 0,05$] da palavra à sua posição no texto.^{215,216,217} Além disso, por meio da Análise Fatorial de Correspondência (AFC), é possível uma descrição, cruzando o vocabulário e as classes, através de uma representação gráfica, na qual os eixos permitem visualizar as relações e/ou oposições entre as classes.^{215,218}

Para que se possa compreender este processo de análise, faz-se necessário destacar alguns conceitos. Primeiro, o corpus – corresponde ao banco de dados de texto que será analisado. Pode ser respostas de uma entrevista, artigos de revistas e jornais, obras literárias, entre outros. Segundo, a Unidade de Contexto Inicial (UCI) que compreende as divisões naturais do corpus (respostas às questões abertas de uma entrevista de cada participante). É a unidade a partir da qual o programa efetuará a fragmentação inicial do corpus, se entrevistas, as UCIs correspondem às respostas, isto é, o discurso do participante, sendo desprezadas as perguntas utilizadas. Terceiro, a Unidade de Contexto Elementar (UCE), que corresponde ao seguimento de texto – menor fragmento com sentido; de maior peso semântico em função do tamanho do texto (avaliada em número de palavras analisadas) e da pontuação (dentro de uma ordem de prioridade). Quarto, a Unidade de Contexto (UC) que consiste no reagrupamento das UCEs sucessivas de uma mesma UCI, até que o número de diferentes segmentos analisados seja maior que o limite λ [Lambda - índice de associação para avaliar a relação entre variáveis, admitindo que os dados sejam categóricos ou nominais, por exemplo, palavras].^{215,219} O valor é calculado

pelo software, dependendo do tamanho do texto a ser analisado. Quinto, o conceito de Classe, que representa um tema extraído do texto, ou seja, cada Classe é representada por várias UCEs de vocabulário homogêneo. Sexto, a lematização - consiste na operação de substituir palavras por uma forma reduzida, que permite ao programa considerar e verificar a frequência (no exemplo apresentado a seguir, o número apresentado entre parênteses diz respeito ao cálculo da frequência) de palavras isomorfas com um radical comum, por exemplo: pesquis+: pesquisa(80), pesquisada(1), pesquisado(8), pesquisas(10). Sétimo, Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que corresponde a um tipo de análise de agrupamento, isto é, uma técnica multivariada cuja finalidade é de agregar objetos (por exemplo, palavras e segmentos de texto) com base nas características que eles possuem. Especificamente, o procedimento hierárquico envolve uma combinação (ou divisão) dos objetos em agrupamentos. Em síntese, o resultado é a construção de uma hierarquia ou estrutura em árvore [dendograma – representação gráfica em árvore], que representa a formação dos agrupamentos. Depreende-se que a similaridade entre os objetos pode ser verificada de duas formas, a saber: (a) uma medida de associação, com coeficiente de correlação positivos maiores representando maior similaridade; (b) a proximidade entre cada par de objetos pode avaliar a similaridade, onde medidas de distância ou diferença são empregadas; sendo as menores distâncias ou diferenças representando maior similaridade²²⁰. Por fim, Análise Fatorial por Correspondência (AFC) consiste no cruzamento entre o vocabulário (tendo em conta a frequência de palavras) e as classes, representadas de forma gráfica em plano cartesiano. Possibilita verificar a oposição entre as classes.^{215,218}

Sumarizando, o ALCESTE decompõe o texto em UC e efetua uma classificação em função da distribuição do vocabulário.^{215,218} Inicialmente, a análise estatística efetuada consiste em uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD), com o objetivo de calcular as partições em classes lexicais e apresentar suas relações sob a forma de uma árvore (dendograma). Em seguida, efetua-se uma Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que permite visualizar, sob a forma de um plano cartesiano, as relações e/ou oposições resultantes da CHD. A análise de conteúdo automática efetua a organização do conteúdo estruturado a partir de uma análise estatística em uma CHD. A finalidade da CHD é de estabelecer uma divisão entre as Classes, de forma mais nítida possível. O dendograma permite verificar a relação entre as Classes [ligação forte (proximidade) ou fraca (distanciamento)] e a representatividade de cada classe, a partir do seu percentual de

explicação do corpus avaliado. Contudo, o dendograma elaborado a partir da análise possibilita a compreensão de inter-relação das Classes.^{215,217,218}

Finalmente, esta análise envolve quatro etapas operacionais: Etapa A: Leitura do Texto e Cálculo dos Dicionários; Etapa B: Cálculo das Matrizes de Dados e Classificação das UCEs; Etapa C: Descrição das Classes de UCE escolhidas; e Etapa D: Cálculos Complementares. Além disso, possibilita a triangulação de dados qualitativos e quantitativos.^{215,216,217} Para o estudo em questão, utilizou-se a parametrização simplificada (*paramétrage simplifié*), especificamente na Etapa B, a opção classificação simples em Unidades de Contexto Elementares (*classification simple sur les Unités de Contexte Élémentaires - UCE*).

Resultados e Discussão

Os resultados aqui apresentados referem-se à análise de conteúdo de questionários aplicados a estudantes de medicina e professores médicos do curso de medicina, isto é, o *corpus* analisado constitui-se das respostas dadas pelos participantes. Assim, a análise dos resultados, constituída pelo *corpus* de 546 Unidades de Contexto Inicial (UCI), apresentou um número de 660 Unidades de Contexto Elementar (UCE), em que foram aproveitadas 495 UCE, correspondendo a 75% do total; houve significativo aproveitamento do *corpus*.

Foram elencadas três Classes, segundo a Classificação Hierárquica Descendente. Em uma primeira análise, e mais resumida, pode-se visualizar, na Figura 1, a seguir, as Classes e UCE. Com base na seleção das palavras mais características de cada classe, isto é, quanto maior o valor do χ^2 , maior peso semântico as palavras têm em relação à Classe à qual pertence e desta forma foram atribuídos nomes que funcionam como seus descritores.

A Figura 4 descreve as palavras mais significativas que representam e dão significado às suas respectivas Classes. As demais informações e índices significativos, de igual importância, encontram-se nos quadros que descrevem cada Classe em particular apresentados ao longo da descrição dos resultados. No tocante às três classes, a Classe 1, denominada de **TCLE como Garantia de Direitos na Pesquisa**, apresentou 138 UCE (27,88% do *corpus*); a Classe 2, denominada de **TCLE como Informativo dos Procedimentos da Pesquisa**, apresentou 83 UCE (16,77% do *corpus*); e, a Classe 3, denominada de **Humanização como um Processo Necessário**, apresentou 274 UCE (55,35% do *corpus*).

Classe 1: TCLE como garantia de direitos na pesquisa		Classe 2: TCLE como informativo dos procedimentos da pesquisa		Classe 3: humanização como um processo necessário	
138 UCE (27,88% do corpus)		83 UCE (16,77% do corpus)		274 UCE (55,35% do corpus)	
Variáveis definidoras: perguntas 1 e 2		Variáveis definidoras: perguntas 6 e participante 39		Variáveis definidoras: perguntas 3, 4 e 5	
Palavras	χ^2	Palavras	χ^2	Palavras	χ^2
pesquis+	189	pacient+	61	*p_5	74
particip+	136	medic+	38	*p_3	46
*p_1	84	procedimento+	36	humaniz+	46
sujeit+	76	*p_6	30	processo+	34
livre+	53	realiz+	28	Saúde	21
finalidade+	47	sab+	28	ach+	21
Risco	45	dever+	25	melhor+	18
Da	45	direito+	23	Melhor	17
*p_2	44	determin+	18	human+	17
inform+	37	fornec+	17	Sim	17
garant+	34	utiliz+	16	educ+	16
benefic+	32	esclarec+	15	compreend+	15
Sobre	24	exame+	14	form+	14
Vontade	21	term+	14	necessar+	12
Conhecimento	21	recus+	13	trabalh+	12
cient+	19	submet+	12	relação_médico	11
concord+	17	atu+	11	Porém	11
Mesma	15	submetido+	11	*p_4	11
Sujeitos	14	*s_39	10	ger+	10
individu+	13	explic+	9	lev+	10
escolh+	13	Legal	9	soci+	10
Todos	12	cirurg+	9	capacit+	9
Humanos	12	o que é	8	sociedade	9
Será	12	acontec+	8	opini+	9

Figura 4. Dendograma com partições em Classes lexicais

A relação entre as classes pode ser visualizada no dendograma, a seguir:

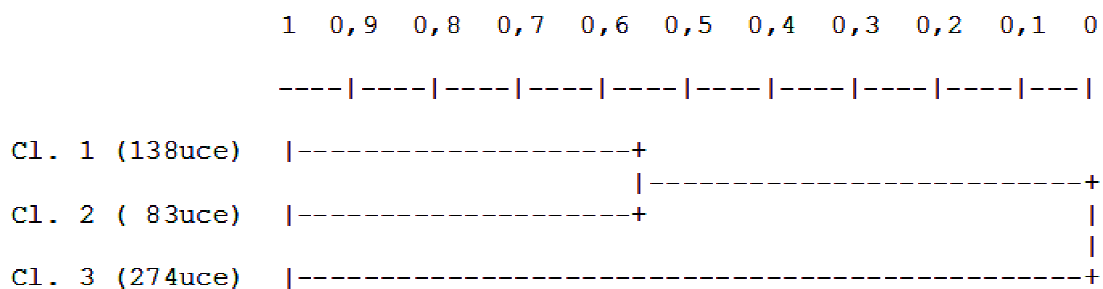


Figura 5. Dendograma com a intersecção das classes

Como análise inicial sobre a relação entre as Classes, pois mais adiante será apresentada uma descrição mais pormenorizada, pode-se observar que as Classes 1 e 2 estão estritamente relacionadas, dada sua proximidade e sua correspondência quanto aos aspectos semânticos elencados. Enquanto a Classe 3 se apresenta mais independente das demais, por ser mais distante em termos de relação como se pode verificar na Figura 2 e por ter aspectos semânticos que a diferem das demais. Na Figura 6, pode-se verificar o quanto cada uma das Classes contribuiu para explicação do *corpus* analisado.

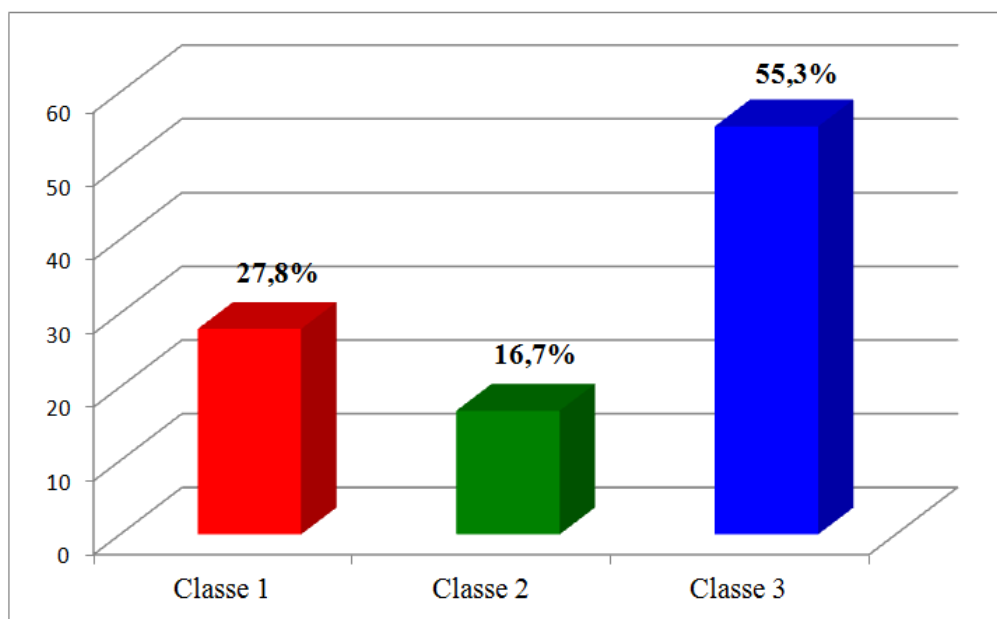


Figura 6. Contribuição de cada classe em percentual de explicação do *corpus*

Destaca-se que a Classe 3 é a que apresenta maior percentual de variância explicada (55,35%), enquanto a Classe 2 é a que tem menor percentual de variância explicada (16,77). Esse é um dado complementar, mas não fundamental, pois o que será avaliado aqui é o conteúdo das Classes, a partir de suas palavras e seguimentos de texto com maior peso semântico. Segue-se a descrição dos resultados, apresentando dados mais minuciosos e esclarecedores quanto à constituição das Classes.

Classe 1 – TCLE como garantia de direitos na pesquisa

Como foi observado nos dendogramas sintéticos, a Classe 1 é caracterizada por palavras significativas que remetem a convicções de que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é um procedimento de pesquisa, em que sujeito e pesquisador devem ser protegidos. Observa-se também o impacto que as perguntas *p_2 [“Qual a importância do Consentimento Livre e Esclarecido para você?” ($\chi^2 = 35,47$)] e *p_1 [“Qual a finalidade do Consentimento Livre e Esclarecido? Por favor, seja o mais detalhista possível, comentando os usos deste procedimento na atuação médica.” ($\chi^2 = 28,01$)] exerceram nesta Classe em particular.

Entre alunos e professores da Faculdade de Medicina que foram requeridos a responder o questionário deste estudo, destaca-se as palavras definidoras de maior peso χ^2 que remetem a convicções em que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é compreendido como um procedimento da pesquisa científica [pesquis+ ($\chi^2 = 75,46$); garant+ ($\chi^2 = 48,08$); pesquisador+ ($\chi^2 = 37,93$); autoriz+ ($\chi^2 = 34,54$); particip+ ($\chi^2 = 33,54$); direito+ ($\chi^2 = 29,42$); etic+ ($\chi^2 = 27,88$); inform+ ($\chi^2 = 25,49$); document+ ($\chi^2 = 25,49$); esclarec+ ($\chi^2 = 18,39$); protecao ($\chi^2 = 18,27$); procedimento+ ($\chi^2 = 17,14$); utiliz+ ($\chi^2 = 16,28$); sab+ ($\chi^2 = 15,9$); term+ ($\chi^2 = 15,46$); instrumento ($\chi^2 = 13,79$); explic+ ($\chi^2 = 13,58$)]. Como pode ser verificado no Quadro 1, os seguimentos de texto selecionados, igualmente dizem respeito a crenças que remetem ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como procedimento da pesquisa científica.

Quadro 1: Descrição das UCEs mais características da Classe 1

χ^2	Seguimento de texto
18	O #tcle #serve para #garantir #os #direitos e deveres #do #paciente na #pesquisa ou no #procedimento em que esta inserido, assim como #garantir #proteção #ao médico em situações #futuras.
14	O #tcle tem a #finalidade de #garantir #ao #paciente #os #direitos que ele tem como sujeito de uma #pesquisa: confidencialidade, #sigilo, retorno.
14	#garantir #os #direitos #do #paciente e #do #pesquisador.
13	E #importante para #conferir uma #proteção legal, #documentar #o que se #autoriza durante uma #pesquisa.
13	não. O #objetivo #do #tcle e exatamente #esclarecer quais #os #direitos #do #paciente e o #do medico.
12	ter em mãos a #autorização #do sujeito da #pesquisa para #utilizar #os seus #dados com #finalidade #cientifica.
12	12 #garante #os #direitos #do #pesquisador.
10	#esclarecer o #paciente e municiar o #paciente e o profissional de que este #esclarecimento e o consentimento foi realizado. Além de #garantir #os #direitos #do

	#paciente também facilita a análise #ética #do #procedimento.
10	E um #documento que #confere #proteção, tanto para o #pesquisador quanto para o participante #do #estudo.
10	#esclarecer o #paciente dos seus #direitos enquanto #envolvido e, de sua #liberdade de desistir a qualquer #momento, #do processo #devidamente #explicado.

Fonte: Dados da pesquisa.

Com exceção de dois seguimentos que contradizem os demais (#esclarecer o #paciente e municiar o #paciente e o profissional de que este #esclarecimento e o consentimento foi realizado. Além de #garantir #os #direitos #do #paciente também facilita a análise #ética #do #procedimento. / O #objetivo #do #tcle e exatamente #esclarecer quais #os #direitos #do #paciente e o #do medico.), pois estão relacionadas a crenças de que o TCLE é entendido como um documento para esclarecer os direitos do paciente e do médico, assim como um facilitador de análise ética. Entretanto, observa-se que a maior parte dos seguimentos de textos descritos no Quadro 1 remetem a convicções sobre o TCLE como documento aplicado a pesquisa e não como instrumento de preservação de garantia de direitos e deveres do paciente junto ao atendimento médico.

Esse resultado remete à maioria dos trabalhos encontrados na literatura. Não é surpreendente ressaltar que embora o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seja bastante desconhecido no atendimento médico, é muito compreendido como importante na pesquisa. Em alguns países essa realidade, ainda, é muito preocupante. Um estudo com inquérito autoadministrado preenchido por 1110 profissionais de saúde, entre eles 523 médicos, realizado em 22 hospitais psiquiátricos de Xangai constatou um desconhecimento profundo da importância do TCLE, quando evidenciou que cerca da metade dos participantes (51,8%) pensava que o responsável pela pesquisa era o responsável sobre a participação ou não do paciente em ensaios clínicos. Concluiu-se, ainda, que mais da metade não tinha recebido educação e formação sistemática em ética médica e que eles não tem conhecimento suficiente das questões éticas relacionadas à prática clínica e ensaios¹⁰⁵. Note que o presente estudo, ao contrário do estudo chinês¹⁰⁵, evidencia que tanto os futuros médicos, atualmente estudantes, como os professores de medicina, de uma maneira geral, tem a convicção de que o TCLE é um instrumento de pesquisa imprescindível à proteção do pesquisador e do sujeito da pesquisa. Isto é, as convicções são adequadas, mas infere-se que ainda estão distante da prática que se ajuíza necessária.

Por sua vez, um recente estudo realizado em 2011 no programa de pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília analisou dissertações e teses defendidas

de 1996 até 2006. Das 368 dissertações de mestrado e 122 teses de doutorado analisadas, constatou-se que, respectivamente, 274 dissertações (74,46%) e 90 teses (80,36%) envolviam a participação de seres humanos nas pesquisas. Além disso, observou-se que os estudos apresentavam parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) o que evidencia o fortalecimento de uma cultura em bioética. Depreende-se que tal aspecto é fundamental para a consolidação de normas e de valores de boas práticas de pesquisa na comunidade acadêmica.²²¹

Em concordância com este aspecto, Hatta *et al.*²²² afirmam que no Japão a prática do TCLE é recente, tendo sido introduzida nos anos 80. Os autores relatam que este instrumento é um requisito ético necessário para *trials* clínicos e que, no início, por ser uma novidade, o conceito foi falho por questões médicas e culturais. Nos anos 90 pesquisas sugeriram que a relação médico-paciente devia ser discutida com a confidencialidade do consentimento informado no Japão. Porém, antes houve um ambiente de amadurecimento social/cultural, sendo então o Consentimento Informado exigido para a conduta de *trials* clínicos. Na era moderna de aumento da globalização, o conhecimento histórico e cultural tem sido revisto para entender os problemas que cercam o consentimento informado naquele País.

Em consonância, mais uma vez, com o resultado deste trabalho, entre tantos autores consultados, a pesquisa de Hatta *et al.*²²² realizada em um país reconhecido pela sua diferenciada evolução tecnológica – o Japão, evidencia que o TCLE, ainda é uma prática incipiente e mais focada na pesquisa do que no atendimento médico.

Possivelmente, a falta da percepção do respeito à autonomia infira um significado importante à noção mais generalizada da aplicação do TCLE à pesquisa. Certamente, a ideia de autonomia quanto à importância do TCLE para o atendimento médico, ainda é pouco difundida. Talvez por isso, professores médicos e estudantes relacionem o TCLE muito mais à pesquisa do que a um direito intrínseco e intransferível do paciente. Não por acaso, o próprio paciente parece não ter uma noção clara dessa autonomia e desse direito. Sabe-se que a ideia de autonomia foi aplicada, tradicionalmente, na Grécia. De acordo com Beauchamps e Walters⁴⁶, quando se reflete sobre “autonomia” e “respeito para com a autonomia” pensa-se não em significado específico, mas sim, em várias ideias. A noção de autonomia deve estar relacionada à privacidade, à voluntariedade, ao autodomínio, à escolha livre, à escolha própria e à posição moral e à aceitação da responsabilidade.

De acordo com Nieuwkamp²²³, o primeiro pilar para obtenção do consentimento livre e esclarecido é profundamente problemático. Há uma tensão entre o que é o melhor interesse do paciente e a escolha do mesmo. A doutrina do Consentimento Informado evidencia uma desigualdade de conhecimento entre médico e paciente sobre os direitos e os riscos. Entretanto, a falência do retorno não deve ser atribuída apenas ao médico. O que o paciente não entende pode ser uma lacuna na informação.

Nesse sentido, uma pesquisa a respeito do entendimento do TCLE pelos pacientes, realizada entre março de 2007 e maio de 2007 no *Joint Center*, um hospital regional de ensino no Sul de Taiwan trouxe à luz algumas evidências. O referido hospital, onde o estudo foi realizado, integra setores de ortopedia e reabilitação, medicina interna e geriatria. Os sujeitos da pesquisa foram pacientes, ou familiares dos mesmos, que estavam com cirurgia artroscópica programada devido à artrite degenerativa de joelho. Essa pesquisa envolveu 112 pacientes que responderam a questionários, dos quais cinco estavam incompletos e foram removidos, constando a amostra de 107 questionários. O grupo experimental continha 12 homens e 42 mulheres, enquanto o grupo controle 12 homens e 41 mulheres. Os pesquisadores queriam saber se o efeito da explicação sobre o TCLE, utilizando meios de multimídia (vídeo, áudio e animação), era mais eficaz que os da forma tradicional oral ou escrita. Os autores explicam que médicos são obrigados a adquirir o consentimento do paciente antes do tratamento, e que, no entanto, a aquisição do consentimento não é um evento único e independente e sim um processo. Esclarecem que o consentimento pode ser expresso oralmente ou na forma escrita, entretanto ele é efetivo apenas quando o paciente se expressa espontaneamente para integrar uma pesquisa ou se submeter a tratamento médico. E dizem que o referencial teórico utilizado baseou-se na TML (em inglês, *Theories of Multimedia Learning*). Entre os resultados concluiu-se que a divulgação da multimídia para a compreensão do consentimento informado abrange lembrança, compreensão e satisfação significativamente maiores que o método convencional. Destacam que os materiais de multimídia foram mais facilmente aceitos por pacientes permitindo-lhes e a seus familiares entender o conteúdo facilmente e desse modo promovendo uma aprendizagem com satisfação. Com respeito à compreensão atual e percebida o grupo experimental exposto às diversas formas de aprendizagem com a multimídia apresentou, significativamente, melhor compreensão que o grupo controle.⁸⁷

A preocupação ética com o sentido e a importância do respeito ao TCLE interessa a todo o mundo globalizado. Respeitar o TCLE, tanto na pesquisa, quanto nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, é um assunto urgente e essencial. A compreensão implica a necessidade de uma redação clara e legível.

Uma pesquisa realizada na França teve essa preocupação. Foi realizado um estudo utilizando instrumentos quantitativos que foram desenvolvidos para avaliar a legibilidade de documentos escritos, e têm sido usados em vários estudos para avaliar as informações e formulários de consentimento. Este estudo demonstrou que esses documentos tinham um nível baixo de legibilidade. O objetivo foi avaliar a capacidade de leitura de informações e formulários de consentimento utilizados na pesquisa clínica. Foram estudados protocolos de pesquisa clínica, coletados entre 2001-2008, em quatro centros de pesquisa clínica pública na França. Os protocolos foram categorizados em três grupos dependendo de suas metas: terapêutica, fisiopatológica e epidemiológica. A legibilidade foi avaliada com base em três critérios: a presença de uma ilustração, o comprimento do texto e sua pontuação *Flesch Score*. Os efeitos potenciais das características do protocolo sobre a extensão e a legibilidade dos TCLE foram determinados. As partes médicas e estatutárias da informação/consentimento foram analisadas separadamente. A legibilidade destes documentos foi comparada com a de contratos, artigos de imprensa, textos literários e discursos políticos. Foram incluídos 209 protocolos que correspondiam a 275 termos de informação/consentimento provenientes de 40 especialidades médicas, principalmente: oncologia (33%), hematologia (18%) e pediatria (12%). Este trabalho concluiu que independentemente do campo de pesquisa, os consentimento/informações para protocolos incluídos teve pontuações de legibilidade pobres.⁹⁴

Os resultados deste estudo, especificamente, com relação à **Classe 1**, indicam que o TCLE é entendido como necessário ao projeto de pesquisa porque tanto o(s) pesquisador(es) como o(s) sujeito(s) devem ser protegidos. Também, foi evidenciado que o TCLE é imprescindível como garantia dos direitos da pesquisa, assim como está clara a percepção do entendimento do TCLE como documento aplicado à pesquisa, e não como instrumento de preservação da garantia de direitos e deveres do paciente no atendimento médico.

Quanto a este último achado, um recente estudo de revisão reporta que, embora o consentimento informado para o tratamento clínico tenha se tornado parte vital da prática

médica contemporânea ele tem diferentes significados, em diferentes contextos, e que o mesmo é variavelmente praticado, e raramente se fundamenta num ideal teórico. Os autores expõem que, embora tenham esperado identificar estudos de alta qualidade que poderiam fornecer uma forte base quantitativa de evidências para recomendações a respeito do consentimento informado, boa parte da literatura quantitativa neste tópico é de natureza descritiva. Afirmam, também, que uma maneira para clarear a discussão a respeito do consentimento informado é desenvolver materiais que contenham informações relevantes para procedimentos específicos. Explicam que cada vez mais, os recursos baseados nas fontes provenientes da computação ou na WEB estão disponíveis. Pesquisas, concernentes ao consentimento informado, tem emergido de múltiplas disciplinas, mas não deram origem a uma compreensão suficientemente clara ou a um consenso em relação a este processo, para que ele possa ser uma base e para que tenha uma função de juiz.⁸¹

Segundo Figueira²²⁴, o consentimento informado em pesquisa, já era prática rotineira ao contrário do que ocorre no campo terapêutico. O autor afirma que o consentimento informado é a garantia para a autonomia do sujeito tanto nas pesquisas como para os indivíduos que necessitam de qualquer tipo de tratamento. Em especial, em países subdesenvolvidos, sobretudo naqueles que não contam com sistemas de saúde, o consentimento no campo terapêutico é desconhecido.

Em concordância com a literatura, os resultados deste estudo apontam para uma maior necessidade da compreensão do TCLE como instrumento de respeito à autonomia do paciente no atendimento médico, por estudantes e professores de Medicina. Indicam também, que este Termo é assimilado entre os entrevistados como imprescindível à pesquisa.

Classe 2 – TCLE como informativo dos procedimentos da pesquisa

Como foi observado nos dendogramas sintéticos, a Classe 2 é caracterizada por palavras significativas que remetem às convicções relacionadas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como um procedimento de esclarecimento quanto aos riscos e benefícios de participação na pesquisa, isto é, um documento de caráter informativo que descreve para o participante os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como, sua livre e espontânea escolha em participar ou não. Note o efeito que a pergunta *p_1 [“Qual a finalidade do Consentimento Livre e Esclarecido? Por favor, seja o mais detalhista possível, comentando os usos deste procedimento na atuação médica.” ($\chi^2 =$

65,67)] exerce nesta classe. Destaca-se as palavras definidoras de maior peso (χ^2 ; ver Figura 1) que remetem a crenças em que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é compreendido como um procedimento informativo da pesquisa científica: [benefic+ ($\chi^2 = 129,42$); livre+ ($\chi^2 = 85,28$); risco+ ($\chi^2 = 73,22$); vontade ($\chi^2 = 54,15$); particip+ ($\chi^2 = 47,84$); concord+ ($\chi^2 = 44,31$); cient+ ($\chi^2 = 39,05$); pesquis+ ($\chi^2 = 38,29$); sujeit+ ($\chi^2 = 36,14$); mesma ($\chi^2 = 34,11$); escolh+ ($\chi^2 = 30,15$); esclarecido+ ($\chi^2 = 29,15$); conhecimento+ ($\chi^2 = 26,32$); possiveis ($\chi^2 = 23,31$); aceit+ ($\chi^2 = 21,94$); desej+ ($\chi^2 = 20,02$); linguagem ($\chi^2 = 20,02$)]. A ênfase dada é sobre as informações como benefícios e riscos em participar da pesquisa e o livre arbítrio do participante em decidir participar ou não da pesquisa. Como pode ser verificado no Quadro 2, os seguimentos de texto selecionados também descrevem crenças relacionadas ao TCLE, como um documento informativo que tem o objetivo de esclarecer os participantes da pesquisa sobre os procedimentos da mesma.

Quadro 2: Descrição das UCEs mais características da Classe 2

χ^2	Seguimento de texto
32	#deixar o #participante #da pesquisa #ciente de como ela #ira #ocorrer e a partir disso #decidir se #aceita ou não #participar #da #mesma.
20	O tele tem por finalidade indicar que o #individuo esta #ciente #da pesquisa que esta #participando, #concorda com esta, #mostrando que tem #conhecimento de seus #riscos e #benefícios.
20	quais os #possíveis #riscos e #benefícios a serem obtidos e propõe que o #participante #assine o termo, #concordando com os objetivos, por #livre #vontade.
20	esclarecer ao #sujeito #da pesquisa como ela será #realizada, a finalidade, a importância, os #riscos, os #benefícios, as indenizações que #cabem, e a sua #livre #escolha de #participação respeitando a #autonomia do #individuo.
19	E importante para-que o #sujeito #da pesquisa #possa ter #conhecimento previo do que #acontecer e com o mesmo e ter discernimento para emitir seu #desejo ou nao de #participar do evento em que será inserido.
18	ele #deve conter e #fornecer todas as #informações para o #sujeito #da pesquisa, assim-como, esclarecimentos para-com os #riscos de #realização #da #mesma.
18	#consiste em #tornar o paciente #ciente #da pesquisa em que ele #vai #participar, com detalhamento de todos os #riscos e #benefícios e #benefícios que porventura #possam #ocorrer.
18	caso o #participante manifeste-se posteriormente que não tinha #conhecimento sobre #riscos e #benefícios #da pesquisa.
18	acho #fundamental para-que nos pesquisadores #tenhamos um documento que #comprove a #participação #livre e #espontânea do #sujeito #da pesquisa.
18	E minha garantia que o paciente ou #sujeito #da pesquisa esta no estudo por #livre #vontade e plenamente #esclarecido sobre os #riscos e #benefícios #da #mesma.

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que estudantes de medicina e professores médicos apresentam a convicção de que o TCLE tem a função informativa no campo da pesquisa, esclarecendo os participantes quanto aos riscos e benefícios da pesquisa, assim como o caráter de escolha em aceitar ou não participar da pesquisa. Nenhum dos entrevistados relacionou o TCLE com o atendimento médico, dando ênfase à necessidade de que o sujeito da pesquisa tenha conhecimento prévio da mesma, saiba a finalidade, possíveis riscos e benefícios, aceitação, participação livre e espontânea.

Os resultados obtidos nesta pesquisa reforça uma revisão sistemática realizada em 2006 com 437 relatórios, em que, desses foram elegíveis 173 sobre o TCLE na pesquisa. Cerca de um quarto dessas pesquisas foram realizadas em países de renda baixa ou média. As unidades de randomização eram em sua maioria práticas de profissionais de saúde (25,4%), aldeias ou comunidades/áreas geográficas (20,8%) ou escolas/salas de aula (15,0%). A intervenção foi aplicada a nível individual em 67 ensaios (38,7%), enquanto nos restantes 106 (61,3%), pelo menos uma parte da intervenção foi aplicada no nível de *cluster*. A maioria das notificações (134, 77,5%) afirmou que o consentimento dos participantes foi obtido, com uma proporção maior em estudos de intervenção em nível individual (94,0%) do que em estudos de intervenção em nível de *cluster* (67,0%, $p < 0,001$). Ao contrário, nove relatórios (5,2%) declararam, explicitamente, que o consentimento informado não era necessário. Em sete desses relatórios, a intervenção a que se refere à atividade profissional de saúde em consulta (tais como orientações, oficinas, dispositivos eletrônicos), em um a intervenção consistiu de um programa educacional oferecido em sala de aula, e o último foi o relatório para o qual os autores afirmaram não contactar qualquer comitê de ética. Chama a atenção o fato de sete desses ensaios terem sido realizados em países com economias de alta renda. Em 11 relatórios, o consentimento dos participantes foi declarado por via oral: 10 ocorreram em países com economias de renda média baixa e 1 no Reino Unido. A pesquisa tratava da avaliação do impacto de um teste rápido de rastreio baseados em PCR para infecção por *Staphylococcus aureus* resistente à metilina. Desse modo, em cerca de 1 em cada 4 relatórios (23,7%), o gerenciamento de questões éticas não foi totalmente relatado (ou seja, aprovação do comitê de ética não foi indicado e/ou nenhuma informação foi dada sobre se o consentimento informado foi obtido ou não obrigatório). Esta proporção foi maior em estudos de intervenção em nível de *cluster* (33,0%) do que ensaios de intervenção a nível individual (9,0%, $p < 0,001$). A análise dessa revisão sistemática aponta para um resultado diverso do

encontrado nesta Tese. Como relatado anteriormente, o TCLE na pesquisa foi bastante reconhecido pelos sujeitos desta pesquisa, realizada em Alagoas. Ainda que, mesmo em países de primeiro mundo, o TCLE ainda não seja considerado, isso constitui uma exceção, visto que a maioria dos artigos evidencia o entendimento de que o TCLE é muito importante à qualquer pesquisa.²²⁵

Dessa forma, constata-se que o TCLE não é entendido como parte inerente ao atendimento médico. É provável que o resultado da pesquisa, que é observado pela maioria dos entrevistados, evidencie o desconhecimento sobre o TCLE no atendimento médico, bem como, a baixa importância que no momento alunos e professores médicos atribuem a esse documento. Em consonância com a necessidade do conhecimento e da valorização do TCLE no atendimento médico, Cechetto⁷² afirma que o reconhecimento do direito moral dos pacientes à informação para a decisão médica, constitui fenômeno recente na área sanitária, cuja consolidação é lenta e gradual e ainda não se vê claramente quando chegará a termo.

Este aspecto está em consonância com a pesquisa aqui apresentada, no qual professores e estudantes de medicina quase não relacionam o TCLE ao atendimento médico. A isso, um estudo realizado em 2012 defende a importância da utilização do TCLE em tratamentos com opióides nas dores agudas e crônicas das mais variadas etiologias. Explicam os autores do estudo que, ao contrário de muitos medicamentos que têm uma ação terapêutica primária e pode ter geralmente indesejáveis efeitos secundários, os opióides têm uma série de efeitos colaterais em alguns pacientes, que podem atrair a sua utilização para outros fins que dor – recompensa (euforia), modulação do humor, sedação e indução do sono, dentre outros.²²⁶ Além disso, segundo o estudo, alguns indivíduos podem tornar-se dependentes deles e sentir um desejo compulsivo para usá-los. A pessoa, portanto, com a dor coocorrência e dependência, pode ser incapaz de considerar cuidadosamente os riscos e benefícios dos opióides por causa das influências de dor, vício e/ou um desejo irresistível de manipular estados afetivos na prestação de consentimento.²²⁶

Uma questão importante colocada neste estudo é a seguinte: pacientes nessas circunstâncias podem fornecer um consentimento válido, livre de coerção interna? Eles são verdadeiramente autônomos, agindo de livre e espontânea vontade? Neste contexto, é importante para os médicos procurar um equilíbrio entre as obrigações para apoiar a autonomia do paciente e proporcionar alívio da dor (beneficência), limitando o risco de dano (não-maleficência). Ao mesmo tempo, é importante respeitar o princípio da justiça, o

que não permite a discriminação contra um paciente com base no diagnóstico ou condição ou a outros fatores, neste caso, o vício. Este é um equilíbrio difícil. Resolver a tensão entre esses princípios pode ser facilitado por apreciar uma mudança no risco: benefício para as pessoas em risco de abuso de opiáceos, fornecendo suportes especiais para evitar sequelas negativas em pessoas com dependência, ou fazer esforços intensos para fornecer tratamentos eficazes alternativos.²²⁶

O estudo conclui que o consentimento informado é um processo contínuo que enfatiza uma abordagem centrada no paciente, com o objetivo de maximizar o benefício inerente e melhoria da qualidade de vida, reduzindo o risco de eventos adversos, vício, abuso, desvio, e, mais importante, o subtratamento da dor. Os princípios éticos do consentimento informado também devem ser aplicados a outros medicamentos com alto risco de mau uso ou abuso (benzodiazepínicos, relaxantes musculares e estimulantes).²²⁶

Necessita-se esclarecer ao paciente sobre a natureza e os objetivos dos procedimentos diagnósticos. Esse é um direito moral do paciente que é imprescindível no atendimento médico, seja para a prevenção, para o diagnóstico, ou para a terapêutica. Informar sobre o quão invasiva será a conduta a ser considerada, sua invasibilidade, desconforto, benefício, duração e prováveis riscos em todos os âmbitos: físicos, psíquicos, econômicos e sociais⁹¹. É possível que esse “quase” desconhecimento da importância do TCLE no atendimento médico, entre professores e alunos do curso de medicina, gere um comportamento que se perpetua: o de manter o TCLE como uma mera exigência burocrática.

Entre tantas dúvidas e o desconhecimento do TCLE, principalmente no atendimento médico, vale ressaltar o respeito à autonomia do paciente que poderá ser relegado a um segundo plano caso o TCLE continue a ser uma prática exercida apenas na pesquisa. Para Junges⁹⁹, o consentimento informado é a expressão do princípio da autonomia, portanto, deve ser genuíno em sua voluntariedade e ser baseado na adequada revelação das informações. A maneira de se obter esse consentimento torna-se a essência do princípio da autonomia.

Classe 3 – Humanização como um processo necessário

Observa-se nos dendogramas sintéticos, que a Classe 3 é caracterizada por palavras significativas que remetem a crenças relacionadas a necessidade da educação médica continuada e de uma melhor compreensão da importância da relação médico-paciente.

Note o efeito que as perguntas *p_5 [“Em sua opinião o que poderia ser feito para o processo de humanização?” ($\chi^2 = 66,95$)] e *p_3 [“Para você é necessário ou não o processo de humanização? Por favor, explique sua resposta.” ($\chi^2 = 53,08$)] exercem sobre esta Classe. Destaca-se as palavras definidoras de maior peso (χ^2 ; ver Figura 1) que dizem respeito a crenças relacionadas a necessidade da educação médica continuada e de uma melhor compreensão da importância da relação médico-paciente [humaniz+ ($\chi^2 = 40,93$); processo+ ($\chi^2 = 27,96$); saúde ($\chi^2 = 16,89$); profission+ ($\chi^2 = 15,51$); educ+ ($\chi^2 = 14,2$); human+ ($\chi^2 = 14,05$); compreend+ ($\chi^2 = 12,61$); relacao_medico_paci ($\chi^2 = 11,78$); trabalh+ ($\chi^2 = 11,66$); acredit+ ($\chi^2 = 11,07$); necessar+ ($\chi^2 = 9,98$); relac+ ($\chi^2 = 9,36$). Como pode ser verificado no Quadro 3, os seguimentos de texto selecionados também descrevem crenças relacionadas a necessidade da educação médica continuada e de uma melhor compreensão da importância da relação médico-paciente.

Quadro 3: Descrição das UCEs mais características da Classe 3

χ^2	Seguimento de texto
23	#mudanças na #formação #médica #podem #melhorar a #relação #médico paciente no #aspecto #humanista. A exposição do #aluno a #situações dentro do contexto #social a que ele pertence #pode auxiliar #neste #processo.
18	Além de #necessário, #creio que o #processo de humanização se #faz #indispensável, pois o estreitamento da #relação médico paciente possibilita, entre outras #coisas, #uma #atenção a #saúde de #qualidade.
15	E #indispensável encarar o paciente de #uma #forma mais #holística possível, tendo #uma atitude #humanizada, ou #seja, encará-lo como ser #humano antes de qualquer #coisa.
14	aperfeiçoar a #educação #médica, investir em atualizações e #cursos que auxiliam #nesse #processo.
13	não, #acredito que muitos #médicos, não todos, #acham o tcle desnecessário, que basta apenas a sua #experiência como #medico pra #fazer as #decisões, não #levam em conta que cada paciente e diferente um do outro e que #merecem um #tratamento #humanizado,
11	#acredito que tal #processo esta intrínseco a #personalidade de cada individuo e pouco se #pode #fazer para incrementá-lo. porém, #acho valido o #ensino #voltado para #humanização #através do-qual o estudante entra em #conflito direto com #situações que envolvem esta esfera.
10	sim. E importante a #relação médico paciente #humanizada, pois o paciente e um ser. ser constituído de sentimentos que #podem #causar, piorar e #melhorar a #doença.
10	#acho que os #médicos #deveriam ter #uma #mudança de postura, mas não somente os #médicos mas como todo o sistema.
10	#acredito que só mesmo a #conscientização dos #profissionais seria um método viável, o que, no-entanto não e fácil, pois certas #coisas condizentes a ética e #humanização se adquire em berço e não quando já temos #uma #personalidade #formada.
9	sim é #necessário. #melhora a #relação médico paciente.

Fonte: Dados da pesquisa.

É notável a ênfase em crenças de necessidade da humanização, da educação médica continuada e de compreensão da importância da relação médico-paciente. Entretanto, ainda existe a crença fatalista de que o processo de humanização é um fator de personalidade do indivíduo e não da formação do profissional de medicina e da prática deontológica do profissional médico (“#acredito que tal #processo esta intrínseco a #personalidade de cada individuo e pouco se #pode #fazer para incrementá-lo. porem, #acho válido o #ensino #voltado para #humanização #através do-qual o estudante entra em #conflito direto com #situações que envolvem esta esfera.” / “#acredito que só mesmo a #conscientização dos #profissionais seria um método viável, o que, no-entanto não e fácil, pois certas #coisas condizentes a ética e #humanização se adquire em berço e não quando já temos #uma #personalidade #formada.”).

Com os resultados apresentados, vale resgatar a definição de cuidado centrado no paciente, que teve início no final da década de 80, quando pesquisadores trabalharam para identificar componentes nucleares de tal cuidado. Em 1993, o Instituto Picker identificou oito domínios imprescindíveis ao cuidado, como respeito pelos valores e preferências do paciente; suporte emocional; conforto físico; informação, comunicação e educação; continuidade e transição; coordenação do cuidado; envolvimento da família e amigos e acesso para o cuidado.²²⁷

A evolução dos conhecimentos e das práticas médicas atuais diz respeito às suas dimensões filosóficas, especialmente, quanto a uma mudança de visão do paciente, não como uma parte do corpo ou entidade doente, mas uma visão integral da pessoa. A perda ou a incapacidade de tratar o paciente como pessoa é um dos maiores fatores que contribuem para a crise da qualidade do cuidado, particularmente através da erosão da intimidade da relação médico-paciente atual.²²⁸

A compreensão e a adequação dos princípios da autonomia e da justiça, dando ênfase à dignidade da pessoa humana, são pilares na relação médico-paciente. Em um estudo realizado com pacientes que avaliaram a relação médico-paciente, que foi classificada como “péssima”, “ruim” ou “regular”, dos 15 pacientes que classificaram a relação médico paciente como “péssima”, 14 relataram problemas com a comunicação. Além disso, segundo o estudo, a relação médico-paciente é baseada na confiança que o médico inspira e na compreensão do paciente sobre a realidade do médico.²²⁹

Por outro lado, reforçando os resultados apresentados nesta Tese, Casate e Correa²³⁰ afirmam que a humanização deve estar apoiada na aprendizagem e na reflexão, considerando os recursos tecnológicos atuais ligados à saúde, mas utilizando-os como meio e não com fim na intervenção da saúde. Os autores abordam como questão fundamental a dificuldade de se ensinar “humanização” nas relações interpessoais considerando-se questões subjetivas como a sensibilidade. A isso, um dos resultados que emergiu desta Tese foi a de que humanização não se ensina, sendo atributo do caráter da pessoa.

Por sua vez, Goulart e Chiari²³¹ levantam, em uma pesquisa realizada a partir da revisão da literatura indexada e publicada no Brasil nas bases de dados da biblioteca virtual em saúde (BVS) e Scielo entre 1987 e 2007, que entre as demandas indispensáveis à formação profissional, destaca-se a necessidade de um sólido conhecimento teórico associado à prática, aliado a atributos de personalidade tais como esforço, empenho, decisão, iniciativa. Aspectos éticos e traços humanistas de personalidade (responsabilidade, sensibilidade, honestidade, humanidade são também mencionados, até mesmo em maior proporção). Os autores referem que as questões apontadas em relação aos estudos que analisam a relação médico-paciente são transponíveis para a relação entre o profissional ligado à saúde, desde a recepção do paciente no serviço de saúde, até o atendimento clínico-hospitalar. E assim, é necessária uma reformulação estrutural, conceitual e ideológica desse processo, para que os profissionais tenham condições pessoais e profissionais para atuar de forma humanizada, cabendo aos professores responsáveis pela formação de médicos, apropriar-se de tais conhecimentos e refletir sobre as possibilidades de trabalhar conceitos e formas de os colocarem em prática.

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, cenário desta Tese, teve o seu currículo transformado em 2006, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina⁶⁸, contemplando de uma forma especial, a ética e a humanização. Assim, nesse referido ano foi instituída uma inovação: a tutoria.

Na formação médica a tutoria pode contribuir para a formação mais humanizada do profissional de saúde na medida em que expande as oportunidades de relacionamentos genuinamente significativos com outras pessoas envolvidas no atendimento em saúde. A tutoria entre outras possibilidades pode proporcionar um olhar mais qualificado de reconhecimento do paciente como ser humano único, pode favorecer as atividades em equipe, promovendo a cooperação e estímulo constante de seus membros, além da troca de

experiências de enfrentamento das dificuldades, o respeito a objetivos comuns e especialmente a análise mais comunitária e mais criativa dos problemas relacionados ao desenvolvimento da prática profissional.²³¹

Considerando a importância da humanização na qualidade da relação médico-paciente, Fortes³⁷ afirma que as políticas de saúde e as políticas educacionais devem ser orientadas à formação de profissionais de saúde e voltadas à redução das violações contra os princípios éticos, tal como o cotidiano dos serviços de saúde facilmente demonstra, caminhando para a construção de um sistema de saúde comprometido com uma prática mais humanista.

Dessa forma, a prática humanística seria, segundo Deslandes¹³⁷, articular avanços tecnológicos com o bom relacionamento com o paciente, oferecer atendimento com qualidade, resgatar a humanidade nesse atendimento e postar-se contra a violência, já que esta representa a antítese do diálogo, ou seja, a negação do outro em sua humanidade.

Para Teixeira¹³⁸, a relação médico-paciente que ao longo do tempo tem sido muito valorizada, tem perdido espaço e assumido importância secundária no modelo biomédico, privando o moderno arsenal terapêutico de uma intervenção psiconeurofisiológica capaz de complementar a resolução de muitos distúrbios orgânicos. Segundo o autor, as pesquisas sugerem que a postura do médico, permeadas por manifestações positivas, comentários, sugestões, atitudes, pode exercer influência na mente do paciente produzindo respostas neurofisiológicas favoráveis ou desfavoráveis, como instrumento terapêutico ou iatrogênico.

Vale salientar, que Rego¹⁶⁰ argumenta que em um contexto de grandes diferenças e múltiplas interações, discutir bioética e humanização ou a contribuição ao desenvolvimento das competências moral e ética não é simples. As mudanças, para se tornarem efetivas, não serão simplórias e localizadas, concentrando-se somente na mudança dos métodos de ensino.

Esta Tese foi realizada na cidade de Maceió, no Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, particularmente, quanto às disciplinas Ética e Relações Pessoais I, II e III, estas são ministradas nos três primeiros períodos do Curso. No primeiro período, desenvolve-se o conceito de ética e moral numa perspectiva dialógica, em que, as questões do cotidiano da sociedade são problematizadas e o código de ética do estudante de medicina entra em reflexão. É um espaço de acolhimento do estudante e do grupo, bem

como, a vivência das categorias presentes nas relações interpessoais, como percepção, empatia, autoconhecimento e comunicação, como fundamentos para qualquer relação – relação médico-paciente, aluno-professor, aluno-aluno etc. No segundo período, aprofunda-se a teoria dos grupos e seus estágios, e trabalha-se o desenvolvimento de papéis no grupo. Trata-se, também, da relação com o próprio corpo e o corpo do outro. Neste período, trabalha-se a perspectiva sistêmica e o pensamento complexo, embasando a reflexão de um contexto de mundo, conectado e em relação, dando suporte ao entendimento da saúde numa perspectiva integrada. O terceiro período é o espaço dos conceitos da bioética por meio da problematização de estudos de casos.

Assim, os resultados encontrados parecem entrar em consenso com o que está sendo trabalhado. Uma vez que a perspectiva humanizadora permeia a sala de aula, torna-se claro maior envolvimento do aluno com essa demanda bioética. Por outro lado, se não houver um envolvimento prático da humanização no processo educacional do aluno, as garantias de que o aluno, como profissional, atenderá os requisitos bioéticos serão incertos.

A relação entre as classes por meio da Análise Fatorial de Correspondência (AFC)

As Figuras 4, 5 e 6 apresentadas anteriormente, demonstram a relação entre as 3 Classes, com base na Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que calcula as partições em classes lexicais e apresenta suas relações sob a forma de uma árvore (dendograma). Cabe destacar aqui a Análise Fatorial de Correspondência (AFC) que permite visualizar, na forma de um plano cartesiano, as relações entre as quatro classes (Figura 7). Não obstante, é necessário considerar as palavras definidoras (em forma de radical – para visualizar as palavras completas, ver Apêndice B) de cada classe em particular (Ver Quadro 4).

Quadro 4: Palavras específicas de cada classe

Vocabulário específico da Classe 1
<p>pesquis+(82), garant+(28), autoriz+(13), pesquisador+(22), direito+(25), document+(18), etic+(19), inform+(18), ao(36), detalh+(5), esclarec+(14), explic+(9), instrumento(8), integridade(5), procedimento+(22), protecao(13), responsabilidade+(6), sab+(11), seguranca(9), sigilo(5), term+(16), utiliz+(9), assegur+(6), confer+(4), dado+(5), dar+(7), devida+(6), do(62), envolvid+(5), esclarecimento+(7), etapa+(4), finalidade+(12), o-que-se(4), preserv+(3), serv+(7), solicit+(3), voluntar+(5), entrevist+(2), escrito(2), trat+(10), cientif+(6), encontr+(4), estud+(15), futura+(3), mor+(3), objetivo+(8), os(43), paciente+(53), projeto+(3), atividade+(4), important+(17), liber+(5), tcle(27), academ+(2), aos(7), ciencia(2), cirurg+(1), clar+(8), complicacoes(1), exemplo+(4), falta(2), fazendo(3), grande+(5), importancia(14), imprescindivel(2), instituic+(2), justamente(1),</p>

meio+(3), momento+(4), orientar(2), patologia+(2), prejudicad+(2), refer+(2), resguard+(3), respald+(2).
Vocabulário específico da Classe 2
benefic+(26), livre+(21), risco+(22), vontade(13), concord+(10), particip+(37), cient+(10), escolh+(6), mesma(9), sujeit+(20), aceit+(8), conhecimento+(11), da(46), desej+(4), esclarecido+(7), linguagem(4), possiveis(9), assin+(6), decid+(4), dev+(13), espontanea(4), fato+(5), individu+(11), permit+(7), prov+(6), realiz+(11), submetido+(5), tenh+(10), acess+(5), ambas(2), autonomia(8), deix+(5), fundament+(7), informacoes(6), ira+(3), realizados(3), responder(2), sujeitos(3), comprov+(2), dest+(5), estej+(2), forc+(2), ocorr+(4), prejuizo+(2), usado(2), acontec+(1), atu+(3), clin+(4), entendido+(1), feit+(4), fornec+(1), mesmos(1), recus+(1), cab+(2), consiste(2), objeto+(2), poder+(4), poss+(7), adequada+(2), aprov+(1), cep+(1), consciente+(2), consentimento+(8), contribuir(1), dando(1), determin+(3), envolv+(2), erro+(1), essenci+(1), facilit+(2), funcao(1), limit+(1), mostr+(3), ponto+(3), proposto+(1), resolucao_196(1), torn+(3), vai(3).
Vocabulário específico da Classe 3
humaniz+(49), processo+(41), ach+(31), acredit+(24), compreend+(21), educ+(17), human+(30), melhor+(23), profissio+(27), relacao_medico_paci(20), saude(26), trabalh+(27), capacit+(9), conflito+(15), form+(43), ger+(12), maior+(29), medic+(74), mudanca+(9), necessar+(31), opini+(9), pod+(23), processo_de_humaniz(16), relac+(24), sociedade(9), soci+(10), tratamento+(15), uma(59), atendimento+(10), confi+(7), lev+(10), ness+(7), pela(7), precis+(17), sej+(23), acab+(6), assunto+(10), atencao(6), atend+(5), basicos(5), boa+(9), caus+(5), coisa+(9), consulta+(5), creio(6), cuid+(5), cultur+(6), curso+(5), desconhecem(5), dever+(11), diagnostic+(5), doenca(6), ensin+(5), envolvidos(5), humanos(6), lugar(6), medicos(38), olh+(5), personalidade+(5), qualidade+(6), resposta+(5), situac+(8), terapeut+(5), valoriz+(8), vem(5), aluno+(4), ambiente+(4), bem_estar(4), bioetica(4), carga(4), decis+(4), empat+(7), experiencia(4), ferramenta(4), holist+(4), horaria(4), indispensavel(4);

Fonte: Dados da pesquisa.

Observando a Figura 7, percebe-se claramente a oposição da Classe 3 as Classes 1 (tracejada) e 2 (traço ponto). Além disso, como já foi dito, as classes 2 e 1 apresentam maior relação entre si, por tratarem do TCLE aplicado à pesquisa, enquanto a Classe 3 trata do processo humanizador da relação médico-paciente. Deve-se ponderar o efeito das perguntas na constituição das Classes, mas mesmo assim, observa-se que o entendimento do TCLE aplica-se a deontologia/prática humanizadora, pois na Figura 4, a Classe 3 é oposta as demais Classes, que se encontram no lado direito da figura, enquanto a Classe 3 encontra-se do lado esquerdo da figura, demonstrando oposição.

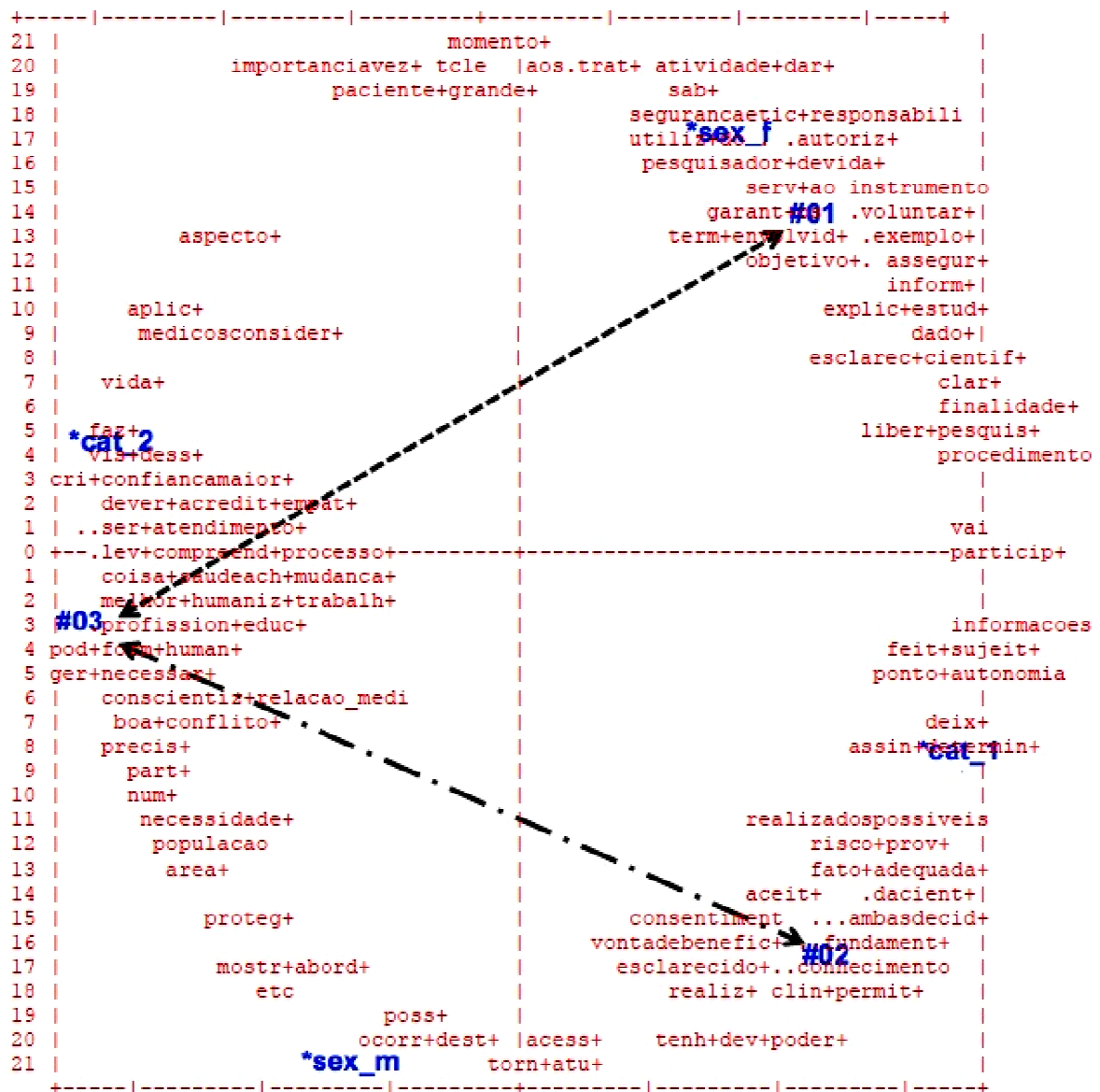


Figura 7. Plotagem das palavras analisadas, classes e variáveis marcadoras

Depreende-se que a Análise Fatorial de Correspondência (AFC) mapeia dentro de um plano cartesiano, os pontos que formam e dividem as Classes (palavras de composição), bem como, o que define essas Classes (variáveis definidoras). Assim, enquanto a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) determina os valores dos coeficientes de associação (χ^2), a Análise Fatorial esclarece como essa associação ocorre. Para inferir tal informação, basta comparar os resultados dos dois modelos de análise. As palavras de maior χ^2 e as variáveis definidoras e a relação entre elas podem ser visualizadas tanto na Classificação Hierárquica Descendente, quanto na Análise Fatorial de Correspondência, ambas em contextos semelhantes, demonstrando a complementariedade entre as análises.

Considerações do Estudo

O Estudo 1 mostrou que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é compreendido, na forma como apresentado teoricamente, pelos estudantes e professores participantes da pesquisa. No entanto, os participantes da pesquisa enfatizaram mais a relação do TCLE como inerente e indispensável à pesquisa, do que à prática clínica. Segundo a maioria dos participantes da pesquisa, o TCLE é indubitavelmente compreendido como garantia dos direitos de pesquisa, tanto para o(s) pesquisador(es), quanto para os pesquisados.

Por sua vez, através desta análise inicial, foi possível estabelecer os constructos e variáveis para a criação de uma medida psicométrica que possa mapear atitudes frente à humanização e ao TCLE. Isso só é possível, porque os participantes da pesquisa mostraram em quais pontos há dúvidas sobre a humanização e sobre o TCLE, e mostraram quais as questões mais importantes que permeiam essa temática, considerando não só o que a literatura prevê, mas também considerando as informações encontradas empiricamente no ambiente em estudo.

ESTUDO 2: ESCALA DE ATITUDES FRENTE AO TCLE E AO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NO CAMPO DA MEDICINA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO

Pretende-se no Estudo 2 construir e verificar a validade fatorial e a consistência interna da Escala de Atitudes frente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ao processo de humanização no campo da medicina, tendo como base a Teoria da Ação Planejada (TAP) [*Theory of Planned Behavior*]. Neste modelo tem sido inserido outro elemento de previsão – além das crenças comportamentais e crenças normativas –, as *crenças sobre o controle*, ou seja, sobre a presença de fatores que possam facilitar ou impedir o desempenho do comportamento. Mais especificamente, elas dizem respeito à percepção de controle sobre o comportamento (controle comportamental percebido), que se refere às crenças da pessoa acerca do grau de facilidade/dificuldade em executar uma determinada ação, isto é, à percepção que um indivíduo possui de poder executar um comportamento desejado.^{209,210,211,212}

Em razão do Estudo 1, o Estudo 2 apresenta evidências acerca dos parâmetros psicométricos da medida proposta (Escala de Atitudes Frente ao TCLE e ao Processo de Humanização no Campo da Medicina), como validade fatorial e consistência interna. Assim, contou-se com conteúdo, revisão da literatura e intuição do pesquisador, como fonte para construção de itens para compor o instrumento psicométrico com base na Teoria da Ação Planejada.

Métodos

Em um primeiro passo foi realizada a análise dos itens. Estes foram submetidos a duas avaliações: (a) **Análise dos juízes** - A análise dos juízes ou análise de construto foi realizada por um especialista em psicometria e dois estudantes de medicina que indicaram se a representação comportamental do item refere-se ao traço latente proposto. Foram apresentadas aos juízes as definições constitutivas dos construtos: Atitude, Norma Subjetiva, Percepção de Controle e Intenção Comportamental. Sendo assim, os juízes foram requeridos a indicar a associação entre o item e o seu respectivo construto que o mais representa. Uma concordância de, pelo menos, 80% entre os juízes foi adotada como critério de decisão sobre a permanência do item.²³² (b) **Análise semântica dos itens**, em que se buscou verificar se os itens são inteligíveis para o estrato mais baixo da população meta verificando se eles foram construídos expressando o comportamento de forma clara e sem deixar dúvidas de interpretação, e também foi verificado se os itens não ficaram de

forma deseleante.²³² Para esta etapa contou-se com uma amostra de 10 estudantes de medicina do primeiro e segundo período, de ambos os sexos.

Depois desta etapa, foi possível contar com a versão experimental do instrumento e submetê-lo a teste empírico para verificar a validade fatorial e consistência interna.

Participantes

Contou-se com a participação de 164 estudantes de medicina, sendo 100 (61%) do sexo feminino e 64 (39%) do sexo masculino, com idade variando de 19 até 34 anos de idade ($M = 22,58$, $DP = 2,27$). A maioria é solteira (96,9%, $f=158$), está cursando o 3º (32,3%, $f=52$) e 4º ano (37,3%, $f=60$) - (Mínimo = 2 anos; Máximo = 9 anos; $M = 3,67$, $DP = 1,01$), e não se encontra no internato (80,7%, $f=130$). O procedimento amostral utilizado foi não probabilístico, isto é, de conveniência, em que participaram aquelas pessoas que, convidadas, aceitarem colaborar voluntariamente.

Instrumento (Ver Apêndice C)

Escala de Atitudes Frente ao TCLE e ao Processo de Humanização no Campo da Medicina. Compõe-se de 20 itens que mensuram os seguintes fatores:

(1) *Atitude* (5 itens). Os respondentes foram requisitados a: “A seguir avalie os itens pensando em **como os médicos pensam e agem na sua atuação**. Utilize a escala de sete pontos que varia de “ruim” = 1 até “bom” = 7”.

Por exemplo:

Acreditar que o TCLE serve para garantir os direitos do(a) paciente na pesquisa, parece:									
Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom	
Considerar que o TCLE serve para garantir os direitos do(a) paciente no procedimento (por exemplo, hospitalização) em que está inserido, é:									
Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom	

(2) *Normas subjetivas* (5 itens). Os respondentes foram requisitados a: “A seguir avalie os itens pensando em **you como estudante de medicina**. Utilize a escala de sete pontos que varia de “improvável” = 1 até “provável” = 7”. Por exemplo:

As pessoas importantes para mim (amigos e colegas da universidade) aprovam que são necessárias mudanças na formação médica para melhorar a relação médico-paciente.

Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
As pessoas importantes para mim (amigos e colegas da universidade) aprovam que são necessárias mudanças na formação médica para melhorar a compreensão e uso do TCLE.								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável

(3) *Percepção de controle* (5 itens). Os respondentes foram requisitados a: “A seguir avalie os itens pensando em **como os médicos pensam e agem na sua atuação**. Utilize a escala de sete pontos que varia de “**improvável**” = 1 até “**provável**” = 7”.

Por exemplo:

Para sua proteção e da instituição (hospital) é que a maioria dos(as) médicos(as) utilize o TCLE como saída.								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
A característica pessoal, a personalidade, parece que seja o fator determinante da conduta humanizadora na relação médico-paciente.								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável

(4) *Intenção comportamental* (5 itens). Os respondentes foram requisitados a: “A seguir avalie os itens pensando em **como os médicos pensam e agem na sua atuação**. Utilize a escala de sete pontos que varia de “**improvável**” = 1 até “**provável**” = 7”.

Por exemplo:

Sempre que o(a) médico(a) agir de forma humana na relação médico-paciente é que seja por causa de sua formação acadêmica.								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
Para conseguir garantir os direitos dos(as) pacientes é que os(as) médicos(as) utilizem o TCLE como saída.								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável

Procedimentos

A aplicação destes instrumentos foi realizada em ambiente coletivo de sala de aula; porém, os participantes responderam individualmente. Num primeiro momento, os participantes foram esclarecidos sobre o anonimato e sigilo de suas respostas; obteve-se o consentimento livre e esclarecido de todos os participantes por meio da assinatura de um termo. Foi garantido o caráter voluntário da participação, bem como o respeito às

diretrizes éticas que regem a pesquisa com seres humanos. Em média, os indivíduos concluíram sua participação em 30 minutos.

Análise dos dados

Por meio do *software* Statistic Package for Social Sciences (SPSS 18), buscou-se avaliar a validade fatorial e a consistência interna da *Escala de Atitudes Frente ao TCLE e ao Processo de Humanização no Campo da Medicina*. Foi verificada a fatoriabilidade da matriz de correlações dos itens da escala por meio do *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* e do *Teste de Esfericidade de Bartlett* – medidas que verificam a adequação dos dados, para serem então submetidos à análise fatorial. Sendo possível, procedeu-se a uma Análise Fatorial Exploratória, determinada para extração de um fator, em que se avaliou a unidimensionalidade dos construtos estudados, pois as análises foram realizadas por parcelas de itens [para mais detalhes, ver Little *et al.*²³³]. Após esta etapa, foi realizado o cálculo da consistência interna, por meio da técnica Alfa de *Cronbach*. Trata-se de uma análise estatística dos dados de uma única aplicação de um teste a uma amostra representativa de indivíduos; verifica a congruência que cada item tem com o restante dos itens do mesmo teste.²³² É uma medida que varia de 0 a 1, sendo o valor de 0,60 considerado o limite inferior de aceitabilidade.²²⁰

Resultados

Delineados os métodos de pesquisa, a seguir, são apresentados os resultados referentes à Validade Fatorial e à Consistência Interna específica de cada um dos Fatores analisados: Atitude, Normas Subjetivas, Percepção de Controle e Intenção Comportamental.

Atitude: Validade fatorial e consistência interna

Procedeu-se a uma análise dos Componentes Principais fixada em um fator. As estatísticas iniciais, *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* = 0,65 e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2(10) = 217,49$; $p = 0,000$, ambas satisfatórias, evidenciaram a fatoriabilidade da matriz de correlação entre os itens da escala. Entretanto, o item 5 não apresentou carga fatorial $\geq |0,30|$. Desta forma, uma nova análise dos Componentes Principais foi realizada sem este item, fixada em um fator. As estatísticas iniciais, *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* = 0,67 e *Teste de Esfericidade de Bartlett* $\chi^2(6) = 211,08$; $p = 0,000$, ambas satisfatórias, evidenciaram a fatoriabilidade. Foi possível verificar a viabilidade de um componente,

levando-se em conta o critério de Kaiser²³⁴ – valor próprio (*eigenvalue*) igual ou superior a 1 (Figura 8); os valores encontrados foram: 2,28, 0,89, 0,59 e 0,22. De acordo com a distribuição gráfica (*scree plot*) dos valores próprios (Figura 2), critério de Cattell²³⁴, verificou-se a viabilidade de retenção de um componente, acima da reta tracejada. Os resultados desta análise são apresentados na Tabela 1.

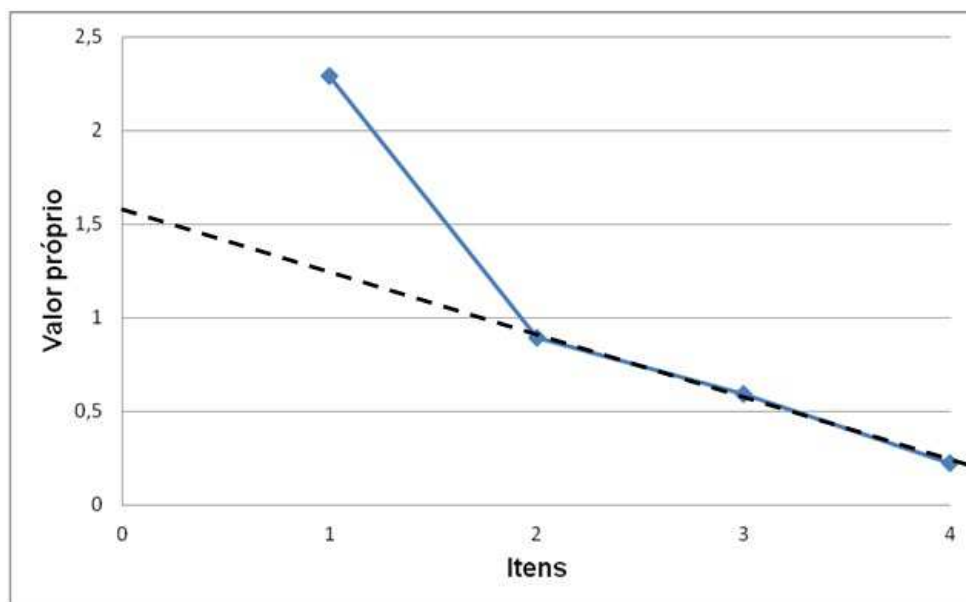


Figura 8. Distribuição gráfica dos valores próprios do fator atitude

Tabela 1. Análise de componentes principais

Descrição dos itens	Componente
Considerar que o TCLE serve para garantir os direitos do(a) paciente no procedimento (por exemplo, hospitalização) em que está inserido, é:	0,90
Acreditar que o TCLE serve para garantir os direitos do(a) paciente na pesquisa, parece:	0,87
Acreditar que o TCLE serve para garantir a proteção do(a) médico(a), parece:	0,74
Crer que a humanização na relação médico-paciente depende de fatores de formação do(a) médico(a), parece:	0,41
Número de itens	4
Variância explicada	57,23
Alfa de Cronbach	0,71

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se, na Tabela 1, que o componente explica 57,23% da variância total e as cargas fatoriais variam de 0,41 a 0,90. O componente foi interpretado a partir de seus 4 itens. Apresentou consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,71, sendo denominado de *atitude*.

Normas subjetivas: Validade fatorial e consistência interna

Procedeu-se a uma análise dos Componentes Principais fixada em um fator. As estatísticas iniciais, *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* = 0,61 e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2 (10) = 106,63$; $p = 0,000$, ambas satisfatórias, evidenciaram a fatoriabilidade da matriz de correlação entre os itens da escala. Entretanto, os itens 3 e 5 não apresentaram carga fatorial $\geq |0,30|$. Desta forma, uma nova análise dos Componentes Principais foi realizada sem estes itens, fixada em um fator. As estatísticas iniciais, *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* = 0,62 e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2 (3) = 93,85$; $p = 0,000$, ambas satisfatórias, evidenciaram a fatoriabilidade. Foi possível verificar a viabilidade de um componente, levando-se em conta o critério de Kaiser²³⁴ – valor próprio (*eigenvalue*) igual ou superior a 1 (Figura 9); os valores encontrados foram: 1,87, 0,70 e 0,42. De acordo com a distribuição gráfica (*scree plot*) dos valores próprios (Figura 3), critério de Cattell²³⁴, verificou-se a viabilidade de retenção de um componente, acima da reta tracejada. Os resultados desta análise são apresentados na Tabela 2.

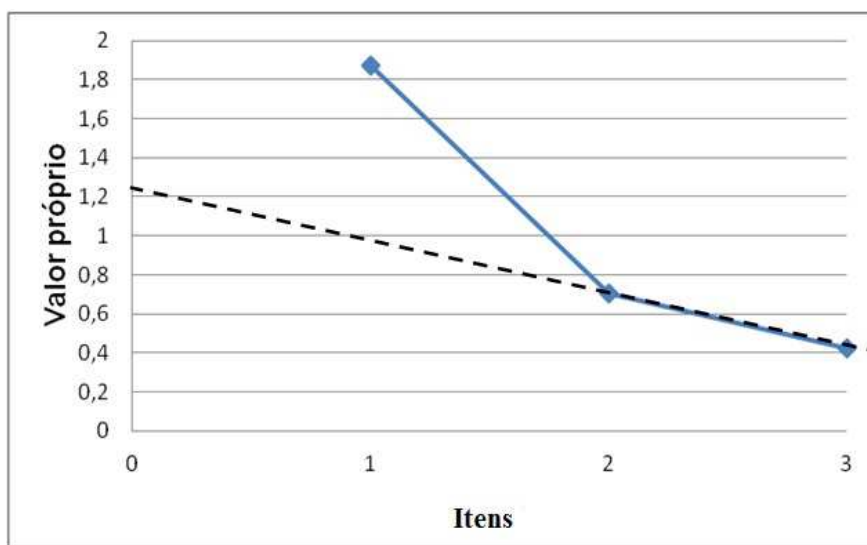


Figura 9. Distribuição gráfica dos valores próprios do fator normas subjetivas

Tabela 2. Análise de componentes principais

Descrição dos itens	Componente
As pessoas importantes para mim (amigos e colegas da universidade) aprovam que são necessárias mudanças na formação médica para melhorar a relação médico-paciente.	0,86
As pessoas importantes para mim (amigos e colegas da universidade) aprovam que são necessárias mudanças na formação médica para melhorar a compreensão e uso do TCLE.	0,78
As pessoas importantes para mim (amigos e colegas da universidade)	0,72

consideram o atendimento humanizado como sendo dependente de fatores de formação do(a) médico(a).	
Número de itens	3
Variância explicada	62,42
Alfa de Cronbach	0,69

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se, na Tabela 2, que o componente explica 62,42% da variância total e as cargas fatoriais variam de 0,72 a 0,86. O componente foi interpretado a partir de seus 3 itens. Apresentou consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,69, sendo denominado de *normas subjetivas*.

Percepção de controle: Validade fatorial e consistência interna

Procedeu-se a uma análise dos Componentes Principais fixada em um fator. As estatísticas iniciais, *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* = 0,66 e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2 (10) = 103,85$; $p = 0,000$, ambas satisfatórias, evidenciaram a fatoriabilidade da matriz de correlação entre os itens da escala. Entretanto, o item 3 não apresentou carga fatorial $\geq |0,30|$. Assim, uma nova análise dos Componentes Principais foi realizada sem este item, fixada em um fator. As estatísticas iniciais, *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* = 0,68 e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2 (6) = 88,06$; $p = 0,000$, ambas satisfatórias, evidenciaram a fatoriabilidade. Foi possível verificar a viabilidade de um componente, levando-se em conta o critério de Kaiser²³⁴ – valor próprio (*eigenvalue*) igual ou superior a 1 (Figura 4); os valores encontrados foram: 1,96, 0,88, 0,61 e 0,54. De acordo com a distribuição gráfica (*scree plot*) dos valores próprios (Figura 10), critério de Cattell²³⁴, verificou-se a viabilidade de retenção de um componente, acima da reta tracejada. Os resultados desta análise são apresentados na Tabela 3.

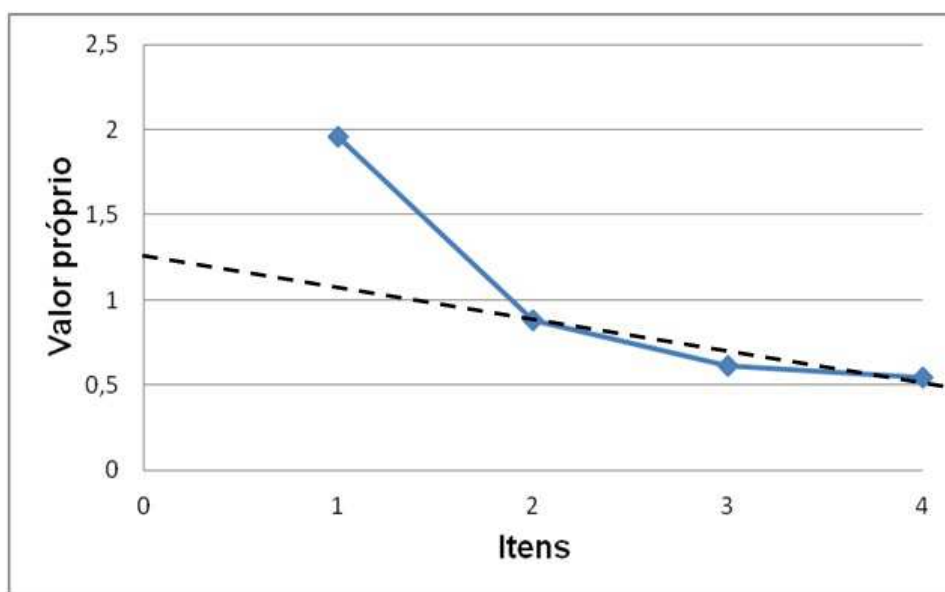


Figura 10. Distribuição gráfica dos valores próprios do fator percepção de controle

Tabela 3. Análise de componentes principais

Descrição do itens	Componente
Para sua proteção e da instituição (hospital) é (improvável - provável) que a maioria dos(as) médicos(as) utilize o TCLE como saída.	0,77
O atendimento humanizador e o uso do TCLE para garanti-lo, parece (improvável - provável) dependendo da situação, em que o médico esteja inserido.	0,71
Para garantir os direitos dos pacientes, parece (improvável - provável) que os(as) médicos(as) utilizem o TCLE como saída.	0,68
A característica pessoal, a personalidade, parece (improvável - provável) que seja o fator determinante da conduta humanizadora na relação médico-paciente.	0,62
Número de itens	4
Variância explicada	48,99
Alfa de Cronbach	0,65

Fonte: Dados da pesquisa.

Verifica-se, na Tabela 3, que o componente explica 48,99% da variância total e as cargas fatoriais variam de 0,62 a 0,77. O componente foi interpretado a partir de seus 4 itens. Apresentou consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,65, sendo denominado de *percepção de controle*.

Intenção comportamental: Validade fatorial e consistência interna

Procedeu-se a uma análise dos Componentes Principais fixada em um fator. As estatísticas iniciais, *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* = 0,58 e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2(10) = 109,68$; $p = 0,000$, ambas medianamente satisfatórias. Entretanto, os itens 1 e 2 não apresentaram carga fatorial $\geq |0,30|$. Desta forma, uma nova análise dos Componentes

Principais foi realizada sem estes itens, fixada em um fator. As estatísticas iniciais, *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* = 0,60 e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2(3) = 75,07$; $p = 0,000$, ambas satisfatórias, evidenciaram a fatoriabilidade. Foi possível verificar a viabilidade de um componente, levando-se em conta o critério de Kaiser²³⁴ – valor próprio (*eigenvalue*) igual ou superior a 1 (Figura 5); os valores encontrados foram: 1,77, 0,75 e 0,46. De acordo com a distribuição gráfica (*scree plot*) dos valores próprios (Figura 11), critério de Cattell²³⁴, verificou-se a viabilidade de retenção de um componente, acima da reta tracejada. Os resultados desta análise são apresentados na Tabela 4.

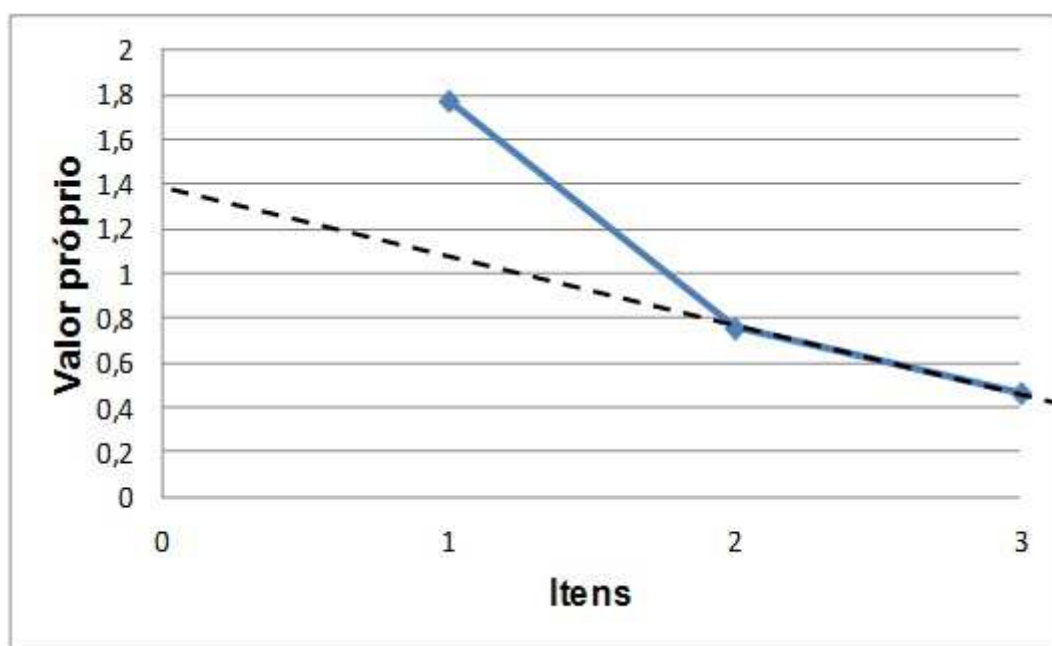


Figura 11. Distribuição gráfica dos valores próprios do fator intenção comportamental

Tabela 4. Análise de componentes principais

Descrição dos itens	Componente
Sempre que os(as) médicos(as) conseguem humanizar seu atendimento é (improvável - provável) que o façam por meio do uso do TCLE para garanti-lo.	0,83
Para conseguir garantir os direitos dos(as) pacientes é (improvável - provável) que os(as) médicos(as) utilizem o TCLE como saída.	0,79
Sempre que o(a) médico(a) agir de forma humana na relação médico-paciente é (improvável - provável) que seja por causa de sua formação acadêmica.	0,66
Número de itens	3
Variância explicada	59,20
Alfa de Cronbach	0,65

Fonte: Dados da pesquisa.

Verifica-se, na Tabela 4, que o componente explica 59,20% da variância total e as cargas fatoriais variam de 0,66 a 0,83. O componente foi interpretado a partir de seus 3 itens. Apresentou consistência interna (Alfa de *Cronbach*) de 0,65, sendo denominado de *intenção comportamental*.

Discussão

Os resultados encontrados confirmam que essa escala de 14 itens forma uma medida unidimensional que confiantemente prevê Atitudes, Normas Subjetivas, Percepção de Controle e Intenção Comportamental em relação ao TCLE e ao processo de humanização.

Em termos teóricos, foi discutido que a Teoria da Ação Planejada auxilia de modo significativo na predição do comportamento, estabelecendo relações entre fatores individuais (cognitivos) e fatores sociais e de informação [ou conhecimento] (comportamental). Além disso, engloba a identificação do comportamento humano por meio de medidas de crença, atitude e intenção, conforme previamente discutido na literatura deste trabalho. Assim, o instrumento construído se utilizou desta teoria para identificar os fatores de Atitudes, Normas Subjetivas, Percepção de Controle e Intenção Comportamental juntos em uma mesma medida significativa de predição de comportamento.

Em termos empíricos, pode-se inferir que o instrumento criado pode ser utilizado como parâmetro para análises comportamentais dos diversos *stakeholders* envolvidos com a área da ciências da saúde, como estudantes de medicina, enfermagem, nutrição, odontologia; médicos em estágio de residência; e, diversos profissionais (médicos, odontólogos, enfermeiros, nutricionistas). A partir disso, será possível identificar o posicionamento dos profissionais da saúde, especialmente médicos, sobre a questão do TCLE e da humanização, que tem impulsionado tantas discussões na área das ciências da saúde. Com a construção de um perfil comportamental sobre a questão do TCLE e da humanização, poder-se-á desenvolver intervenções pontuais e específicas para promover e incentivar o uso do TCLE e a humanização entre médicos e pacientes.

Considerações do Estudo

Os objetivos do Estudo 2 foram construir e verificar a validade fatorial e a consistência interna da Escala de Atitudes frente ao Termo de Compromisso Livre e

Esclarecido (TCLE) e ao processo de humanização no campo da medicina, tendo como base a Teoria da Ação Planejada (TAP). A isso, destaca-se que o objetivo fora alcançado uma vez que foi desenvolvida uma medida teoricamente fundamentada, testada empiricamente, e de fato parcimoniosa, uma vez que a escala possui 14 itens pontuais.

Conclui-se também que os componentes avaliados, ainda que por meio de parcelas de itens, apresentam evidências de validade fatorial e consistência interna. Com isso, é possível agora utilizar as pontuações totais para cada um dos componentes, na identificação e comparação de grupos diferentes. Comparando grupos, por exemplo, homens e mulheres, pode-se verificar a relação entre as variáveis por meio de correlação e o nível de explicação das variáveis antecedentes quanto as consequentes.

Desta forma, o Estudo 3 desta Tese vai se ater a seguir esses passos, contribuindo para o aprimoramento do instrumento, fazendo um mapeamento comportamental em relação ao TCLE e à Humanização, e assim, explicando como esse comportamento se dá por meio dos constructos dos Valores Humanos e Atitudes.

ESTUDO 3: VALORES HUMANOS E ATITUDES COMO PREDITORES DA HUMANIZAÇÃO NA ATUAÇÃO MÉDICA E PLENO CONHECIMENTO DO TCLE

O Estudo 3 desta Tese objetivou conhecer em que medida os valores humanos e as atitudes influenciam a humanização na atuação médica e no pleno conhecimento do TCLE explicando as convicções de Médicos sobre o TCLE e a humanização em sua prática profissional. Não obstante, buscou-se verificar a relação: (1) entre os valores humanos com a atitude humanizadora, em função de características individuais (atribuição à personalidade); (2) entre os valores e a atitude humanizadora, em função da formação médica; (3) diferenciar os aspectos atitudinais frente ao processo de humanização e TCLE, em função da formação médica e características individuais; e, (4) verificar se os valores humanitários determinam às atitudes proativas frente à humanização.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo de comparação entre participantes, em que foram considerados dois conjuntos principais de variáveis: *antecedente* (valores e atitudes) e *critério* (comportamento).

Participantes

Participaram deste estudo 63 médicos, sendo 34 (54%) homens e 29 (46%) mulheres, com idade variando de 25 até 79 anos ($M = 47,66$; $DP = 12,19$). Em uma escala de 1 até 10, os participantes indicaram a classe social que os representam, sendo o valor mínimo de 4 (classe média) e máximo de 10 (classe alta) ($M = 6,69$; $DP = 1,27$). Tratou-se de uma amostra não-probabilística, isto é, de conveniência, tendo participado os médicos que convidados, aceitaram colaborar voluntariamente.

Instrumentos (Ver Apêndice D)

Nesta etapa, todos os participantes receberam um livreto, composto pelos instrumentos:

Escala de Atitudes Frente ao Consentimento Livre e Esclarecido e Processo de Humanização no Campo da Medicina. Os respondentes utilizaram uma escala tipo Likert de sete pontos para indicarem suas respostas. Exemplos de itens:

Considerar que o TCLE serve para garantir os direitos do(a) paciente no procedimento (por exemplo, hospitalização) em que está inserido, é:

Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom
------	---	---	---	---	---	---	---	-----

As pessoas importantes para mim (amigos e colegas médicos) consideram o atendimento humanizado como sendo dependente da personalidade do(a) médico(a).

Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
------------	---	---	---	---	---	---	---	----------

A conduta humanizadora na relação médico-paciente, parece depender da formação dos(as) médicos(as).

Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
------------	---	---	---	---	---	---	---	----------

Eu pretendo utilizar o TCLE para garantir os direitos do(a) paciente no procedimento (por exemplo, hospitalização) em que está inserido.

Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
------------	---	---	---	---	---	---	---	----------

Questionário de Valores Básicos – QVB^{20,21}. Este instrumento é composto por 18 itens (*valores básicos*), distribuídos em seis subfunções psicossociais: **experimentação** (*emoção, prazer e sexual*), **realização** (*êxito, poder e prestígio*), **existência** (*estabilidade pessoal, saúde e sobrevivência*), **suprapessoal** (*beleza, conhecimento e maturidade*), **interacional** (*afetividade, apoio social e convivência*) e **normativa** (*obediência, religiosidade e tradição*). Para respondê-lo, o participante deve ler a lista de *valores* e indicar em que medida cada um deles é importante como um princípio que guia sua vida. Para tanto, utiliza-se uma escala de resposta variando de **1 = Totalmente não Importante** a **7 = Totalmente Importante**. De acordo com as análises fatoriais confirmatórias efetuadas por Gouveia²¹, este instrumento apresenta índices de qualidade de ajuste satisfatórios: $\chi^2/g.l. = 2,67$, $GFI = 0,91$, $AGFI = 0,89$ e $RMSEA = 0,05$; sua consistência interna (Alfa de Cronbach) média foi de 0,51 para o conjunto das seis subfunções.

Por fim, os participantes responderam a um *Questionário Demográfico* (idade, sexo, estado civil). Neste questionário foi incluído o item-critério, que tem como propósito fazer uma separação estrutural de intencionalidade entre o indivíduo que deseja participar voluntariamente de ações sobre humanização e o que não deseja. Item-critério:

Como foi possível observar, este questionário tratou, sobretudo, de questões relacionadas à conduta humanizadora na relação médico-paciente e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estamos organizando um comitê para realizar atividades que sejam necessárias para promoção de conhecimento sobre estes temas. Neste sentido, precisamos contar com a participação voluntária das pessoas.

Se você é uma das interessadas, por favor, deixe seu e-mail para contato e um nome ou apelido de preferência que brevemente o(a) procuraremos; manteremos em sigilo os seus dados.

E-mail: _____

Nome/Apelido: _____

Procedimentos

O primeiro passo foi submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas para ser avaliado. O projeto foi aprovado, tendo o número de protocolo: 0287748/2010-06. A aplicação dos instrumentos psicométricos foi realizada individualmente e em situação cara a cara, por entrevistadores previamente treinados. Em um primeiro momento, os participantes foram esclarecidos sobre o estudo em questão e acerca do anonimato e do sigilo de suas respostas, para em seguida serem solicitados a declarar se estavam ou não dispostos a participar deste estudo. Aqueles que indicarem que sim, foram requeridos a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi garantido o caráter voluntário da participação, bem como, o respeito às diretrizes éticas que regem a pesquisa com seres humanos.

Além disso, este estudo não envolveu engodo nem constrangimento ou riscos para os seus participantes, sendo necessário apenas o tempo médio de 20 minutos da atenção dos participantes para o preenchimento dos questionários do tipo lápis e papel. É importante destacar que foi garantido o anonimato dos dados e o seu tratamento estatístico foi em conjunto, não sendo possível identificar respostas particulares.

Análise de dados

Utilizou-se o software *Statistic Package for Social Sciences (SPSS 18)* para efetuar às análises estatísticas, a saber: foram realizadas estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, erro padrão e intervalo de confiança de 95%) e de tomada de decisão (teste *t* de student) para comparar os escores médios dos construtos aqui considerados em função do item-critério e sexo. Foi realizada uma análise de correlação *r* de *Pearson*, para verificar o nível de relação entre as variáveis antecedentes e as variáveis consequentes. Os casos vazios foram inferiores a 5% em todas as variáveis (psicométricas) e adotou-se o método de imputação, substituindo os casos omissos pela média.

Resultados

Com as análises descritivas realizadas, chegou-se à leitura dos escores médios, levando em conta o valor mínimo e máximo, desvio padrão, erro padrão e intervalo de

confiança de 95%. Na Tabela 5, estão descritos os dados, de modo que é possível visualizar sua sistematização quantitativa, que será discutida posteriormente.

Tabela 5: Média, desvio padrão, erro padrão e IC de 95%

Variáveis	Média	Desvio padrão	Mín - Máx	Erro padrão	IC de 95%
Humanitário	5,46	0,54	4,00 - 6,78	0,07	5,32 - 5,60
Materialista	5,48	0,55	4,44 - 6,67	0,07	5,54 - 5,62
Social	5,83	0,62	4,67 - 7,00	0,08	5,67 - 5,99
Central	5,86	0,66	4,17 - 7,00	0,08	5,69 - 6,03
Individual	4,72	0,69	2,50 - 6,33	0,09	4,54 - 4,90
Atitude	5,71	1,01	2,50 - 7,00	0,13	5,45 - 5,97
Normas subjetivas	5,79	0,93	3,25 - 7,00	0,11	5,55 - 6,03
Percepção de controle	5,35	1,13	2,50 - 7,00	0,14	5,06 - 5,64
Intenção comportamental	5,60	0,87	2,75 - 7,00	0,10	5,39 - 5,82

Fonte: Dados da pesquisa.

Por conseguinte, os escores médios foram comparados em função do item-critério: o desejo ou não desejo de participar voluntariamente para a realização de ações sobre humanização (Tabela 6). Quando os escores médios obtidos foram comparados em função do item critério, verifica-se que não existe diferença estatisticamente significativa, com nível de probabilidade associada de $p > 0,05$, para nenhuma das dimensões mensuradas. Entretanto, é importante levar em conta o fator desejabilidade social e impacto (moda) dos temas abordados, podendo esta ser uma possível justificativa para a não diferença (Gráfico 1). Note também, que a maioria (38 participantes) declara desejar participar. Ora, deve-se ponderar que desejar participar é diferente de participar de fato.

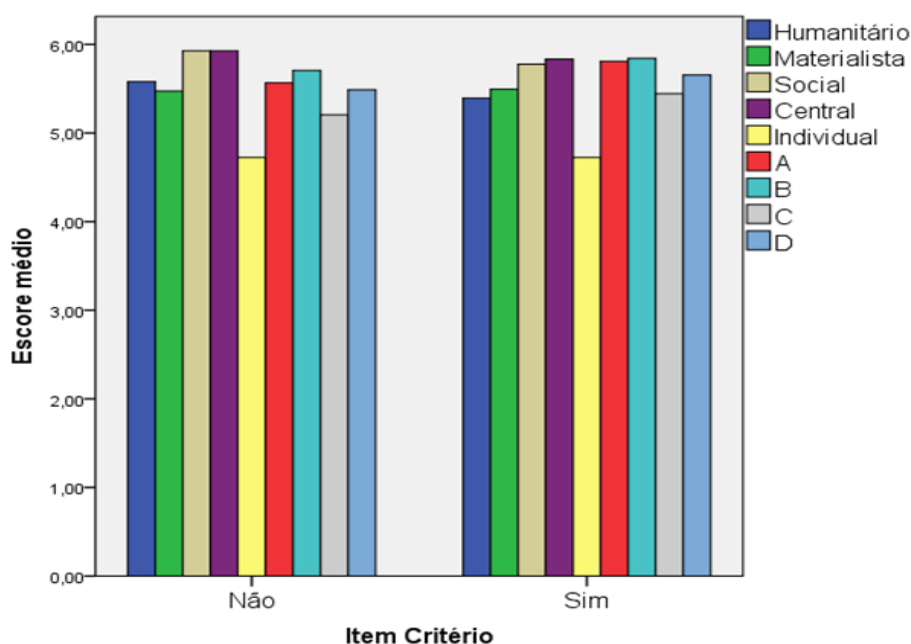
Tabela 6: Média, desvios padrões, teste t e valores de probabilidade em função do item-critério

Variáveis	Item critério	Média	Desvio padrão	Teste t de student
Humanitário	Não	n = 23	5,57	$t(59)=1,29, p=0,202$
	Sim	n = 38	5,39	
Materialista	Não	n = 23	5,47	$t(59)=-0,14, p=0,888$
	Sim	n = 38	5,49	
Social	Não	n = 23	5,92	$t(59)=0,90, p=0,368$
	Sim	n = 38	5,77	
Central	Não	n = 23	5,92	$t(59)=0,53, p=0,595$
	Sim	n = 38	5,83	
Individual	Não	n = 23	4,72	$t(59)= 0,00, p=0,996$
	Sim	n = 38	4,72	

Atitude	Não	n = 23	5,56	1,25	$t(59) = -0,90,$ $p = 0,369$
	Sim	n = 38	5,80	0,84	
Normas subjetivas	Não	n = 23	5,70	1,08	$t(59) = -0,55, p = 0,583$
	Sim	n = 38	5,84	0,84	
Percepção de controle	Não	n = 23	5,20	1,20	$t(59) = -0,78, p = 0,435$
	Sim	n = 38	5,44	1,10	
Intenção comportamental	Não	n = 23	5,48	0,94	$t(59) = -0,71, p = 0,480$
	Sim	n = 38	5,65	0,83	

Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 1 – Diferença entre os escores médios em função do item-critério



Fonte: Dados da pesquisa.

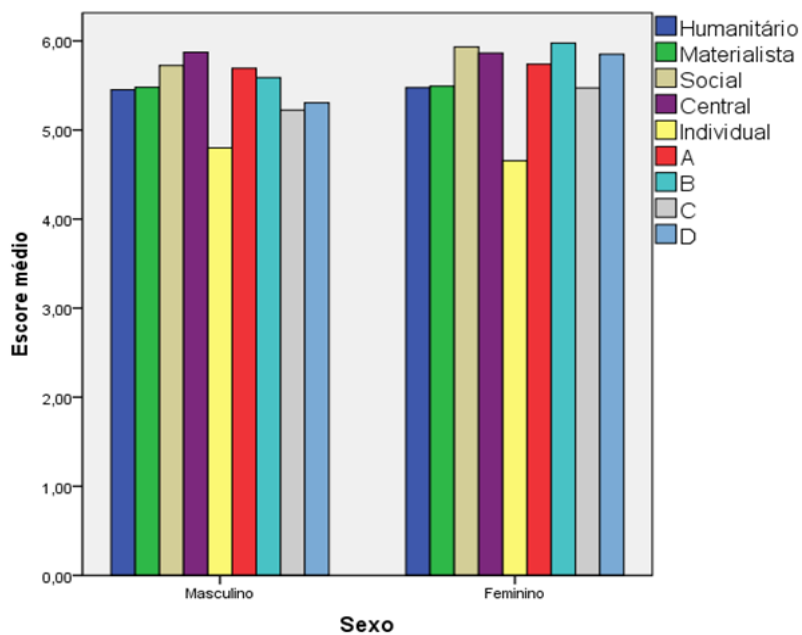
Por sua vez, quando os escores médios obtidos nas variáveis mensuradas são comparados em função do gênero, verifica-se que não existe diferença estatisticamente significativa, com nível de probabilidade associada de $p > 0,05$ (Tabela 7). De tal sorte, ser do gênero masculino ou feminino, não implica em diferença nos escores médios para quase todas as variáveis mensuradas. Entretanto, a diferença de médias entre ser do gênero masculino ou feminino em relação ao fator intenção comportamental foi de -0,56 (IC de 95% de -0,98 a -0,14), com mediano efeito ($d = -0,67$) [Cohen²³⁵ recomenda que para o tamanho do efeito de teste t , 0,20 é um efeito pequeno, 0,50 é um efeito médio, e 0,80 é um efeito grande.]. O teste t [$t(59) = -2,5; p = 0,014$] indicou que existe diferença estatisticamente significativa entre os gêneros (Gráfico 2). Neste estudo, as participantes ($M = 5,86; DP = 0,67$), apresentam em média, maior escore médio no fator intenção comportamental do que os participantes ($M = 5,30; DP = 0,98$).

Tabela 7: Média, desvios padrões, teste t e valores de probabilidade em função do gênero

Variáveis	Item critério		Média	Desvio padrão	Teste <i>t</i> de <i>student</i>
Humanitário	Masculino	n = 29	5,45	0,53	$t(59)=-0,16,$ $p=0,868$
	Feminino	n = 32	5,47	0,55	
Materialista	Masculino	n = 29	5,47	0,54	$t(59)=-0,10,$ $p=0,921$
	Feminino	n = 32	5,49	0,56	
Social	Masculino	n = 29	5,72	0,65	$t(59)=-1,29,$ $p=0,200$
	Feminino	n = 32	5,93	0,59	
Central	Masculino	n = 29	5,87	0,68	$t(59)=0,50, p=0,958$
	Feminino	n = 32	5,86	0,65	
Individual	Masculino	n = 29	4,79	0,62	$t(59)=0,80, p=0,425$
	Feminino	n = 32	4,65	0,74	
Atitude	Masculino	n = 29	5,69	1,01	$t(59)=-0,16,$ $p=0,867$
	Feminino	n = 32	5,73	1,03	
Normas subjetivas	Masculino	n = 29	5,58	0,94	$t(59)=-1,64,$ $p=0,106$
	Feminino	n = 32	5,97	0,90	
Percepção de controle	Masculino	n = 29	5,22	1,00	$t(59)=-0,84,$ $p=0,400$
	Feminino	n = 32	5,47	1,24	
Intenção comportamental	Masculino	n = 29	5,30	0,98	$t(59)=-2,54,$ $p=0,014$
	Feminino	n = 32	5,86	0,67	

Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 2 – Diferença entre os escores médios em função do sexo



Fonte: Dados da pesquisa.

Discussão

Os resultados encontrados mostram que as médias para os constructos avaliados foram bastante parecidos. Isso significa que, provavelmente, existe uma congruência de intenção comportamental e valorativa entre os participantes da pesquisa. Não houve grandes discrepâncias em relação às atitudes frente ao TCLE e à Humanização, estando a média acima do ponto neutro (4 na escala de 1 a 7), o que significa também, que os participantes possuem atitudes favoráveis ao TCLE e à humanização.

Ainda, verificou-se que a humanização tem como preditores os constructos de Intenção Comportamental (atitude) e de Humanitário e Social (valores humanos), ou seja, são pessoas que não se prendem aos bens materiais e tendem a dar mais importância a afetos e prazeres da vida, priorizando as relações interpessoais, o que pode indicar que a humanização não pode ser ensinada, mas que faz parte de uma orientação idiossincrática da pessoa, isto é, pode ser nato ou mesmo cultural.

Por outro lado, analisando a resposta dos participantes da pesquisa em função do item-critério, compreendeu-se que não houve diferença estatisticamente significativa para nenhuma das dimensões mensuradas, o que significa que os valores humanos e a atitude não predizem, por exemplo, a desejabilidade (intencionalidade) ou não de participar voluntariamente de ações sobre humanização.

Por sua vez, analisando a resposta dos participantes da pesquisa em função do item gênero (sexo masculino e feminino), compreendeu-se que houve uma diferença significativa em relação ao constructo “intenção comportamental”. Isso significa que as médicas mulheres tendem a ser mais humanizadas que os médicos homens, uma vez que a média das mulheres neste quesito se apresenta bem mais alta que a dos homens.

Considerações do Estudo

Nesta última parte da pesquisa, o Estudo 3, compreende-se como um dos resultados mais interessantes a predominância de intenção comportamental entre as mulheres. Esse achado é consistente com alguns estudos na literatura sobre o tema. Em uma pesquisa realizada com estudantes de Medicina da Irlanda, entre 2005/2006, Doherty, Cronin e Offiah²³⁶ corroboram o resultado quanto ao gênero, evidenciando que as estudantes mulheres de Medicina tendem a ser significativamente mais empáticas que os estudantes homens, bem como, demonstram maior responsabilidade social. Neste estudo, os autores

concluíram também, que a maior empatia das mulheres tende a diminuir ao longo do tempo tornando-se similar a dos homens.

Outro estudo que analisa a empatia, atributo fundamental para a humanização, está também em conformidade com o nossa conclusão. Os alunos matriculados nas escolas de odontologia, farmácia, medicina, medicina veterinária e enfermagem foram avaliados utilizando-se a Escala Jefferson de Empatia no seu primeiro ano de treinamento (n = 355). A média dos escores de empatia foram então comparados entre os grupos e entre a pontuação na repetição do teste no final (n = 366) de seu primeiro ano usando t-testes e um caminho entre os grupos utilizando ANOVA com comparações planejadas independentes. Estudantes do sexo feminino foram mais empáticas que estudantes do sexo masculino, devido a uma diferença significativa nos escores principais de empatia.²³⁷

Por sua vez, em um estudo transversal e longitudinal realizado com estudantes de Medicina, do primeiro e do último ano da Universidade de Jimma, na Etiópia, constatou a evidência de serem as mulheres mais empáticas que os homens, também devido ao fato de que estudantes de medicina do sexo feminino pontuaram mais nos escores de empatia que os do sexo masculino. As mulheres mostraram-se mais emocionalmente sensíveis a internalizar as dores e também a compreender os sentimentos dos outros mais facilmente do que os homens.²³⁸. Conforme a teoria psicanalítica e evolutiva do investimento parental, as mulheres são criadas para desenvolver maiores atitudes de prestação de cuidados para seus filhos do que os homens e essas características de cuidados podem ser associadas a uma alta empatia emocional.²³⁹

Ainda, Chen *et al.*²⁴⁰ descobriram que estudantes do sexo feminino do último ano letivo da Escola de Medicina da Universidade de Boston, que as estudantes de Medicina tinham mais empatia do que os homens. Os autores evidenciaram de que as médicas tendem a escolher especialidades relacionadas à clínica, enquanto os médicos escolhiam especialidades relacionadas à tecnologia.

Considerando-se as diferenças entre sexo, cultura e outras variáveis no aprendizado da humanização, Batista e Silva²⁴¹ discutem a importância de uma preocupação com uma educação médica continuada. Nesse contexto, os autores destacam que a interação professor-aluno pautada em princípios éticos edifica-se a partir do conhecimento compartilhado, implicando reciprocidade e tendo como meta o crescimento cognitivo e afetivo do estudante com vistas a sua autonomia, estabelecendo assim, relações entre autoridade,

comunicação e educação, sempre em busca da formação de um profissional mais humanizado.

Consideração Geral

A seguinte Tese teve por objetivo central fazer um levantamento das convicções e perspectivas dos estudantes de medicina e professores médicos quanto à compreensão, uso e a importância do TCLE e da prática humanizadora no atendimento médico. A isso, a literatura abordada dá conta de toda a discussão que permeia essa temática, e fundamenta os estudos empíricos que foram realizados nesta Tese.

Logo, foram realizados 3 estudos empíricos que tiveram os seguintes objetivos, respectivamente: (1) descrever as convicções e perspectivas de alunos e docentes de medicina sobre o TCLE e a humanização; (2) Desenvolver uma medida psicométrica para a identificação de atitudes frente ao TCLE e à humanização; e, (3) compreender como os valores humanos e as atitudes permeiam e explicam as convicções de Médicos sobre o TCLE e a humanização em sua prática profissional.

O Estudo 1 constou de uma pesquisa sobre convicções e perspectivas de estudantes e professores de um curso de medicina sobre o TCLE e a humanização, em que, foi utilizada uma análise informatizada de conteúdo por meio do *software* ALCESTE.

O Estudo 2 constituiu-se na construção da escala de Atitudes Frente ao TCLE e ao Processo de Humanização no Campo da Medicina e se baseou na etapa anteriormente descrita. Contou-se com a participação de 164 estudantes de medicina. Por meio do SPSS (versão 18), buscou-se avaliar a validade fatorial e a consistência interna da *Escala de Atitudes Frente ao TCLE e ao Processo de Humanização no Campo da Medicina*. Foi verificada a fatoriabilidade da matriz de correlações dos itens da escala por meio do *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* e do *Teste de Esfericidade de Bartlett*. Conclui-se que os componentes avaliados, ainda que por meio de parcelas de itens, apresentam evidências de validade fatorial e consistência interna.

Quanto ao Estudo 3, participaram 63 médicos como sujeitos da pesquisa, que teve como objetivo a investigação dos valores e atitudes como preditores da humanização na atuação médica e pleno conhecimento do TCLE, por meio da aplicação de estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, erro padrão e intervalo de confiança de 95%) e de

tomada de decisão (teste *t* de student) para comparar os escores médios dos construtos aqui considerados.

Como consideração ao Estudo 1, compreende-se que foram encontrados evidências de que os participantes compreendem o TCLE e sua utilização no processo de humanização. Quanto ao Estudo 2, compreende-se que foi desenvolvida uma medida teoricamente fundamentada, testada empiricamente, e de fato parcimoniosa, que possui 14 itens pontuais. Ainda, o estudo mostrou que as médicas tendem a ser mais humanizadas que os médicos, uma vez que houve uma predominância de intenção comportamental entre as mulheres. Por fim, verificou-se que a humanização tem como preditores os constructos de Intenção Comportamental (atitude) e de Humanitário e Social (valores humanos), ou seja, são pessoas que não se prendem aos bens materiais e tendem a dar mais importância a afetos e prazeres da vida, priorizando as relações interpessoais, o que pode indicar que a humanização não pode ser ensinada, mas que faz parte de uma orientação idiossincrática da pessoa, isto é, pode ser nato ou mesmo cultural.

Implicações do Estudo

Assim, diante dos resultados obtidos a respeito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e da Humanização conclui-se que:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é compreendido e respeitado por estudantes e professores da instituição pública estudada, como inerente e indispensável à pesquisa. O TCLE como garantia de pesquisa é indubitavelmente compreendido como garantia dos direitos da pesquisa tanto para o(s) pesquisador(es) como para os pesquisados.

Ainda, em concordância com a literatura, nossos resultados apontam para uma maior necessidade da compreensão do TCLE como instrumento de respeito à autonomia do paciente no atendimento médico, por estudantes e professores de Medicina. Indicam também, que este Termo já está bem assimilado entre os entrevistados como imprescindível tão somente à pesquisa. O que mostra que, apesar do TCLE ser bem conhecido e aceito por médicos, ele ainda não é uma prática no campo da medicina, necessitando assim, de intervenções posteriores que se atentem para esse quesito.

Além de tais implicações, compreende-se que a construção da Escala de atitudes frente ao TCLE e o processo de Humanização é uma inovação no campo da Medicina e da Bioética, e nesse sentido, a relevância deste trabalho delinea-se na possibilidade de aprimorar e trabalhar a humanização entre estudantes e profissionais de saúde, em geral.

É importante destacar que os resultados encontrados, neste estudo, indicam a existência da crença de que a humanização é inerente a determinadas pessoas e que é algo inato. Mesmo não sendo a crença predominante entre aqueles que compuseram a amostra deste estudo, esta se destaca por ser contrária ao que é reportado na literatura, e ao mesmo tempo, por seu valor heurístico ao incrementar as interpretações e as inferências dadas aos estudos realizados nesta área, pois, geralmente, estão contaminadas com a resposta desejável, deixando de lado a possibilidade de crenças que indicam a humanização como uma idiossincrasia. Ao passo que, não seria possível treinar ou educar o médico para ser mais humano, uma vez que ele não tenha nascido com esta característica. Em parte, esta constatação pode servir como uma luz para os comportamentos de evitação e resistência para abordar o tema humanização no cotidiano da atuação médica, bem como, a ausência do tema nos projetos políticos pedagógicos, como prioritário para formação médica.

Note que a educação se constitui como um dos pilares principais na formação do indivíduo. Por meio da educação são transmitidos os valores, normas sociais e conhecimentos de uma determinada cultura. A educação é inerente e inevitavelmente uma questão de objetivos e de valores humanos, assim, não se deve desenvolver a educação, sem pensar antes nos conhecimentos e habilidades que mais se prezam para o tipo de profissional ou ser humano que se espera através da educação.

Outra descoberta com esta pesquisa, diz respeito ao nível de empatia entre homens e mulheres. A isso, os resultados obtidos são condizentes com os dados da literatura mundial: as mulheres são mais humanizadas que os homens. A isso, parece que a empatia se constitui no substrato principal da humanização.

Segundo a definição do Dicionário Houaiss¹¹⁴, empatia é a capacidade de se identificar com outra pessoa, de sentir o que ela sente, de querer o que ela quer, de apreender do modo que ela aprende etc. Portanto se relaciona direta e indiretamente com a humanização.

Ainda, muitos médicos começam o treinamento em medicina com ideias bastante humanistas, porém, o treinamento em empatia não é especificamente pensado para a maioria dos cursos de graduação e pós-graduação em medicina.^{242,243} Isto pode refletir certa desvalorização de aspectos relacionais da medicina ou uma crença comum que a empatia é uma característica inata.²⁴⁴

Entre fevereiro e dezembro de 2010, Riess *et al.*²⁴⁵ pesquisaram residentes e *fellows* de seis especialidades do Hospital Geral de Massachusetts e da Enfermaria do Olho e do Ouvido de Massachusetts em relação ao tema “empatia”. Os autores usaram um protocolo sobre treinamento em empatia e habilidades relacionais. Esse protocolo tinha os seguintes objetivos: 1) fornecer a base científica do treinamento em empatia através das bases neurobiológica e fisiológica; 2) aumentar a consciência da fisiologia das emoções durante interações médico-pacientes típicas ou difíceis; 3) melhorar habilidades em decodificar expressões faciais sutis de emoção; e, 4) ensinar respostas verbais e comportamentais utilizando habilidades de exercícios de respiração diafragmática e práticas de atenção. A pesquisa foi composta por 99 residentes e fellows de medicina, sendo 52% de mulheres. Os principais resultados apontaram que o grupo treinado melhorou muito a empatia, tendo nesse grupo um efeito muito mais forte no gênero feminino.²⁴⁵

Em comparação ao nosso trabalho, existe um ponto convergente, que é o da crença de que a humanização é mais comum nas mulheres, e existe um divergente que é a compreensão de que a empatia, fator inerente à humanização, se aprende com o treinamento.

Ainda, um estudo realizado na Etiópia sobre preditores de percepção da empatia entre pacientes que são tratados em centro de saúde apoia os achados encontrados na maioria das pesquisas sobre o tema: as médicas são percebidas como mais dotadas de empatia de que os médicos²⁴⁶.

Por sua vez, um trabalho recente, realizado no Brasil, enfatiza que para a formação humanística do aluno de medicina, é necessário mais que o aprimoramento didático-pedagógico das disciplinas específicas da área de humanidades e a humanização dos serviços-escola (que, sem dúvida, são indispensáveis). Neste estudo, são requisitos para a formação humanística: a conscientização dos professores sobre o seu papel modelar na totalidade do processo educacional e a precisa definição institucional de valores e diretrizes de conduta ética (para todos) construída de forma coletiva e dialogada.¹⁵⁶

Esta mesma pesquisa (em uma escola médica do Estado de São Paulo com alunos e professores da Clínica geral e da cirurgia) chegou aos seguintes resultados: 1) a diferença nas ambiências entre as duas Clínicas Médica e Cirúrgica, sendo o ambiente da Clínica Médica mais amistoso e descontraído, ao contrário da Cirurgia onde a formalidade e a circunspeção eram a norma; 2) A distância que se estabelece nas relações, não raramente, leva a coisificação da pessoa; 3) O discurso médico aparece, sobretudo nas reuniões

clínicas, como frio, distante, construído por uma linguagem própria que retira das pessoas, objetos e fatos, sua intimidade emocional; e, 4) O modelo biomédico, no ambulatório de Clínica Geral, aparece como recurso em que em um primeiro momento, acelera o atendimento, mas também o torna extenso, porque se estende ao especialista, aos exames e não resolvendo o problema de base do paciente (que muitas vezes não se encontra só no corpo biológico), cria o mecanismo do retorno repetitivo. As queixas emocionais, as reações de comportamento, as vivências subjetivas na relação médico-paciente são pouco compreendidas e, rapidamente classificadas como queixas psiquiátricas. A fragmentação e a menos valia das manifestações da vida anímica estão presentes no universo do médico e do paciente.¹⁵⁶

Isso significa que, um encontro médico-paciente desprovido de empatia, não só priva o paciente de apoio crucial e de seu direito fundamental de ser tratado com humanidade e competência, quanto também pode levar a danos reais ao paciente através da perda de uma miríade de benefícios significativos.²⁴⁷ A isso, pacientes citam humanidade como um aspecto muito bem avaliado do cuidado, assim como expressar preferências fortes para boa comunicação, parceria e autonomia.²⁴⁸ Também, com essa abordagem, os médicos ganham com o tratamento humanizado. Estudos evidenciam que esses profissionais tem alta satisfação no trabalho, menos estresse, menos burnout, menos erros e menos processos.²⁴⁹

Também nessa perspectiva, os trabalhos de Yedidia et al.¹⁶² e Branch et al.²⁵⁰, explicam que apesar das potentes e prevalentes barreiras à empatia, esta ainda pode ser adquirida e isso continua a ser verdade, não só para os estudantes de medicina, mas também para os residentes médicos.

E ainda, em uma revisão da literatura que analisou 13 estudos de ensino da empatia para estudantes de medicina, todos revelaram que a empatia pode ser melhorada e identificaram várias estratégias eficazes, incluindo oficinas de habilidades interpessoais: habilidades de comunicação, literatura e cursos de medicina, seminários de escrita reflexiva, e até mesmo experiência de internação de estudante. Intervenções curtas foram suficientes para alcançar mudanças significativas nos escores de empatia, embora, relativamente, poucos estudos foram baseados em observações objetivas da durabilidade testada das mudanças.²⁵¹

Mais recentemente, em 2010, resultados de Moyer *et al.*²⁵² sobre Atitudes em 1170 estudantes de medicina mostram três tipos de experiências que tiveram o maior efeito sobre o desenvolvimento do humanismo: experiências de forte intensidade (por exemplo, ser envolvido em um caso em que o paciente morre); experiência de aprendizado participativo (por exemplo, trabalho voluntário, rotações em clínica internacional); e participações em papéis de modelos positivos. Em contraste, as condições estressantes, como cargas volumosas de trabalho, inibiu seu humanismo.

Assim, compreende-se que a “humanização da medicina” é uma expressão que reúne conceitos diversos e complementares: há quem pretenda com ela sublinhar a relação intersubjetiva entre o paciente e o pessoal de saúde perante a invasão da tecnologia ou da massificação dos hospitais; há quem entenda que ela designa a introdução de estudos humanísticos, e particularmente da psicologia, no plano de estudo dos cursos de medicina. Mas o significado mais profundo desta instância consiste no reconhecimento da dignidade de pessoa em cada sujeito humano desde o momento da concepção e até o momento da morte, com a consciência das suas espiritualidade e imortalidade.⁷⁸

A ciência médica, a Medicina de ponta, exige hoje um novo humanismo. É necessário estimular uma postura que saiba colocar no mesmo raciocínio a função hepática e as sequelas neurológicas, com o sentido da vida as transaminases e a albumina combinadas com a humilhação, o sofrimento e a perda. Uma ciência que é arte e por isso consegue situar na mesma equação dimensões tão dispares, que aparentemente não se misturam. Na verdade, estão misturadas completamente na própria vida: a protrombina e o desânimo, os neurotransmissores e o cansaço de viver, os hepatócitos e a indignação.²⁵³

Este novo humanismo médico deve construir-se pautado pela harmonia entre os fatores que o compõem. O equilíbrio é optar por uma composição unitônica, ora ciência, ora arte, um pouco de albumina, e medidas doses de afeto. Harmonia é colocar cada competência no seu lugar, ter alma de artista para saber tocar a harpa dos cuidados médicos, incorporar a polifonia com variedade de instrumentos, com silêncios e compassos de espera, na sinfonia de cada vida humana que nos é confiada. Isso permite ao médico percorrer o caminho entre a pessoa doente e o significado que a doença tem para o paciente, já que a enfermidade é para o paciente um modo de estar na vida. Uma forma de vida que tem sua própria linguagem e deve encontrar no médico sensível, o receptor necessário para decodificar corretamente os significados. O novo humanismo médico é

verdadeira antropologia ativa, e não simples especulação teórica. “Para o profissional da Medicina, humanismo e antropologia são possibilidades da sua autoexigência, desafios ao seu pensamento racional, níveis de conhecimento em aspiração ascendente de inconformismo”.²⁴⁴

Limitações do estudo

Mesmo admitindo as contribuições teóricas e empíricas desta tese sobre o tema em tela, especificamente a humanização, é necessário reconhecer potenciais limitações. Pode-se destacar o fato de não se ter feito uso de amostra probabilística, isto é, de conveniência (não probabilística). Tal aspecto, possivelmente, pode ter gerado um perfil valorativo e atitudinal diferenciado de outros profissionais da saúde quanto à humanização. Sendo assim, os resultados aqui encontrados descrevem o comportamento de estudantes universitários de medicina e médicos da cidade de Maceió – AL, Brasil. Destaca-se, também, o aspecto relacionado à desejabilidade social frente à medida de atitudes desenvolvida nesta tese. Entretanto, os aspectos teóricos e empíricos descritos anteriormente apresentam coerência com estudos já realizados nesta área. Assim como, mesmo com estas ponderações, os resultados aqui encontrados não deixam de ser importantes e esclarecedores.

Apontamentos Finais

É evidente que a relação médico-paciente resente-se da falta de humanização dos serviços de saúde, e parece ser esta uma característica mundial. Quer nos países desenvolvidos, quer nos países em desenvolvimento as queixas são as mesmas. A globalização e as crises mundiais põem em discussão as relações humanísticas e econômicas. Seriam inconciliáveis?

O estudo aprofundado sobre a Humanização se mostra na sensação de que o médico e o paciente interagem e se compreendem, e que é algo mais comum no gênero feminino. No entanto, quando se questiona a capacidade de os médicos aprenderem a ser mais empáticos e humanos, a literatura mundial apresenta um resultado diferente desta pesquisa, em que a maioria dos 63 médicos entrevistados acredita que a humanização é um processo inato e, portanto não se aprende.

Nesse sentido, a relevância deste trabalho delinea-se na possibilidade de aprimorar e trabalhar a empatia/humanização entre estudantes e médicos em geral, com ênfase no sexo masculino. E também, na possibilidade de intervenção no curso de Medicina, com a possibilidade real de preparar os estudantes e os professores para lidarem com questões imprescindíveis e emergentes no momento atual.

1. Tavares MS. Aspectos éticos da quebra da relação médico-paciente. *Revista Bioética* 2008;**16**(1): 125-31.
2. Caprara A, Silva FAL. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública* 1999;**15**(3):647-54.
3. Fullford KWM, Peile E, Carrol H. *Essential values-based practice: clinical stories linking science with people*. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
4. Rosenberg WMC, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem solving. *BMJ* 1995;**310**:1122-6.
5. Oakley J, Cocking D. *Virtue ethics and professional roles*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
6. Alcalá R. Diversidad cultural, valores, principios y normas. In: Mendoza CO, México DF, Editor. *Hermenéutica, subjetividad y política*. México: UNAM; 2009.
7. Fulford KW. The value of evidence and evidence of values: bringing together values-based and evidence-based practice in policy and service development in mental health. *J Eval Clin Pract* 2011;**17**:976-87.
8. Petrova M, Dale J, Fulford BK. Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *Br J Gen Pract* 2006;**56**:703-9
9. Pieczanski P, Matusevich D. Promoting new paradigms: Bill Fulford and values-based medicine. *Vertex* 2010;**21**:450-8.
10. Webb DJ. Value-based medicine pricing: nice work? *Lancet* 2011;**377**:1552-3.
11. Pellegrino ED. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. *Mt Sinai J Med* 2002;**69**:378-84.
12. Little JM. Humanistic medicine or values-based medicine. What's in a name? *Med J Aust* 2002;**177**:319-21.
13. Kerridge I, Lowe M, Henry D. Ethics and evidence based medicine. *BMJ* 1998;**316**:1151-3

14. Williams R, Fulford KW. Evidence-based and values-based policy, management and practice in child and adolescent mental health services. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2007;**12**:223-42.
15. Schwartz SH, Rubel T. Sex differences in value priorities: cross-cultural and multimethod studies. *J Pers Soc Psychol* 2005;**89**:1010-28.
16. Rockeach M. *The nature of human values*. New York: Free Press; 1973.
17. Altamirano-Bustamante MM, Altamirano-Bustamante NF, Lifshitz A, Mora-Magaña I, Hoyos A, *et al*. Promoting networks between evidence-based medicine and values-based medicine in continuing medical education. *BMC Medicine* 2013;**11**:39.
18. Harman G. *Explaining value and other essays in moral philosophy*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
19. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
20. Gouveia VV. *La naturaleza de los valores descriptores del individualismo y del colectivismo: Una comparación intra e intercultural*. Madri, Espanha. Tese [Doutorado em Psicologia Social] – Universidade Complutense de Madri; 1998.
21. Gouveia VV. A natureza motivacional dos valores humanos: Evidências acerca de uma nova tipologia. *Estudos de Psicologia* 2003;**8**:431-44.
22. Gouveia, VV, Milfont TL, Fischer R, Santos WS. Teoria funcionalista dos valores humanos. In: Teixeira MLM, Organizador. *Valores humanos & gestão: Novas perspectivas*. São Paulo: Senac; 2008. p. 47-80.
23. Gouveia VV, Milfont TL, Fischer R, Coelho JAPM. Teoria funcionalista dos valores humanos: aplicações para organizações. *Revista de Administração Mackenzie* 2009;**10**(3):34-59.
24. Ros M. Psicología social de los valores: Una perspectiva histórica. In: Ros M, Gouveia VV, Organizadores. *Psicología social de los valores: Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados*. Madri: Biblioteca Nueva; 2001. p. 27-52.
25. Gouveia VV. Teoria funcionalista dos valores humanos: fundamentos, aplicações e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2013.

26. Albarracín D, Zanna MP, Johnson BT, Kumkale GT. Attitudes: Introduction and scope. In: Albarracín D, Johnson BT, Zanna MP, Editores. *The handbook of attitudes* London: Lawrence Erlbaum Associates; 2005. p. 3-19.
27. Chaiken S, Maheswaran D. Heuristic processing can bias systematic processing: Effects of source credibility, argument ambiguity and task performance on attitude judgment. *Journal of Personality and Social Psychology* 1994;**66**:460-73.
28. Eagly AH, Chaiken S. Attitude strength, attitude structure and resistance to change. In: Petty R, Krosnick JA, Editores. *Attitude strength: Antecedents and consequences*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 413-32.
29. Eagly AH, Chaiken S. Attitude structure and function. In: Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G, Editores. *The handbook of social psychology*. New York: McGraw-Hill; 1998. p. 269-322.
30. Troncon LEA, Colares MFA, Figueiredo JFC, Cianflone ARL, Rodrigues MLV, Piccinato CE, Peres LC. Atitudes de graduandos de medicina em relação à aspectos relevantes da prática médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2003;**27**(1):20-8.
31. Shapiro J. Whither (whether) medical humanities? The future of humanities and arts in medical education. *Journal of Learning through the Arts* 2012;**8**(1):1-24.
32. Kirklin D. Medical humanities and the on-going search for reliability, authenticity and humility. *Med Humanities* 2011;**37**:67.
33. Slouka, M. Dehumanized: When match and science rule the school. *Harper's Magazine* 2009 Setembro; p. 32-40.
34. Borgstrom E, Cohn S, Barclay S. Medical professionalism: conflicting values for tomorrow's doctors. *J Gen Intern Med* 2010;**25**(12):1330-6.
35. Lara MDC, De La Fuente JR. Sobre el consentimiento informado. *Revista Bioética: Temas y Perspectivas* 1990;**527**:61-6.
36. Drane JF. Competence to give in informed consent. *JAMA* 1984;**252**:925-7.
37. Fortes PAC. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. *Revista Bioética* 1994;**2**(2):129-35.

38. Canuto AM. *Faculdade de medicina de Alagoas – história de luta e esperança*. Maceió: Edufal; 2006.
39. Dantas F, Souza EG. Teaching ethics, medical ethics and bioethics in Brazilian medical schools: a systematic review. *Bras Educ Med* 2008;**32**(4):507-38.
40. Kodama T, Asay A, Itai K. National survey of medical ethics education at faculties of medicine in Japan. *Med Education* 2009;**40**(1):9-17.
41. Carneiro LA, Porto CC, Duarte SBR, Chaveiro N, Barbosa MA. The teaching of ethics in graduate healthcare. *Rev Bras Educ Med* 2010;**34**(3):412-21.
42. Miller GE, Organizador. *Ensino e aprendizagem nas escolas médicas*. São Paulo: Nacional; 1967.
43. Lambert WW, Lambert WE. *Psicologia social*. Rio de Janeiro: Zahar;1981.
44. Rodrigues A. *Psicologia social para principiantes*. Petrópolis: Vozes; 2002.
45. Miranda SM, Pires MMS, Nassar SM, Silva CAJ. Construção de uma escala para avaliar atitudes de estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Med* 2009;**33**(1):104-10.
46. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica: O respeito à autonomia*. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
47. Rousseau JJ. *Du contract social*. Paris: Union Générale d'Éditions; 1973
48. Segre M, Cohen C. *Definição de valores, moral, eticidade e ética*. 3. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002.
49. *Código de Nuremberg*. Tribunal Internacional de Nuremberg 1947 [Acesso em 25 de Jan 2014]. Disponível em: www.gtp.org.br/new/documentos/nuremberg
50. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. [Acesso em 25 de Jan 2014]. Disponível em: www.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm
51. *Declaração de Helsinque 1964*. [Acesso em 25 de Jan 2014]. Disponível em: www.ufrgs.br/bioetica/helsin1.htm
52. *Declaração de Helsinque 1989*. [Acesso em 25 de Jan 2014]. Disponível em: www.bioetica.ufrgs.br/helsin4.htm
53. *Declaração de Helsinque 2008*. [Acesso em 25 de Jan 2014]. Disponível em: www.anis.org.br/Cd01/.../doc_int_03_declaracao_helsinque_port

54. *Relatório Belmont 1978*. [Acesso em 25 de Jan 2014]. Disponível em: www.conteudojuridico.com.br/artigo,relatorio-de-belmont-1978,42516
55. *Resolução CNS 196/96*. Conselho Nacional de Saúde [Acesso em 25 de Jan 2014]. Disponível em: www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm
56. *Resolução 466/2012*. Conselho Nacional de Saúde [Acesso em 25 de Jan 2014]. Disponível em: http://www.editoramagister.com/legis_24514635_RESOLUCAO_N_466_DE_12_DE_DE_ZEMBRO_DE_2012.aspx
57. Rego S. *Informe ENSP (Isabela Schincariol)*. [Acesso em 25 de Jan 2014]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/32886>
58. Palacios M. *Informe ENSP (Isabela Schincariol)*. [Acesso em 25 de Jan 2014]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/32886>
59. Reich W T. The word “Bioethics”: its birth and the Legacies of those who shaped its meaning. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1994;**4**:319-36.
60. Gracia D. *Pensar a bioética: metas e desafios*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2010.
61. Hossne WS. Dos referenciais da bioética – a vulnerabilidade. *Bioethiks* 2009;**3**(1):41-51.
62. Von Zuben NA. Bioética: novas tiranias e fundamentalismo. In: Pessini L, Siqueira JE, Hossne WS, Organizadores. *Bioética em tempo de incertezas*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2010. Cap.10, p. 178-181.
63. Lucato MC, Ramos DLP. Biética – histórico e modelos. In: Ramos DLP, Organizador. *Bioética pessoa e vida*. São Caetano do Sul: Difusão Editora; 2009.
64. Pessina A. *Bioetica l'uomo sperimentale*. Pavia: Bruno Mondatori; 1999.
65. Durand G. *Introdução geral a bioética: história, conceitos e instrumentos*. São Paulo: Ed. Centro Universitário São Camilo; 2003.
66. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética* 2005;**13**(1):125-34.

67. Brasil. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)*. [Acesso em 25 de Jan 2014]. Disponível em: www.ibge.gov.br
68. Brasil. MEC. Diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em medicina. Brasília: MEC; 2001. [Acesso em 25 de Jan 2014]. Disponível em: www.mec.gov.br
69. Conselho Federal de Medicina. *Código de ética médica: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010.
70. Whetten DA. What constitutes a theoretical contribution? *Academy of Management Review* 1989;**14**(4):490-5.
71. Pernick MS. The patient's role in medical decision-making: A social history of informed consent in medical therapy. In: President's Commission for the Study the Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Making health care decisions: The ethical and legal implication of informed consent in the patient practitioner relationship*. 3. ed. Washington: USGPO; 1987. p. 1-35.
72. Cecchetto SRRB. A doutrina do consentimento informado: a incorporação do sujeito moral na biomedicina. *Revista Brasileira de Bioética* 2007;**3**(4): 489-507.
73. UNESCO. [Acesso em 25 de Jan 2014]. Disponível em: www.unesco.org
74. *American Medical Association*. [Acesso em 25 de Jan 2014]. Disponível em: <https://ama-assn.org/>
75. Hirschheimer MR, Constantino CF, Oselka G. Consentimento informado no atendimento pediátrico. *Ver Paul Pediatr* 2010;**28**:128-33.
76. Engelhardt THJ. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Edições Loyola; 2008.
77. Ribeiro DC, Organizador. *A relação médico-paciente: velhas barreiras, novas fronteiras*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2010.
78. Sgreccia E. *Manual de bioética – fundamentos e ética biomédica*. Cascais, Portugal: Editora Princípia; 2009.
79. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 5. ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2002.
80. Pitta AMF, Dallari SG. A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil. *Revista em Saúde em Debate* 1992;**36**:19-23.

81. Hall DE, Prochazka AV, Fink AS. Informed consent for clinical treatment. *CMAJ* 2012;**184**(5):533-40.
82. Durand G. *Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos*. 4. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2012.
83. Freitas CBD, Hossne WS. O papel dos comitês de ética em pesquisa na proteção do ser humano. *Bioética* 2002;**10**(2):129-46.
84. Sariola S, Simpson BA. Theorizing the 'human subject' in biomedical research: International clinical trials and bioethics discourses in contemporary Sri Lanka. *Social Science & Medicine* 2011;**73**:515-21.
85. Harth SC, Thong YH. Parental perceptions and attitudes about informed consent in clinical research involving children. *Soc Sci Med* 1995;**41**(12):1647-51.
86. Maluf F, Garrafa,V. O termo de consentimento livre e esclarecido nas pesquisas com seres humanos: um estudo de caso. *Ver Bioét* 2011;**19**(3):725-39.
87. Hung SY, Huang KL, Yu WJ. An empirical study of the effectiveness of multimedia disclosure of informed consent: A technology mediated learning perspective. *Information & Management* 2011;**48**:135-44.
88. Antunes A, Nunes R. Consentimento informado na prática clínica. *Arquivos de Medicina* 1999;**13**(2):121-7.
89. Feinberg J. *The child's right to an open future*. Whose child? Children's rights, parental authority and state power. Totowa, NJ: Littlefield, Adams & Co.; 1980.
90. Cruz ACG, Beier M. Consentimento e similitude: a autoexperimentação promovendo o diálogo entre a ética e a técnica. In: Sales AA, Organizador. *Bioética: velhas barreiras, novas fronteiras*. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2011.
91. Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, Organizadores. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 53-7.
92. Botell ML, Garcia LAP, Hernandez MG. Consentimiento informado. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005;**21**:5-6.

93. Fortune-Greeley AK, Hardy NC, Lin L, Friedman JY, Lawlor JS, Muhlbaier LH, Hall MA, Schulman KA, Sugarman J, Weinfurt KP. Patient's reactions to confidentiality, liability, and financial aspects of informed consent in cardiology research. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010;**3**(2):151-8.
94. Ménoni V, Lucas N, Leflorestier JF, Dimet J, Doz F., Chatellier J, Tréluyer JM, Chappuy H. The readability of information and consent forms in clinical research in France. *Plos One* 2010;**5**(5):e10576.
95. Glickman SW, McHuntchinson JG, Peterson ED, et al. Ethical and scientific implications of the globalization of clinical research. *N Engl J Med* 2009;**360**:816-23.
96. Kimmelman J, Weijer C, Meslin EM. Helsinki discords: FDA, ethics, and international drug trials. *The Lancet* 2009;**373**(9657):13-4.
97. George J, Annas JD. Globalized clinical trials and informed consent. *N Engl J Med* 2009;**360**:2050-3.
98. Pereira A. *O consentimento informado na relação médico-paciente*. Estudo de direito civil. Centro de Direito Biomédico, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra: Coimbra Editora; 2004.
99. Junges JR. Exigências éticas do consentimento informado. *Revista Bioética* 2007;**15**(1):77-82.
100. Marques JF. Termo de consentimento livre e esclarecido em reumatologia. *Rev Bras Reumatol* 2011;**51**(2):175-83,
101. Clotet J. O consentimento informado: uma questão do interesse de todos. *Medicina: Jornal do Conselho Federal de Medicina* 2009;**122**:9.
102. Clotet J. *Bioética: uma aproximação*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003.
103. Kfoury Neto, M. *Culpa médica e ônus da prova*. São Paulo: RT; 2002.
104. Pithan LH. O consentimento informado como exigência ética e jurídica. In: Clotet J, Feijó A, Oliveira MG, Organizadores. *Bioética – uma visão panorâmica*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2011.
105. Su L, Huang J, Yang W, Li H, Shen Y, Xu Y. Ethics, patient rights and staff attitudes in Shanghai's psychiatric hospitals. *BMC Medical Ethics* 2012;**13**(8):1-7.

106. Cheatle MD, Savage SR. Informed consent in opioid therapy: A potential obligation and opportunity. *J Pain Symptom Manage* 2012;**44**(1):105-16.
107. Raymundo MM, Goldim JR. Do consentimento por procuração à autorização por representação. *Revista Bioética* 2007;**15**(1):83-99.
108. Matos GEC. Aspectos jurídicos e bioéticos do consentimento informado na prática médica. *Revista Bioética* 2007;**15**(2):196-213.
109. Gracia D. *Bioética clínica*. Santa Fé de Bogotá: Editorial El Búho; 1998.
110. Calain P. Ethics and images of suffering bodies in humanization medicine. *Soc Sci Med* 2012;**98**:278-85
111. Almeida LD, Machado MC. Atitude médica e autonomia do doente vulnerável. *Revista Bioética* 2010;**18**(1):165- 83.
112. Portugal. *Lei12/2005*. Diário da República - I SÉRIE-A No. 18, de 26 de Janeiro de 2005.
113. Portugal. Direção Geral de Saúde. *Carta dos direitos e deveres dos doentes*. [Acesso em 15 de Nov 2014]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?screenwidth=1600&mlkid=d4upjqjeqaxrtt45w45r4w45&cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>
114. Houaiss A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2009.
115. De Marco MA, Abud CC, Luchese A, Zimmermann C. Psicologia médica: Abordagem integral do processo saúde-doença. In: De Marco MA, Organizador. *A medicina da pessoa – As dimensões humanas da educação médica e a construção do conhecimento*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
116. Schneider PB. *Psicologia aplicada a la pratica médica*. Buenos Aires: Paidós;1986.
117. Descartes R. *Discurso do método: regras para a direção do espírito*. São Paulo: Martin Claret; 2002.
118. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1980.

119. Castle NG, Brown J, Hepner KA, Hays HD. Review of the literature on survey instruments used to collect data on hospital patient's perceptions of care. *Health Serve Res* 2005;**40**:1996-2017.
120. Evans RG, Edwards A, Evans S, Elwyn B, Elwyn G. Assessing the practicing physician using patient surveys: a systematic review of instruments and feedback methods. *Fam Pract* 2007;**24**:117-27.
121. Department of Health. *Public and patient experience and engagement*. London: department of Health; 2009.
122. Roland M. Linking physicians pay to the quality of care. A major experiment in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2004;**351**:1448-54.
123. Department of Health. *NHS next stage review: high quality care for all*. London: Department of Health; 2008.
124. Department of Health. *Our health, our care, our say: a new direction for community services*. London: Department of Health; 2006.
125. Burford B, Greco M, Bedi A, Kergon C, Morrow G, Livingston M, Illing J. Does questionnaire-based patient feedback reflect the important qualities of clinical consultations? Context, benefits and risks. *Patient Education and Counseling* 2011;**84**:29-36.
126. Harris JC. Toward a restorative medicine: The science of care. *JAMA* 2009;**301**(16):1710-2.
127. Balint M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1984.
128. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;**137**:535-44.
129. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;**49**(9):796-804.
130. Pires P. Patient-centered medicine: better quality and less cost. *Rev Port Clin Geral* 2011;**27**(5):482-6.
131. Almeida LD, Machado MC. Atitude médica e autonomia do doente vulnerável. *Revista Bioética* 2010;**18**(1):165-83.

132. Cortina A. *Las fronteras de la persona: el valor de los animals, la dignidad de los humanos*. Madrid: Taurus; 2009.
133. Zoboli ELCP. Intersubjetividade e cuidado. In: Pessini L, Siqueira JE, Hossne WS, Organizador. *Bioética em tempos de incertezas*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2010. p. 357-87.
134. Oliveira FO, Flávio DA, Marengo MO, Silva RHA. Bioética e humanização na fase final da vida: visão de médicos. *Revista Bioética*, 2011;**19**(1):247-57.
135. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*; 2004. [Acesso em 25 de Jan 2014]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390
136. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2000.
137. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2004;**9**(1):7-14.
138. Teixeira MZ. Bases psiconeurofisiológicas do fenômeno placebo-nocebo: evidências científicas que valorizam a humanização da relação médico-paciente. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2009;**55**(1):13-8.
139. Nunes L. A humanização na saúde: estratégia de marketing? A visão do enfermeiro. *Revista Brasileira de Bioética* 2006;**2**(3):313-27.
140. Dal-Farra RA, Geremia C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2010;**34**(4):587-97.
141. Pessotti I. A formação humanística do médico. *Medicina* 1996;**29**(4):440-8.
142. Bazon FVM, Campnelli EA, Assis SMB. A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. *Psicol Teo Prática* 2004;**6**(2):89-99.
143. Pessini L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: Pessini L, Bertachini L, Organizador. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola; 2006. p.11-30.
144. Gallian DMC, Reginato V. Relação assistencial e sua humanização. In: Ramos DLP, Organizador. *Bioética: pessoa e vida*. São Caetano do Sul: Difusão Editora; 2009. p. 117-33.

145. Ortega y Gasset J. *A desumanização da arte*. 5. ed. São Paulo: Cortez; 2005.
146. Machado MH, Coordenador. *Os médicos no Brasil. Um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
147. Neves AC. *Humanização da medicina e seus mitos*. São Paulo: Companhia Ilimitada; 2005.
148. Pessini L, Bertachini L, Organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Edições Loyola, 2004.
149. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 569/GM, em 1 de junho de 2000*. [Acesso em 15 de Nov 2014]. Disponível em: dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm
150. Ferreira NSC. Repensando e ressignificando a gestão democrática da educação na “cultura globalizada”. *Educ Soc* 2004;**25**(89):1227-49.
151. Rego STA, Palácios M, Schramm FR. O ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, Editores. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2004.
152. Lind G. *La moral se puede enseñar – Un manual de teoría y práctica de la formación moral y democrática*. Ciudad del Mexico: Trillas; 2006.
153. Shillinger M. Learning environment and moral development: How university education fosters moral judgment competence in Brazil and two German-speaking countries. Deutschland Aachen: Shaker Verlag; 2006.
154. Lind, G. Moral regression in medical students and their learning environment. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2000;**24**(3):24-33.
155. Matos GEC. Aspectos jurídicos e bioéticos do consentimento informado na prática médica. *Revista Bioética* 2007;**15**(2):196-213.
156. Rios IC, Schraibern LB. Uma relação delicada: estudo do encontro professor-aluno. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2011;**15**(36): 39-52.
157. Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas dos profissionais de saúde – contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010;**15**(1):255-68.

158. Morais GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm* 2009;**23**(3):323-7.
159. Backes DS, Costa SFG, Fontes WD. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Ver Latinoam Enferm* 2006;**14**(1):221-7.
160. Rego S, Gomes PA, Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2008;**32**(4):482-91.
161. Cousin G, Mast MS, Roter DL, Hall JÁ. Concordance between physician communication style and patient attitudes predicts patient satisfaction. *Patient Education and Counseling* 2012;**87**:193-7.
162. Yedidia J, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, et al. Effects of communications training on medical student performance. *J Amer Med Assoc* 2003;**290**:1157-65.
163. Smith S, Hanson JL, Telksbury LR, Christy C, Talib NJ, Harris MA, et al. Teaching patient communication skills to medical students: a review of randomized controlled trials. *Eval Health Prof* 2007;**30**:3-21.
164. Noble LM, Kubacki A, Martin J, Lloyd M. The effect of professional skills training on patient-centredness and confidence in communicating with patients. *Med Educ* 2007;**41**:432-40.
165. Fernandez-Olano C, Montoya-Fernandez J, Salinas-Sanchez AS. Impact clinical interview training on the empathy level of medical students and medical residents. *Med Teach* 2008;**30**:322-4.
166. Jenkins V, Fallowfield L. Can communications skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *J Clin Oncol* 2002;**20**:765-9.
167. De Vries H, Dijkstra M, Kuhlman P. Self efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as predictor of behavioral intentions. *Health Educations Res* 1988;**3**:273-82.
168. Eagly AH, Chaiken S. *The psychology of attitudes*. Belmont: Wadsworth/Thomson; 1993.

169. Holland RW, Verplanken B, Van Knippenberg A. On the nature of attitude-behavior relations: the strong guide, the weak follow. *Eur J Soc Psychol* 2002;**32**:869-76.
170. Woloschuk W, Harasym PH, Temple W. Attitude change during medical school: a cohort study. *Med Educ* 2004;**38**:522-34.
171. Bombeke K, Roosbroeck SV, Winter WD, Debaene L, Schol S, Van Hal G, Van Royen P. Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: An observational study comparing two cohorts' during clinical clerkships. *Patient Education and Counseling* 2011;**84**:310-8.
172. De Monchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM. Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient rating. *Med Educ* 1988;**22**:231-9.
173. Batenburg V. Do professional attitudes change during medical education? *Adv Health Sci Educ* 1996;**1**:153-64.
174. Thistlethwaite JE, Raynor DK, Knapp P. Medical students' attitudes towards concordance in medicine taking: exploring the impact of an educational intervention. *Educ Health* 2003;**16**:307-17.
175. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med* 2009;**84**:1182-91.
176. Rees C, Sheard C, Davis S. The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the communication skills attitude scale (CSAS). *Med Educ* 2002;**36**:141-7.
177. Ya-Huei W. The importance of the medical humanities among adolescents: Developing a medical humanities questionnaire. *Social Behavior and Personality* 2011;**39**(9):1235-44.
178. Chen J, Xu J, Zhang C, Fu X. Medical professionalism among clinical physicians in two tertiary hospitals, China. *Soc Sci Med* 2012;**96**:290-6.
179. Rokeach M. *Crenças, atitudes e valores*. Rio de Janeiro: Interciência; 1981.
180. Thomas WI, Znaniecki F. *The Polish Peasant in Europe and America*. Boston: Badger; 1918.

181. Cantril, H. The roles of the situation and adrenalin in the induction of emotion. *The American Journal of Psychology* 1934;**46**:568-79.
182. Allport GW. Attitudes. In: Murchison C, Editor. *Handbook of social psychology*. Worcester, Mass: Clark University Press; 1935.
183. Rosenberg MJ, Hovland CI. Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. In: Rosenberg MJ, Hovland CI, Editor. *Attitude organization and change: An analysis of consistency among attitude components*. New Haven: Yale University Press; 1960.
184. Petty RE, Cacioppo JT. Addressing disturbing and disturbed consumer behavior: Is it necessary to change the way we conduct behavioral science. *Journal of Marketing Research* 1996;**33**:1-8.
185. Zajonc RB, Markus H. Affective and cognitive factors in preferences. *Journal of Consumer Research* 1982;**9**:123-31.
186. Fabrigar LR, MacDonald TK, Wegener DT. The origin and structure of attitudes. In: Albarracín D, Johnson BT, Zanna MP, Editor. *Handbook of attitudes and attitude change*. Mahwah, NJ: Erlbaum. 2005. p. 79-124.
187. Tesser A, Shaffer DR. Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology* 1990;**41**:479-523.
188. Smith MB, Bruner JS, White RW. *Opinions and personality*. New York: Wiley; 1956.
189. Katz D. The functional approach to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly* 1960;**24**:163-204.
190. Maio GR, Olson J. Relations between values, attitudes, and behavioral intentions: The moderating role of attitude function. *Journal of Experimental Social Psychology* 1995;**31**:266-85.
191. Schwartz SH. Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In: Zanna MP, Organizador. *Advances in experimental social psychology*. Nova York: Academic Press; 1992. p. 1-65.
192. Herek GM. The instrumentality of attitudes: Toward a neofunctional theory. *Journal of Social Issues* 1986;**42**:99-114.

193. Rodrigues A, Assmar EML, Jablonski B. *Psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2000.
194. Krosnick JA, Judd CM, Wittenbrink B. The measurement of attitudes. In: Albarracín D, Johnson BT, Zanna MP, Editor. *The handbook of attitudes*. London: Lawrence Erlbaum Associates; 2005. p. 21-76.
195. Lima LP. Atitudes: estrutura e mudança. In: Vala J, Monteiro MB, Organizadores. *Psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian; 2002. p. 187-225.
196. Milfont TL. *Psychology of environmental attitudes: A cross-cultural study of their content and structure*. Auckland, New Zealand. Tese (Doutorado em Psicologia Ambiental) – University of Auckland; 2007.
197. Medeiros ED, Gouveia VV, Pimentel CE, Soares AKS, Lima TJS. Escala de atitudes frente à tatuagem: elaboração e evidências de validade e precisão. *Estudos de Psicologia* 2010;**27**(2):177-86.
198. Bogardus ES. Social distance scale. *Sociological Research* 1933;**17**:265-71.
199. Furnham A. Response bias, social desirability and dissimulation. *Personality and Individual Differences* 1986;**7**:385-400.
200. Crowne D, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology* 1960;**24**:349-54.
201. Schultz, P. W. (2001). The structure of environmental concern: Concern for self, other people, and the biosphere. *Journal of Environmental Psychology*, 21, 327-339.
202. Paulhus D. Measurement and control of response bias. In: Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS, Editores. *Measures of personality and social psychological attitudes*. San Diego, CA: Academic Press; 1991. p. 17-60.
203. Mehrabian A. Inference of attitudes from the posture, orientation and distance of a communicator. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1968;**32**:296-308.
204. Mehrabian A. Relationship of attitude to seated posture, orientation, and distance. *Journal of Personality and Social Psychology* 1968;**10**:26-30.
205. Milgram SL, Mann L, Hartner S. The lost letter technique: A tool of social science research. *Public Opinion Quarterly* 1965;**29**:437-8.

206. Kuntz PR, Fernquist RM. Opinion on abortion as measured by the lost-letter technique. *Psychological Reports* 1989;**65**:1343-6.
207. Greenwald AG, Banaji MR. Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review* 1995;**102**:4-27.
208. Greenwald AG, McGhee DE, Schwartz LK. Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology* 1998;**74**:1464-80.
209. Ajzen I, Fishbein M. Attitudes and the attitude-behavior relation: Reasoned and automatic processes. In: Stroebe W, Hewstone M, Editores. *European Review of Social Psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2000. p. 1-33.
210. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991;**50**(2):179-211.
211. Ajzen I, Fishbein M. The influence of attitudes on behavior. In: Albarracín D, Johnson BT, Zanna MP, Editor. *Handbook of attitudes and attitude change*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2005. p. 173-271.
212. Madden TJ, Ellen PS, Ajzen I. A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1992;**18**:3-9.
213. Corral-Verdugo V. *Comportamiento proambiental: Una introducción al estudio de las conductas protectoras del ambiente*. Santa Cruz de Tenerife, México: Editorial Resma, S. L.; 2001.
214. Bamberg S, Möser G. Twenty years after Hines, Hungerford, and Tomera: A new meta-analysis of psycho-social determinants of pro-environmental behaviour. *Journal of Environmental Psychology* 2007;**27**:14-25.
215. Reinert M. Postures énonciatives et mondes lexicaux stabilisés en analyse statistique de discours. *Langage et société* 2007;**121-122**:189-202.
221. Nascimento ARA, Menandro PRM. Análise lexical e análise de conteúdo: Uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* 2006;**2**:72-88.
217. Ribeiro ASM. *Alceste: análise quantitativa de dados textuais (Manual)*. Brasília: Universidade de Brasília – UNB; 2004.

218. Reinert M. *Alceste (version 4.0 Windows)*. Toulouse: Image; 2000.
219. Siegel S, Castellan Junior NJ. *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. 2. ed. Boston: McGraw-Hill; 2003.
220. Hair JFJ, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise multivariada*. Porto Alegre: Bookman; 2006.
221. Maluf F, Garrafa V. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nas pesquisas com seres humanos: um estudo de caso. *Revista Bioética* 2011;**19**(3):725-39.
222. Hatta T, Murayama T, Narita K, Sumi E, Yokode M. Trend analysis of research on informed consent in clinical trials: comprehensive retrieval via electronic databases. *Jpn J Clin Pharmacol Therap* 2011;**42**(1):21-5.
223. Nieuwkamp GGA. *The theory of informed consent medicine: problems and prospects for improvement*. Tese (Doutorado em Filosofia) – Australian Catholic University; 2007.
224. Figueira ACS. Consent and protection of adults and children: common and peculiar dilemmas in developing. *Rev Bioética* 2010;**18**(3):691-703.
225. Giraudeau B, Caille A, Le Gouge A, Ravaud P. Participant informed consent in cluster randomized trials: Review. *Plos One* 2012;**7**(7):e40436.
226. Cheatle MD, Savage SR. Informed consent in opioid therapy: A potential obligation and opportunity. *Journal of Pain and Symptom Management* 2012;**44**(1):105-16.
227. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, et al., Editores. *Through the patients eyes: Understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco: Jossey-Bass; 1993.
228. Marcum JA. Evolving models of medical knowledge and practice. *J Med Pers* 2012;**10**:15-20.
229. Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas dos profissionais de saúde – contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010;**15**(1):255-68.
230. Casate JC, Correa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Ver Latino-am Enfermagem* 2005;**13**(1):105-11.

231. Marcolinino JAM, Vieira JE, Piccinini Filho L, Mathias LAST. Tutoria com médicos residentes em anestesiologia: o programa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Ver Bras Anesthesiol* 2004;**54**(3):438-47.
232. Pasquali L. Escalas psicométricas. In: Pasquali L, Organizador. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 116-35.
233. Little TD, Cunningham WA, Shahar G, Widaman KF. To parcel or not to parcel: Exploring the question and weighing the merits. *Structural Equation Modeling* 2002;**9**:151-73.
234. Laros JA. O uso da análise fatorial: Algumas diretrizes para pesquisadores. In: Pasquali L, Organizador. *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília, DF: LabPAM; 2005. p. 163-84.
235. Cohen J. A power prime. *Psychological Bulletin* 1992;**112**(1):155-159.
236. Doherty EM, Cronin PA, Offiah G. Emotional intelligence assessment in a graduate entry medical school curriculum. *BMC Med Educ* 2013;**13**:38.
237. Nunes P, Williams S, Sa B, Stevenson K. A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *Int J Med Educ* 2011;**2**:12-7.
238. Dehning S, Girma E, Gasperi S, Meyer S, Tesfaye M, Siebeck S. Comparative cross-sectional study of empathy among first year and final year medical students in Jimma University, Ethiopia: Steady state of the heart and opening of the eyes. *BMC Med Educ* 2012;**12**:34.
239. Trivers RL. Parental investment and sexual selection. In: Campbell B, Editor. *Sexual selection and the descent of man*. Aldine, Chicago; 1972. p. 136-799.
240. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *Journal of General Internal Medicine* 2007;**22**(10):1434-8.
241. Batista NA, Silva SHS. *O professor de medicina*. São Paulo: Edições Loyola; 1998.
242. Smith RC, Lyles JS, Mettier JA, et al. A strategy for improving patient satisfaction by the intensive training of residents in psychosocial medicine: a controlled, randomized study. *Acad Med* 1995;**70**(8):729-32.

243. Alder J, Christen R, Zemp E, Bitzer J. Communication skills training in obstetrics and gynecology: whom should we train? A randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obst* 2007;**276**(6):605-12.
244. Decety J, Yang C, Chen Y. Physicians down-regulate their pain empathy response: An event-related brain potential study. *Neuroimage* 2010;**50**(4):1676-82.
245. Riess H, Kelley JM, Bailey RW, Emily J, Dunn BA, Phillips M. Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *J Gen Intern Med* 2012;**27**(10):1280-6.
246. Zewdie B, Tsion A, Mirkuzie W, Sudhakar M. Predictors of perceived empathy among patients visiting primary health-care centers in central Ethiopia. *International Journal for Quality in Health Care* 2012, **24**(2):161-8.
247. Schattner A. Who cares for empathy? *QJMed: An International Journal of Medicine* 2012;**105**(3):287-90.
248. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001;**322**:468-72.
249. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;**136**(5):358-67.
250. Branch WT Jr, Frankel R, Gracey CF, Haidet PM, Weissmann PF, Canteley P, et al. A good clinician and a caring person: longitudinal faculty development and the enhancement of the human dimensions of care. *Acad Med* 2009;**84**(1):117-25.
251. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. *J Gen Intern Med* 2006;**21**(5):540-30.
252. Moyer CA, Arnold A, Quaitance J, Braddock C, Spickard A 3^o, Wilson D, et al. What factors create a humanistic doctor? A nationwide survey of fourth-year medical students. *Acad Med* 2010;**85**(11):1800-7.
253. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Aten Primaria* 2006;**38**(4):225-9.

254. Monasterio F. *Planteamiento del humanismo médico*. In: Humanismo y Medicina II Encuentro Cultural de la Sociedad Española de Médicos Escritores. Murcia, Spain: Previsión Sanitaria Nacional & Colegio Oficial de Médicos; 1982.

APÊNDICES

Apêndice A
UNIVERSIDADE DO PORTO
Faculdade de Medicina

Al. Prof. Hernâni Monteiro / 4200-319 – Porto - Portugal

Tel: 225 513 600 / Fax: 225 513 601

Prezado (a),

Estamos realizando uma pesquisa em Maceió com o propósito de entender o consentimento livre e esclarecido e a humanização na consulta médica. Para efetivação do estudo, gostaríamos de contar com sua colaboração respondendo este questionário.

Para que você possa respondê-lo com a máxima sinceridade e liberdade, queremos lhe garantir o caráter anônimo e confidencial de todas as suas respostas. Contudo, antes de prosseguir, de acordo com o dispositivo nas resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, faz-se necessário documentar seu consentimento.

Por fim, nos colocamos a sua inteira disposição no endereço acima para esclarecer qualquer dúvida que necessite.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Assinando este termo, estou concordando em participar do estudo acima mencionado, sob a coordenação do Prof. Dr. Rui Nunes, do Programa de Pós-Graduação em Bioética e Ética Médica da Universidade do Porto.

Maceió, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

QUESTIONÁRIO

1. Qual a finalidade do Consentimento Livre e Esclarecido? Por favor, seja o mais detalhista possível, comentando os usos deste procedimento na atuação médica.

2. Qual a importância do Consentimento Livre e Esclarecido para você?

3. Para você é necessário ou não o processo de humanização? Por favor, explique sua resposta.

4. Pense em como o Consentimento Livre e Esclarecido é entendido pela comunidade médica. Você acha que os(as) Médicos(as) compreendem como o Consentimento Livre e Esclarecido? Explique sua resposta.

5. Em sua opinião o que poderia ser feito para o processo de humanização?

6. O Consentimento Livre e Esclarecido pode gerar conflitos entre os direitos do paciente e os deveres do médico? Justifique sua resposta.

7. Para obter um perfil dos participantes deste estudo, pedimos-lhes que responda às seguintes perguntas:

7.1 Idade: _____anos

7.2 Sexo: Masculino ()

 Feminino ()

7.3 Em que período do curso você se encontra hoje?_____

7.4 Você já faz atividades de residência médica? Sim () Não ()

Obrigado por sua participação.

Apêndice B

Palavras associadas a Classe 1

A9 pesquis+ : pesquisa(80), pesquisada(1), pesquisado(8), pesquisas(10);
A8 garant+ : garante(10), garantia(1), garantir(20);
A7 autoriz+ : autoriza(2), autorizacao(9), autorize(1), autorizou(1);
A7 pesquisador+ : pesquisador(18), pesquisadora(1), pesquisadores(3);
A6 direito+ : direito(5), direitos(20);
A6 document+ : documentado(1), documentar(1), documento(17);
A6 etic+ : etica(11), eticas(1), etico(7);
A6 inform+ : informa(2), informacao(4), informada(1), informado(4), informando(2),
informar(5);
A5 ao : ao(44);
A5 detalh+ : detalhada(2), detalhar(1), detalhes(2);
A5 esclarec+ : esclarece(1), esclarecer(13);
A5 explic+ : explica(1), explicacao(2), explicado(2), explicam(2), explicar(2);
A5 instrumento : instrumento(8);
A5 integridade : integridade(5);
A5 procedimento+ : procedimento(11), procedimentos(11);
A5 protecao : protecao(13);
A5 responsabilidade+ : responsabilidade(4), responsabilidades(2);
A5 sab+ : sabe(5), sabem(1), saber(5);
A5 seguranca : seguranca(9);
A5 sigilo : sigilo(5);
A5 term+ : termino(1), termo(17);
A5 utiliz+ : utiliza(1), utilizacao(1), utilizada(1), utilizado(3), utilizam(1), utilizar(2);
A4 assegur+ : assegura(1), assegurar(5);
A4 confer+ : confere(3), conferir(1);
A4 dado+ : dados(6);
A4 dar+ : dar(7);
A4 devida+ : devida(1), devidamente(4), devidas(1);
A4 do : do(81);
A4 envolvid+ : envolvidas(4), envolvido(1);
A4 esclarecimento+ : esclarecimento(6), esclarecimentos(1);
A4 etapa+ : etapa(2), etapas(2);
A4 finalidade+ : finalidade(11), finalidades(1);
A4 o-que-se : o-que-se(4);
A4 preserv+ : preserva(1), preservacao(1), preservar(1);
A4 serv+ : serve(7);
A4 solicit+ : solicitado(1), solicitamos(1), solicitar(1);
A4 voluntar+ : voluntaria(2), voluntario(1), voluntarios(2);
A3 entrevist+ : entrevista(1), entrevistada(1);
A3 escrito : escrito(2);
A3 trat+ : trata(9), tratado(1);
A2 cientif+ : cientifica(2), cientificas(2), cientifico(1), cientificos(1);
A2 encontr+ : encontra(2), encontramos(1), encontrar(1);
A2 estud+ : estudantes(1), estudo(15);
A2 futura+ : futura(1), futuras(2);
A2 mor+ : morais(1), moral(2);

A2 objetivo+ : objetivo(2), objetivos(6);
A2 os : os(53);
A2 paciente+ : paciente(57), pacientes(8);
A2 projeto+ : projeto(2), projetos(1).

Palavras associadas a Classe 2

B9 benefic+ : beneficencia(1), beneficio(2), beneficios(24);
B9 livre+ : livre(20), livremente(1);
B9 risco+ : riscos(22);
B9 vontade : vontade(14);
B8 concord+ : concorda(4), concordado(1), concordando(1), concorde(2), concordo(1), concordou(1);
B8 particip+ : participa(1), participacao(11), participando(3), participante(16), participantes(3), participar(16);
B7 cient+ : ciente(8), cientes(1), cientista(1);
B7 escolh+ : escolha(5), escolhas(1);
B7 mesma : mesma(9);
B7 sujeit+ : sujeita(1), sujeitando(1), sujeito(19);
B6 aceit+ : aceita(3), aceitacao(1), aceitar(1), aceitas(1), aceitou(2);
B6 conhecimento+ : conhecimento(10), conhecimentos(1);
B6 da : da(62);
B6 desej+ : deseja(1), desejar(2), desejo(1);
B6 esclarecido+ : esclarecido(6), esclarecidos(1);
B6 linguagem : linguagem(4);
B6 possiveis : possiveis(9);
B5 assin+ : assina(1), assinado(2), assinar(1), assinara(1), assine(1);
B5 decid+ : decidir(4);
B5 dev+ : deve(12), devem(1), devemos(1);
B5 espontanea : espontanea(4);
B5 fato+ : fato(3), fatos(2);
B5 individu+ : individual(2), individuo(9);
B5 permit+ : permita(1), permite(3), permitem(2), permitir(1);
B5 prov+ : prova(2), provado(1), provar(2), prover(1);
B5 realiz+ : realizacao(8), realizada(2), realizem(1);
B5 submetido+ : submetido(5);
B5 tenh+ : tenha(6), tenham(1), tenhamos(2), tenho(1);
B4 acess+ : acessivel(4), acesso(1);
B4 ambas : ambas(2);
B4 autonomia : autonomia(8);
B4 deix+ : deixando(2), deixar(3);
B4 fundament+ : fundamental(7);
B4 informacoes : informacoes(6);
B4 ira+ : ira(2), irao(1);
B4 realizados : realizados(3);
B4 responder : responder(2);
B4 sujeitos : sujeitos(3);
B3 comprov+ : comprova(1), comprove(1);
B3 dest+ : desta(2), deste(2), destes(1);
B3 estej+ : esteja(1), estejam(1);

B3 forc+ : forçado(2);
B3 ocorr+ : ocorrências(1), ocorrer(3);
B3 prejuizo+ : prejuízo(1), prejuízos(1);
B3 usado : usado(2);
B2 acontec+ : acontecer(1);
B2 atu+ : atuação(3);
B2 clin+ : clínica(2), clínico(1), clínicos(1);
B2 entendido+ : entendidos(1);
B2 feit+ : feito(4);
B2 fornec+ : fornecer(1);
B2 mesmos : mesmos(1);
B2 recus+ : recusar(1).

Palavras associadas a Classe 3

C8 humaniz+ : humanização(45), humanizada(4), humanizado(3), humanizar(1);
C6 processo+ : processo(34), processos(8);
C5 ach+ : acham(2), achando(2), achar(1), acho(26);
C5 acredit+ : acreditam(1), acredito(23);
C5 compreend+ : compreendam(2), compreende(3), compreendem(13), compreender(3);
C5 educ+ : educação(14), educar(3);
C5 human+ : humana(4), humanas(5), humanismo(1), humanista(2), humano(20);
C5 melhor+ : melhora(4), melhorando(1), melhorar(8), melhores(7), melhoria(5);
C5 profissio+ : profissionais(20), profissional(11);
C5 relacao_medico_paci : relacao_medico_paciente(19), relacao_medico_paciente_(1);
C5 saude : saúde(27);
C5 trabalh+ : trabalha(1), trabalham(2), trabalhando(2), trabalhar(6), trabalho(17);
C4 capacit+ : capacitação(4), capacitado(1), capacitam(1), capacitar(3);
C4 conflito+ : conflito(5), conflitos(10);
C4 form+ : forma(21), formação(19), formada(4), formal(1), formas(1);
C4 ger+ : gera(2), geração(1), gerada(1), geral(2), gerar(6), gerente(1);
C4 maior+ : maior(15), maiores(1), maioria(13);
C4 medic+ : médica(25), médicas(3), medicina(9), médico(52);
C4 mudanca+ : mudança(6), mudanças(4);
C4 necessar+ : necessária(5), necessário(27);
C4 opini+ : opinião(9), opiniões(1);
C4 pod+ : pode(15), podem(9), poderemos(1);
C4 processo_de_humaniz : processo_de_humanização(17);
C4 relac+ : relação(20), relações(5);
C4 sociedade : sociedade(10);
C4 soci+ : sociais(3), social(8);
C4 tratamento+ : tratamento(15), tratamentos(1);
C4 uma : uma(66);
C3 atendimento+ : atendimento(11);
C3 confi+ : confia(1), confiante(2), confiantes(1), confiáveis(2), confiam(1);
C3 lev+ : leva(4), levam(1), levando(5);
C3 ness+ : nessa(2), nesse(4), nesses(1);
C3 pela : pela(7);
C3 precis+ : precisa(8), precisam(2), precisamos(4), preciso(4);
C3 sej+ : seja(23), sejam(2);

C2 acab+ : acaba(1), acabam(4), acabar(1);
C2 assunto+ : assunto(7), assuntos(3);
C2 atencao : atencao(7);
C2 atend+ : atende(1), atendem(1), atender(3);
C2 basicos : basicos(5);
C2 boa+ : boa(8), boas(1);
C2 caus+ : causa(3), causar(1), causas(1);
C2 coisa+ : coisa(3), coisas(6);
C2 consulta+ : consulta(3), consultas(2);
C2 creio : creio(6);
C2 cuid+ : cuida(1), cuidado(4), cuidamos(1), cuidar(1);
C2 cultur+ : cultura(1), culturais(3), cultural(2);
C2 curso+ : curso(2), cursos(3);
C2 desconhecem : desconhecem(5);
C2 dever+ : deverao(1), deveres(1), deveria(6), deveriam(3);
C2 diagnostic+ : diagnostica(1), diagnostico(4);
C2 doenca : doenca(6);
C2 ensin+ : ensinar(1), ensino(4);
C2 envolvidos : envolvidos(5);
C2 humanos : humanos(6);
C2 lugar : lugar(6);
C2 medicos : medicos(40);
C2 olh+ : olhado(1), olhar(3), olhe(1);
C2 personalidade+ : personalidade(4), personalidades(1);
C2 qualidade+ : qualidade(5), qualidades(1);
C2 resposta+ : resposta(2), respostas(3);
C2 situac+ : situacao(3), situacoes(7);
C2 terapeut+ : terapeutico(3), terapeuticos(2);
C2 valoriz+ : valorizacao(2), valorizada(1), valorizado(1), valorizam(2), valorizar(2).

Apêndice C

UNIVERSIDADE DO PORTO

Faculdade de Medicina

Al. Prof. Hernâni Monteiro / 4200-319 – Porto - Portugal

Tel: 225 513 600 / Fax: 225 513 601

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a),

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo entender a compreensão que estudantes de medicina têm sobre o atendimento humanizador e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Consideramos esse estudo importante para que seja garantido o bem-estar das pessoas. Para efetivação do estudo, gostaríamos de contar com sua colaboração respondendo este questionário.

Para que você possa respondê-lo com a máxima sinceridade e liberdade queremos garantir que a pesquisa segue os termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, assim a pesquisa deve ser livremente consentida, sendo garantido: a) o sigilo da privacidade do participante quanto aos dados de identificação e resultados obtidos; b) que as informações sobre o estudo serão fornecidas pelo pesquisador para que possa decidir livremente sobre a sua participação na pesquisa; c) as informações prestadas pelo participante durante a pesquisa não implicará em riscos ou benefícios a ele; d) a liberdade de recusar a participação ou retirar o consentimento, a qualquer momento.

Para que possamos levantar as informações necessárias para o desenvolvimento da pesquisa, pedimos a sua colaboração, manifestando sua aceitação em participar desse estudo. Assim, na expectativa de contar com a sua colaboração, agradecemos a sua atenção e colocamo-nos à sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas. Se julgar necessário, para maiores esclarecimentos, você pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, Prédio da Reitoria, Sala do C.O.C. Campus A. C. Simões - Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro do Martins - Maceió - AL, CEP: 57072-970; Fone e fax: (82) 3214-1041

Li e estou de acordo com as informações trazidas pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando, desta forma, a minha participação nesta pesquisa.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Assinando este termo, estou concordando em participar do estudo acima mencionado, sob a coordenação do Prof. Dr. Rui Nunes, do Programa de Pós-Graduação em Bioética e Ética Médica.

Maceió, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

INSTRUÇÕES. Por favor, leia atentamente a lista de valores descritos a seguir, considerando seu conteúdo. Utilizando a escala de resposta abaixo, escreva um número ao lado de cada valor para indicar em que medida o considera importante como um princípio que guia sua vida.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente não Importante	Não Importante	Pouco Importante	Mais ou menos Importante	Importante	Muito Importante	Extremamente Importante

01. ___ **SEXUALIDADE.** Ter relações sexuais; obter prazer sexual.
02. ___ **ÊXITO.** Obter o que se propõe; ser eficiente em tudo que faz.
03. ___ **APOIO SOCIAL.** Obter ajuda quando a necessite; sentir que não está só no mundo.
04. ___ **CONHECIMENTO.** Procurar notícias atualizadas sobre assuntos pouco conhecidos; tentar descobrir coisas novas sobre o mundo.
05. ___ **EMOÇÃO.** Desfrutar desafiando o perigo; buscar aventuras.
06. ___ **PODER.** Ter poder para influenciar os outros e controlar decisões; ser o chefe de uma equipe.
07. ___ **AFETIVIDADE.** Ter uma relação de afeto profunda e duradoura; ter alguém para compartilhar seus êxitos e fracassos.
08. ___ **RELIGIOSIDADE.** Crer em Deus como o salvador da humanidade; cumprir a vontade de Deus.
09. ___ **SAÚDE.** Preocupar-se com sua saúde antes mesmo de ficar doente; não estar física ou mentalmente enfermo.
10. ___ **PRAZER.** Desfrutar da vida; satisfazer todos os seus desejos.
11. ___ **PRESTÍGIO.** Saber que muita gente lhe conhece e admira; quando velho receber uma homenagem por suas contribuições.
12. ___ **OBEDIÊNCIA.** Cumprir seus deveres e obrigações do dia a dia; respeitar seus pais, os superiores e os mais velhos.
13. ___ **ESTABILIDADE PESSOAL.** Ter certeza de que amanhã terá tudo o que tem hoje; ter uma vida organizada e planejada.
14. ___ **CONVIVÊNCIA.** Conviver diariamente com os vizinhos; fazer parte de algum grupo, como: social, esportivo, entre outros.
15. ___ **BELEZA.** Ser capaz de apreciar o melhor da arte, música e literatura; ir a museus ou exposições onde possa ver coisas belas.
16. ___ **TRADIÇÃO.** Seguir as normas sociais do seu país; respeitar as tradições da sua sociedade.
17. ___ **SOBREVIVÊNCIA.** Ter água, comida e poder dormir bem todos os dias; viver em um lugar com abundância de alimentos.

18. MATURIDADE. Sentir que conseguiu alcançar seus objetivos na vida; desenvolver todas as suas capacidades.

INSTRUÇÕES. A seguir você encontrará algumas afirmações que descrevem **como os médicos pensam e agem na sua atuação**. Não existem repostas certas ou erradas, apenas estamos interessados em sua opinião. Pedimos que leia atentamente tais afirmações e indique suas repostas utilizando as escalas de sete pontos. Faça isso **circulando um número, o que vem primeiro a sua mente, de forma honesta e sincera**, na escala de resposta abaixo de cada afirmação.

(a) A seguir avalie os itens pensando em **como os médicos pensam e agem na sua atuação**. Utilize a escala de sete pontos que varia de “ruim” = 1 até “bom” = 7.

1. Acreditar que o TCLE serve para garantir os direitos do(a) paciente na pesquisa, parece:	Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom
2. Considerar que o TCLE serve para garantir os direitos do(a) paciente no procedimento (por exemplo, hospitalização) em que está inserido, é:	Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom
3. Acreditar que o TCLE serve para garantir a proteção do(a) médico(a), parece:	Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom
4. Crer que a humanização na relação médico-paciente depende de fatores de formação do(a) médico(a), parece:	Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom
5. Considerar que a humanização na relação médico-paciente depende de fatores de personalidade do(a) médico(a), parece:	Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom

(b) A seguir avalie os itens pensando em **como os médicos pensam e agem na sua atuação**. Utilize a escala de sete pontos que varia de “ruim” = 1 até “bom” = 7.

1. Quando os(as) médicos(as) se sentem protegidos(as) quanto aos procedimentos que realizam no atendimento, por ter obtido a assinatura do TCLE, é:	Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom
2. Quando os(as) médicos(as) atendem de forma humanizadora por terem uma característica pessoal – ser mais humano, é:	Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom
3. Quando os(as) médicos(as) adotam a conduta humanizadora na relação-médico(a) paciente por causa da formação que tiveram, parece:	Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom
4. Ter conhecimento sobre o uso do TCLE como instrumento apenas aplicado à pesquisa – dada a formação acadêmica, parece:									

Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom
5. Ter conhecimento sobre o uso do TCLE como instrumento aplicado aos procedimentos que o(a) paciente se submete, parece:								
Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom

(c) A seguir avalie os itens pensando em **como os médicos pensam e agem na sua atuação**. Utilize a escala de sete pontos que varia de “improvável” = 1 até “provável” = 7.

1. Se o(a) médico(a) tiver uma formação acadêmica voltada para o atendimento humanizador é que seja mais humano(a) na relação médico-paciente.								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
2. A personalidade do(a) médico(a) parece								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
que influencie numa relação médico-paciente mais humanizada.								
3. Se a formação médica não mudar é								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
um atendimento humanizado.								
4. Se a formação médica valorizar a bioética é								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
que o uso do TCLE seja adequado.								
5. Parece								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
que o TCLE seja utilizado para outro fim que não o da proteção médica ou da instituição (hospital).								

(d) A seguir avalie os itens pensando em **como os médicos pensam e agem na sua atuação**. Utilize a escala de sete pontos que varia de “improvável” = 1 até “provável” = 7.

1. É								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
que a maioria dos(as) médicos(as) utilize o TCLE para proteção de sua atuação e da instituição (hospital).								
2. Parece								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
que a maior parte dos(as) médicos(as), mais humanos(as), sejam assim por causa de sua personalidade.								

3. É								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
que a maioria dos(as) médicos(as) sejam mais humanos(as) no atendimento em função de sua formação acadêmica.								
4. Parece								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
que os(as) médicos(as) utilizem o TCLE para garantir os direitos dos(as) pacientes.								
5. É								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
que os(as) médicos(as) que não adotem uma conduta humanizadora se sintam culpados(as).								

(e) A seguir avalie os itens pensando em **você como estudante de medicina.** Utilize a escala de sete pontos que varia de “**improvável**” = 1 até “**provável**” = 7.

1. As pessoas importantes para mim (amigos e colegas da universidade) aprovam que são necessárias mudanças na formação médica para melhorar a relação médico-paciente.								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
2. As pessoas importantes para mim (amigos e colegas da universidade) aprovam que são necessárias mudanças na formação médica para melhorar a compreensão e uso do TCLE.								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
3. As pessoas importantes para mim (amigos e colegas da universidade) consideram o atendimento humanizado como sendo dependente de fatores de personalidade do(a) médico(a).								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
4. As pessoas importantes para mim (amigos e colegas da universidade) consideram o atendimento humanizado como sendo dependente de fatores de formação do(a) médico(a).								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
5. As pessoas importantes para mim (amigos e colegas da universidade) consideram o TCLE como aplicado à pesquisa.								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável

(f) A seguir avalie os itens pensando em **você como estudante de medicina.** Utilize a escala de sete pontos que varia de “**improvável**” = 1 até “**provável**” = 7.

1. Eu sigo a opinião das pessoas importantes para mim (amigos e colegas da universidade) que aprovam que são necessárias mudanças na formação médica para melhorar a relação médico-paciente.								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável

2. Eu sigo a opinião das pessoas importantes para mim (amigos e colegas da universidade) que aprovam que são necessárias mudanças na formação médica para melhorar a compreensão e uso do TCLE.								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
3. Eu sigo a opinião das pessoas importantes para mim (amigos e colegas da universidade) que consideram o atendimento humanizado como sendo dependente de fatores de personalidade do(a) médico(a).								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
4. Eu sigo a opinião das pessoas importantes para mim (amigos e colegas da universidade) que consideram o atendimento humanizado como sendo dependente de fatores de formação do(a) médico(a).								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
5. Eu sigo a opinião das pessoas importantes para mim (amigos e colegas da universidade) que consideram o TCLE como aplicado à pesquisa.								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável

(g) A seguir avalie os itens pensando em **como os médicos pensam e agem na sua atuação**. Utilize a escala de sete pontos que varia de “**improvável**” = 1 até “**provável**” = 7.

1. Para sua proteção e da instituição (hospital) é								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
que a maioria dos(as) médicos(as) utilize o TCLE como saída.								
2. A característica pessoal, a personalidade, parece								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
que seja o fator determinante da conduta humanizadora na relação médico-paciente.								
3. Sobre a formação acadêmica, parece								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
que seja o aspecto determinante de que os(as) médicos(as) sejam mais humanos(as) no atendimento.								
4. Para garantir os direitos dos pacientes, parece								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
que os(as) médicos(as) utilizem o TCLE como saída.								
5. O atendimento humanizador e o uso do TCLE para garanti-lo, parece								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
dependendo da situação, em que o médico esteja inserido.								

(h) A seguir avalie os itens pensando em **como os médicos pensam e agem na sua atuação**. Utilize a escala de sete pontos que varia de “ruim” = 1 até “bom” = 7.

1. Para sua proteção e da instituição (hospital) é								
Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom
que a maioria dos(as) médicos(as) utilize o TCLE como saída.								
2. A característica pessoal, a personalidade, é								
Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom
que seja o fator determinante da conduta humanizadora na relação médico-paciente.								
3. A formação acadêmica, é								
Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom
que seja o aspecto determinante na humanização do atendimento dos(as) médicos(as).								
4. Para garantir os direitos dos(as) pacientes, parece								
Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom
que os(as) médicos(as) utilizem o TCLE como saída.								
5. O atendimento humanizador e o uso do TCLE para garanti-lo, é								
Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom
dependendo da situação, em que o(a) médico(a) esteja inserido(a).								

(i) A seguir avalie os itens pensando em **como os médicos pensam e agem na sua atuação**. Utilize a escala de sete pontos que varia de “improvável” = 1 até “provável” = 7.

1. É								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
que para sua proteção e da instituição (hospital) a maioria dos(as) médicos(as) utilize o TCLE como saída.								
2. Parece								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
que a característica pessoal, a personalidade, seja o fator determinante da conduta humanizadora na relação médico-paciente.								
3. Parece								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
que a formação acadêmica seja o aspecto determinante de que os(as) médicos(as) sejam mais humanos no atendimento.								
4. Parece								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
que para garantir os direitos dos pacientes os médicos utilizem o TCLE como saída.								

5. É

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 **Provável**

que o atendimento humanizador e o uso do TCLE para garanti-lo, dependa da situação, em que o médico esteja inserido.

(j) A seguir avalie os itens pensando em **como os médicos pensam e agem na sua atuação**. Utilize a escala de sete pontos que varia de “improvável” = 1 até “provável” = 7.

1. Sempre que o(a) médico(a) fizer o uso do TCLE é

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 **Provável**

que seja para sua proteção e da instituição (hospital).

2. Sempre que o(a) médico(a) agir de forma humana na relação médico-paciente é

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 **Provável**

que seja por causa de sua personalidade.

3. Sempre que o(a) médico(a) agir de forma humana na relação médico-paciente é

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 **Provável**

que seja por causa de sua formação acadêmica.

4. Para conseguir garantir os direitos dos(as) pacientes é

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 **Provável**

que os(as) médicos(as) utilizem o TCLE como saída.

5. Sempre que os(as) médicos(as) conseguem humanizar seu atendimento é

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 **Provável**

que o façam por meio do uso do TCLE para garanti-lo.

FINALMENTE, PERMITA-NOS CONHECÊ-LO UM POUCO MAIS.

01. Você é: Homem Mulher

02. Por favor, indique sua idade: _____ anos

03. Estado Civil: Solteiro Casado Separado Outro

04. Onde você mora? Casa Condomínio de apartamentos Condomínio residencial

05. Sua moradia é: Própria Alugada Emprestada

06. Em que cidade você vive hoje? _____

07. Em comparação com as pessoas do seu país, você diria que sua família é da (circule):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Classe baixa			Classe média				Classe alta		

08. Em que ano você está no curso (anos – tempo de curso)?

09. Você já está cursando “Internato”? Sim Não

10. Como foi possível observar, este questionário tratou, sobretudo, de questões relacionadas à conduta humanizadora na relação médico-paciente e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estamos organizando um comitê para realizar atividades que sejam necessárias para promoção de conhecimento sobre estes temas. Neste sentido, precisamos contar com a participação voluntária das pessoas.

Se você é uma das interessadas, por favor, deixe seu e-mail para contato e um nome ou apelido de preferência que brevemente o(a) procuraremos; manteremos em sigilo os seus dados.

e-mail: _____

Nome/Apelido: _____

Apêndice D
UNIVERSIDADE DO PORTO
Faculdade de Medicina
Al. Prof. Hernâni Monteiro / 4200-319 – Porto - Portugal
Tel: 225 513 600 / Fax: 225 513 601

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO MÉDICO: UMA EXPLICAÇÃO PAUTADA EM VALORES HUMANOS E ATITUDES

Prezado(a),

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo entender a compreensão que profissionais da medicina tem sobre o atendimento humanizador e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Consideramos esse estudo importante para que seja garantido o bem-estar das pessoas. Para efetivação do estudo, gostaríamos de contar com sua colaboração respondendo este questionário.

Para que você possa respondê-lo com a máxima sinceridade e liberdade queremos garantir que a pesquisa segue os termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, assim a pesquisa deve ser livremente consentida, sendo garantido: a) o sigilo da privacidade do participante quanto aos dados de identificação e resultados obtidos; b) que as informações sobre o estudo serão fornecidas pelo pesquisador para que possa decidir livremente sobre a sua participação na pesquisa; c) as informações prestadas pelo participante durante a pesquisa não implicará em riscos ou benefícios a ele; d) a liberdade de recusar a participação ou retirar o consentimento, a qualquer momento.

Para que possamos levantar as informações necessárias para o desenvolvimento da pesquisa, pedimos a sua colaboração, manifestando sua aceitação em participar desse estudo. Assim, na expectativa de contar com a sua colaboração, agradecemos a sua atenção e colocamo-nos à sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas. Se julgar necessário, para maiores esclarecimentos, você pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, Prédio da Reitoria, Sala do C.O.C. Campus A. C. Simões - Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro do Martins - Maceió - AL, CEP: 57072-970; Fone e fax: (82) 3214-1041

Li e estou de acordo com as informações trazidas pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando, desta forma, a minha participação nesta pesquisa.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Assinando este termo, estou concordando em participar do estudo acima mencionado, sob a coordenação do Prof. Dr. Rui Nunes, do Programa de Pós-Graduação em Bioética e Ética Médica.

Maceió, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante



INSTRUÇÕES. Por favor, leia atentamente a lista de valores descritos a seguir, considerando seu conteúdo. Utilizando a escala de resposta abaixo, escreva um número ao lado de cada valor para indicar em que medida o considera importante como um princípio que guia sua vida.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente não Importante	Não Importante	Pouco Importante	Mais ou menos Importante	Importante	Muito Importante	Extremamente Importante

01. ___ **SEXUALIDADE.** Ter relações sexuais; obter prazer sexual.
02. ___ **ÊXITO.** Obter o que se propõe; ser eficiente em tudo que faz.
03. ___ **APOIO SOCIAL.** Obter ajuda quando a necessite; sentir que não está só no mundo.
04. ___ **CONHECIMENTO.** Procurar notícias atualizadas sobre assuntos pouco conhecidos; tentar descobrir coisas novas sobre o mundo.
05. ___ **EMOÇÃO.** Desfrutar desafiando o perigo; buscar aventuras.
06. ___ **PODER.** Ter poder para influenciar os outros e controlar decisões; ser o chefe de uma equipe.
07. ___ **AFETIVIDADE.** Ter uma relação de afeto profunda e duradoura; ter alguém para compartilhar seus êxitos e fracassos.
08. ___ **RELIGIOSIDADE.** Crer em Deus como o salvador da humanidade; cumprir a vontade de Deus.
09. ___ **SAÚDE.** Preocupar-se com sua saúde antes mesmo de ficar doente; não estar física ou mentalmente enfermo.
10. ___ **PRAZER.** Desfrutar da vida; satisfazer todos os seus desejos.
11. ___ **PRESTÍGIO.** Saber que muita gente lhe conhece e admira; quando velho receber uma homenagem por suas contribuições.
12. ___ **OBEDIÊNCIA.** Cumprir seus deveres e obrigações do dia a dia; respeitar seus pais, os superiores e os mais velhos.
13. ___ **ESTABILIDADE PESSOAL.** Ter certeza de que amanhã terá tudo o que tem hoje; ter uma vida organizada e planejada.
14. ___ **CONVIVÊNCIA.** Conviver diariamente com os vizinhos; fazer parte de algum grupo, como: social, esportivo, entre outros.
15. ___ **BELEZA.** Ser capaz de apreciar o melhor da arte, música e literatura; ir a museus ou exposições onde possa ver coisas belas.
16. ___ **TRADIÇÃO.** Seguir as normas sociais do seu país; respeitar as tradições da sua sociedade.
17. ___ **SOBREVIVÊNCIA.** Ter água, comida e poder dormir bem todos os dias; viver em um lugar com abundância de alimentos.

18. **MATURIDADE.** Sentir que conseguiu alcançar seus objetivos na vida; desenvolver todas as suas capacidades.

(a) A seguir avalie os itens pensando em **como os médicos pensam e agem na sua atuação**. Utilize a escala de sete pontos que varia de “ruim” = 1 até “bom” = 7.” Circule o número que melhor representa sua resposta.

1. Considerar que o TCLE serve para garantir os direitos do(a) paciente no procedimento (por exemplo, hospitalização) em que está inserido, é:								
Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom
2. Crer que a humanização na relação médico-paciente depende da personalidade do(a) médico(a), parece:								
Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom
3. Acreditar que o TCLE serve para garantir a proteção do(a) médico(a), parece:								
Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom
4. Crer que a humanização na relação médico-paciente depende de fatores de formação do(a) médico(a), parece:								
Ruim	1	2	3	4	5	6	7	Bom

(b) A seguir avalie os itens pensando em **você como profissional da medicina**. Utilize a escala de sete pontos que varia de “improvável” = 1 até “provável” = 7. Circule o número que melhor representa sua resposta.

1. As pessoas importantes para mim (amigos e colegas médicos) aprovam que são necessárias mudanças na formação médica para melhorar a relação médico-paciente.								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
2. As pessoas importantes para mim (amigos e colegas médicos) consideram o atendimento humanizado como sendo dependente da personalidade do(a) médico(a).								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
3. As pessoas importantes para mim (amigos e colegas médicos) aprovam que são necessárias mudanças na formação médica para melhorar a compreensão e uso do TCLE.								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
4. As pessoas importantes para mim (amigos e colegas médicos) acreditam que o TCLE serve para garantir a proteção do(a) médico(a).								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável

(c) A seguir avalie os itens pensando em **como os médicos pensam e agem na sua atuação**. Utilize a escala de sete pontos que varia de “improvável” = 1 até “provável” = 7. Circule o número que melhor representa sua resposta.

1. Para sua proteção e da instituição (hospital, clínica etc.) é								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
que a maioria dos(as) médicos(as) utilize o TCLE como saída.								
2. A conduta humanizadora na relação médico-paciente, parece								
Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
depende da formação dos(as) médicos(as).								
3. Para garantir os direitos dos pacientes, parece								

Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
------------	---	---	---	---	---	---	---	----------

que os(as) médicos(as) utilizem o TCLE como saída.

4. A característica pessoal, a personalidade, parece

Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
------------	---	---	---	---	---	---	---	----------

que seja o fator determinante da conduta humanizadora na relação médico-paciente.

A seguir avalie os itens pensando **na sua atuação**. Utilize a escala de sete pontos que varia de “**improvável**” = 1 até “**provável**” = 7. Circule o número que melhor representa sua resposta.

1. Eu pretendo utilizar o TCLE para garantir os direitos do(a) paciente no procedimento (por exemplo, hospitalização) em que está inserido.

Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
------------	---	---	---	---	---	---	---	----------

2. Em função de minha personalidade, buscarei ser mais humanizador(a) na relação médico-paciente.

Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
------------	---	---	---	---	---	---	---	----------

3. Tentarei evitar o uso do TCLE como mecanismo de proteção para minha atuação e da instituição (hospital, clínica etc.).

Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
------------	---	---	---	---	---	---	---	----------

4. Buscarei colocar em prática o que aprendi na minha formação sobre a humanização na relação médico-paciente.

Improvável	1	2	3	4	5	6	7	Provável
------------	---	---	---	---	---	---	---	----------

FINALMENTE, PERMITA-NOS CONHECÊ-LO UM POUCO MAIS.

01. Você é: Homem Mulher

02. Por favor, indique sua idade: _____ anos

03. Em comparação com as pessoas do seu país, você diria que sua família é da (circule):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Classe baixa			Classe média				Classe alta		

04. Como foi possível observar, este questionário tratou, sobretudo, de questões relacionadas à conduta humanizadora na relação médico-paciente e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estamos organizando um comitê para realizar atividades que sejam necessárias para promoção de conhecimento sobre estes temas. Neste sentido, precisamos contar com a participação voluntária das pessoas.

Se você é uma das interessadas, por favor, deixe seu e-mail para contato e um nome ou apelido de preferência que brevemente o(a) procuraremos; manteremos em sigilo os seus dados.

e-mail: _____

Nome/Apelido: _____