



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

**Validação para a População Portuguesa do  
Instrumento C<sup>3</sup> e da Escala PPOS e Caracterização do  
Currículo Oculto da FCS-UBI em relação ao Cuidado  
Centrado no Paciente**

**Leonor do Rosário Carneiro Leão**  
Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor Luís Taborda Barata  
Co-Orientador: Prof. Doutor Joaquim da Silva Viana

Covilhã, Maio de 2012

*“The most common criticism made at present by older practitioners is that young graduates have been taught a great deal about the mechanism of disease, but very little about the practice of medicine—or, to put it more bluntly, they are too “scientific” and do not know how to take care of patients.”*<sup>1</sup>

- Francis W. Peabody, 1927

*“A Hidden Curriculum is not something one just finds; one must go hunting for it.”*<sup>2</sup>

- Jane R. Martin, 1994

## Agradecimentos

Esta dissertação não teria sido escrita sem a ajuda dos pacientes que acompanhei, que me privilegiaram com a sua confiança e com a partilha das suas histórias de vida e assim me ensinaram, entre muitas outras coisas, a importância de os ouvir. A medicina nasceu para cuidar de pessoas!

Muitas foram as pessoas que, directa ou indirectamente, me ajudaram com as suas ideias, tempo e apoio: a minha mãe e irmãs, os meus colegas de curso, os “meninos” do MedUBI e os meus amigos; devo, ainda assim, reservar um agradecimento especial para algumas pessoas.

Quebrando o protocolo, em primeiro lugar, à Marta Duarte. Sem esperar nada em troca, depositou a sua fé no meu trabalho, deu-me o seu apoio incondicional e despendeu tempo a ouvir os meus pensamentos e as minhas lamentações e a dar-me inúmeras sugestões. A sua ajuda foi essencial para a prossecução desta tese e, arrisco-me a dizer, do meu curso. O seu exemplo de disponibilidade permanente e simpatia ajudaram a fazer de mim uma médica e uma pessoa melhor.

Igualmente merecedor de destaque é o apoio do meu orientador, Professor Doutor Luís Taborda Barata, o *meu-mentor-sem-saber-que-o-era*, que foi sempre capaz de encontrar um bocadinho na sua ocupada agenda para me ajudar a lidar com as minhas eternas dúvidas e inquietações; e do meu co-orientador, Professor Doutor Joaquim da Silva Viana, pela permanente disponibilidade e pela sua perspectiva sempre fresca do meu trabalho.

A ajuda, ao nível da estatística, prestada pelo Doutor Miguel Freitas e do Doutor Jorge Gama, deve também ser relevada. O seu apoio permitiu que esta tese tivesse resultados para apresentar!

Pelo seu constante incentivo, carinho e boa-disposição, agradeço também à Professora Doutora Assunção Vaz-Patto.

Não posso deixar de dar uma palavra de agradecimento a todos os colegas que gentilmente preencheram os questionários. Também sem eles este trabalho não seria possível.

Por fim, ao Miguel que, durante estes seis anos de curso, foi sempre o meu porto de abrigo nos momentos de tempestade.

## Resumo

**Introdução:** O cuidado centrado no paciente tem vindo a ser proposto como um método clínico com contribuição fundamental para a qualidade dos serviços de saúde. Assim, ao longo do tempo, tem-se vindo a constatar a importância de transmitir aos estudantes de medicina conceitos relacionados com este tipo de cuidado no seu relacionamento com os doentes. No entanto, vários estudos demonstram um declínio nos comportamentos e atitudes centradas no paciente em estudantes de medicina ao longo do seu percurso académico. Por trás destes achados poderá estar a influência negativa do currículo oculto. Conhecer e reflectir sobre o currículo oculto de uma escola médica é o primeiro passo no caminho para o modificar e/ou minimizar os seus potenciais efeitos negativos na formação médica. Assim, em 2005, foi desenvolvido e validado em língua inglesa o Instrumento C<sup>3</sup>, um questionário que pretende caracterizar o currículo oculto de uma escola médica no que diz respeito ao cuidado centrado no paciente; sempre que se aplicou este questionário, foram também avaliadas as atitudes dos estudantes face à relação médico-paciente, através da escala PPOS.

**Objectivos:** validar e adaptar para a população portuguesa o Instrumento C<sup>3</sup> e a escala PPOS; caracterizar o Currículo Oculto da FCS-UBI no domínio dos cuidados centrados no paciente.

**Material e métodos:** após autorização dos autores de ambos os questionários para os validar e aplicar, foi efectuado um rigoroso processo de tradução, retroversão e pré-teste das duas escalas em estudo. Os questionários foram aplicados aos alunos do 5º e 6º ano do MIM da FCS-UBI. Foram também recolhidos alguns dados demográficos, com intuito de melhor caracterizar a população estudada. As respostas foram analisadas estatisticamente, aplicando conceitos de análise de validade e fiabilidade (AFE e coeficiente alfa de Cronbach), descritiva e inferencial (MANCOVA).

**Resultados:** O instrumento C<sup>3</sup> e a escala PPOS foram aplicados a 145 alunos, conseguindo-se uma taxa de resposta de 94%. O Instrumento C<sup>3</sup> em língua portuguesa apresentou uma boa consistência interna em todas as dimensões estudadas. O mesmo não se verificou no caso da escala PPOS, tendo sido identificados problemas ao nível da validade, com a AFE a identificar 6 dimensões na escala; e ao nível da fiabilidade, com estas dimensões, bem como as descritas pelos autores da versão original, a apresentarem baixas consistências internas.

**Conclusão:** Relativamente à escala PPOS, recomenda-se que apenas se considerem os resultados obtidos na totalidade da escala e não aqueles obtidos nas duas dimensões originalmente descritas ou nas descritas neste estudo. A versão em Língua Portuguesa do Instrumento C<sup>3</sup> provou ser um ferramenta válida e fiável para caracterizar o currículo oculto de uma escola médica no domínio do cuidado centrado no paciente. Na FCS-UBI, o currículo oculto parece ser comparável ao de outros países nas três áreas avaliadas pelo Instrumento C<sup>3</sup>, apesar de uma análise mais detalhada evidenciar alguns pontos em que a instituição de ensino deverá desenvolver estratégias que procurem modificá-lo ou minimizar os seus efeitos negativos sobre o desenvolvimento humano e profissional dos seus estudantes.

## **Palavras-chave**

Educação médica; currículo oculto; Instrumento C<sup>3</sup>; Escala PPOS; cuidado centrado no paciente.

## **Abstract**

**Introduction:** Patient-centred care has been proposed as a fundamental clinical method contributing towards the quality of healthcare. In this context, the importance of conveying concepts related to this type of care to medical students in their relationship with patients has been acknowledged. However, several studies have shown a decline in patient-centred behaviours and attitudes in medical students, throughout their academic pathway. The negative influence of a hidden curriculum may underlie these results. To get to know and reflect upon the hidden curriculum of a medical school is the first step in the path towards modifying it and/or minimizing its potential negative effects upon medical training. Thus, in 2005, the C<sup>3</sup> tool was developed and validated in the English language. C<sup>3</sup> is a questionnaire which aims to characterize the hidden curriculum of a medical school as far as patient-centred care is concerned. Whenever this questionnaire was applied, student attitudes in terms of doctor-patient relationship were also analysed using the PPOS scale.

**Objectives:** to validate and adapt the C<sup>3</sup> tool and the PPOS scale to the Portuguese population and to characterize the hidden curriculum in FCS-UBI in what concerns patient-centred care.

**Material and methods:** Upon obtaining authorisation from the authors of both questionnaires to validate and apply them, a rigorous process of translation, back-translation and pre-testing of both scales under study was carried out. Questionnaires were applied to year 5 and year 6 students of the FCS-UBI medical course. Some demographic data was also taken, in order to better characterize the population under study. Responses were analysed statistically, by applying concepts of validity and reliability tests (AFE and Cronbach's alpha coefficient), as well as descriptive and inferential tests (MANCOVA).

**Results:** The C<sup>3</sup> Instrument and PPOS were completed for 145 students, with a response rate of 94%. C<sup>3</sup> Instrument revealed a good internal consistency in all the studied dimensions. The same was not true for PPOS - we found validity issues, with the factorial exploratory analysis identifying 6 dimensions in the scale; the majority of these dimensions as well as the two previously described by the authors of the scale presented poor internal consistencies.

**Conclusion:** we believe that the PPOS's original dimensions and the ones found in this study should not be used to evaluate Portuguese medical students' attitudes towards patient-centred care. The Portuguese version of C<sup>3</sup> Instrument proved to be a valid and reliable tool to characterize the patient-centredness of hidden curricula in medical schools. The results at FCS-UBI seem to be comparable to the ones found in USA medical schools; after a more detailed analysis, we found some points where some intervention is needed to modify it or to decrease its negative impact upon human and professional development of medical students.

## **Keywords**

Medical education; hidden curriculum; C<sup>3</sup> Instrument; PPOS; patient-centred care

# Índice

Agradecimentos .....	III
Resumo .....	IV
Palavras-chave .....	V
Abstract.....	VI
Keywords .....	VII
Índice .....	VIII
Lista de Tabelas.....	X
Lista de Acrónimos.....	XI
1 Introdução .....	1
2 Material e Métodos .....	4
2.1 Desenho do estudo .....	4
2.2 Instrumento C <sup>3</sup> .....	4
2.2.1 Caracterização da população .....	5
2.3 Processo de validação e adaptação cultural.....	6
2.3.1 Tradução inicial.....	6
2.3.2 Avaliação da tradução inicial.....	6
2.3.3 Avaliação da equivalência cultural (pré-teste) .....	6
2.4 População em estudo .....	7
2.5 Análise Estatística .....	7
2.5.1 Validade e Fiabilidade .....	8
2.5.2 Análise Inferencial e Descritiva .....	8
3 Resultados.....	10
3.1 Adesão ao questionário e caracterização da população .....	10
3.2 Análise de Validade e Fiabilidade .....	11
3.2.1 Escala PPOS.....	11
3.2.2 Instrumento C <sup>3</sup> .....	12
3.2.3 Instrumento C <sup>3</sup> .....	13
3.3 Pontuação.....	13
3.3.1 Pontuação total.....	13
3.3.2 Comparação Internacional .....	14
4 Discussão .....	15
4.1 Limitações e Perspectivas futuras.....	20
5 Conclusão .....	22
6 Bibliografia.....	24
7 Anexos .....	29
Anexo I: Escala de Orientação Médico-Paciente ©.....	29



Anexo II: Instrumento C <sup>3</sup> .....	30
Área de Conteúdo 1 - Modelos de Comportamento: .....	30
Área de Conteúdo 2 - Experiências do Estudante: .....	31
Área de Conteúdo 3 - Suporte aos comportamentos centrados no paciente” .....	32
Anexo III - Análise Factorial Exploratória: Instrumento C <sup>3</sup> .....	33
Anexo IV - Análise Factorial Exploratória: Escala PPOS .....	34
Anexo V - Estatística Descritiva dos itens individuais do Instrumento C <sup>3</sup> .....	35
Anexo VI - Sugestões de estratégias para contrariar os efeitos negativos do currículo oculto no domínio do cuidado centrado no paciente: .....	38

## **Lista de Tabelas**

Tabela I - Características da população .....	10
Tabela II - Comparação dos coeficientes alfa de Cronbach obtidos com os relatados durante o desenvolvimento e validação original do Instrumento C <sup>3</sup> .....	13
Tabela III - Pontuação obtida em cada área e em cada dimensão do Instrumento C <sup>3</sup> .....	14
Tabela IV - Comparação dos scores obtidos em cada área do Instrumento C <sup>3</sup> ; FCS-UBI vs. nove escolas médicas americanas vs. escola médica saudita .....	14

## **Lista de Acrónimos**

AFE	Análise Factorial Exploratória
ANEM	Associação Nacional de Estudantes de Medicina
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
MedUBI	Núcleo de Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior
MIM	Mestrado Integrado em Medicina
PPOS	Patient-practitioner orientation scale
UBI	Universidade da Beira Interior

# 1 Introdução

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010 podia ler-se que *“Um foco de descontentamento e das reclamações apresentadas pelas populações atendidas nos serviços de saúde é a desumanização que a prestação de cuidados de saúde sofre, devido a inúmeros factores intrínsecos ao trabalho desenvolvido.”*<sup>3</sup>

Uma das metodologias propostas para humanizar os cuidados de saúde é a aplicação do cuidado centrado no paciente, referido por alguns autores como um novo método clínico.<sup>4,5</sup> Existem várias definições deste tipo de cuidado mas, essencialmente, este método reconhece o paciente como uma pessoa com necessidades particulares e uma história de vida única,<sup>6</sup> requerendo que os dois intervenientes na relação médico-doente definam as suas visões da doença e as alinhem em direcção a um objectivo terapêutico comum.<sup>7</sup>

Assim, o cuidado centrado no paciente é composto por seis dimensões: respeito pelos valores, preferências e necessidades expressas pelo paciente; coordenação e integração dos cuidados de saúde; informação, comunicação e educação; conforto físico; suporte emocional - aliviar o medo e a ansiedade; envolvimento da família e amigos.<sup>8</sup>

Considerando-o um novo método clínico, os seus defensores procuraram estudar as suas potenciais vantagens em relação ao modelo biomédico tradicional, constando uma superioridade do cuidado centrado no paciente a vários níveis.<sup>9-15</sup> Assim, a sua aplicação aumenta a satisfação do paciente<sup>16-19</sup> e do médico,<sup>20</sup> aumenta a adesão ao tratamento<sup>18,19,21</sup> e melhora resposta à terapêutica,<sup>22-25</sup> reduz o número de processos judiciais por erro médico<sup>26</sup> e aumenta a eficiência dos serviços de saúde, já que diminui o recurso a exames complementares de diagnóstico e à referência para outras especialidades - traduzindo-se na diminuição dos custos para o sistema de saúde e para o paciente.<sup>16,27</sup>

Atendendo a estas vantagens, tem sido amplamente reconhecida a necessidade de aplicar o cuidado centrado no paciente à prática clínica<sup>28</sup> e de incorporar nos currículos formais das escolas médicas competências relacionadas com ele, através do ensino de *skills* de comunicação, valores profissionais e atitudes e comportamentos humanistas.<sup>29-37</sup>

Apesar destes esforços, são vários os estudos que demonstram que, durante a formação académica, os estudantes de medicina sofrem um processo de “erosão ética”<sup>38,39</sup> e um declínio nas atitudes e comportamentos centrados no paciente.<sup>40-42</sup> Alguns autores sugerem que este “fracasso” se deva à poderosa influência do ambiente educativo e, em particular, do currículo oculto.

Mas o que é o currículo oculto? Este conceito, proveniente das ciências educativas e trazido para a educação médica em 1994 por Hafferty no artigo de referência *“The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education”*,<sup>43</sup> faz parte de uma visão abrangente do termo currículo, que considera que este é composto por todas as

experiências de aprendizagem planeadas e não planeadas que ocorrem durante a formação em determinada instituição de ensino. Assim, o currículo é dividido em três componentes: o currículo formal, que designa o plano de ensino-aprendizagem nos seus objectivos, conteúdos e actividades expressamente definidos para promover aprendizagens explícitas;<sup>44</sup> o currículo informal, composto pela instrução oportunista, idiossincrática e muitas vezes não planeada, que tende a acontecer com mais frequência (mas não só) no meio clínico, e que ocorre entre qualquer pessoa que esteja a ensinar (estagiários, estudantes mais avançados, internos, médicos, enfermeiros, etc) e o estudante;<sup>45</sup> e, finalmente, o currículo oculto, que compreende as mensagens subliminares das componentes anteriores - estas mensagens podem ser transmitidas quer pelos comportamentos humanos, quer pelas estruturas e práticas da instituição de ensino<sup>45</sup> e têm um conteúdo heurístico, isto é, a exposição a estas situações ensina algo sobre a medicina e a profissão médica.<sup>46</sup>

Em educação médica torna-se por vezes difícil fazer uma absoluta distinção entre aquilo que constitui currículo oculto e aquilo que constitui currículo informal, pelo que alguns autores optam por incluir as características do currículo informal no termo currículo oculto.<sup>45,47,48</sup>

Sendo uma vasta rede de valores sociais, regras, assumpções e expectativas implícitas, e atendendo ao seu carácter omnipresente, o currículo oculto exerce uma poderosa influência modeladora sobre o comportamento dos estudantes.<sup>49</sup> Tal é a sua importância que alguns autores afirmam que, para os estudantes atingirem o sucesso académico, é tão importante saberem manejar os conhecimentos transmitidos através do currículo formal como aqueles adquiridos via currículo oculto.<sup>45</sup> Mais ainda, considera-se que os determinantes da identidade do médico e, em particular, os seus valores e comportamentos profissionais, são essencialmente adquiridos através de aprendizagens que decorrem maioritariamente no seio do currículo oculto.<sup>43,50</sup>

Assim, para promover com sucesso condutas profissionais junto dos estudantes (como o cuidado centrado no paciente), é imprescindível que seja feito um amplo esforço no sentido de analisar e definir as características e o impacto do currículo oculto sobre os valores, atitudes e comportamentos que se ambicionam transmitir.<sup>51</sup> Apenas desta forma será possível desenvolver estratégias que permitam minimizar os seus efeitos negativos sobre a formação médica e transformá-lo, nos aspectos em que ele seja manipulável, num instrumento eficaz de formação; mesmo na impossibilidade de o modificar, o próprio processo de reflexão crítica já tem por si só um impacto positivo, na medida em que constitui um acto cultural e formativo.<sup>52</sup>

Até há pouco tempo, a única forma de caracterizar o currículo oculto de uma escola médica era através da execução de estudos qualitativos que são bastante laboriosos e exigem muito tempo.<sup>53</sup> Dadas estas dificuldades, em 2005, o grupo de estudo C<sup>3</sup> (Comunicação, Currículo e Cultura) desenvolveu e validou um questionário em língua inglesa - o Instrumento

C<sup>3</sup> - que permite, de forma mais rápida e sistematizada, caracterizar o currículo oculto de uma escola médica no que diz respeito ao cuidado centrado no paciente.<sup>53</sup> Sempre que se aplicou este questionário, foram simultaneamente avaliadas as atitudes dos estudantes face ao cuidado centrado no paciente, recorrendo à escala PPOS. Esta é uma escala já utilizada em vários países e em diferentes contextos,<sup>40,53-56</sup> mas que ainda não foi adaptada e validada para a população portuguesa.

Assim, os objectivos desta dissertação consistem em validar e adaptar para a população portuguesa a Escala PPOS e o Instrumento C<sup>3</sup> e, através dos dados obtidos durante o processo de validação, caracterizar o currículo oculto da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI) no domínio do cuidado centrado no paciente. Através deste trabalho espera-se contribuir para a melhoria da qualidade da formação médica oferecida por esta escola na esperança de, desta forma, ajudar a formar médicos mais humanos e competentes.

## 2 Material e Métodos

### 2.1 Desenho do estudo

Para a prossecução dos objectivos propostos, foi efectuado um estudo de índole populacional com o intuito de caracterizar o currículo oculto da FCS-UBI relativamente ao cuidado centrado no paciente. Após extensa revisão bibliográfica, constatou-se que não existia nenhum questionário validado para a população portuguesa que servisse este propósito.

Selecionou-se então o Instrumento C<sup>3</sup> e realizou-se um processo de validação e adaptação cultural, após o qual se aplicou o questionário; dado que o instrumento C<sup>3</sup> só é aplicável a alunos que frequentem os anos clínicos da sua formação médica pré-graduada<sup>a</sup>, optou-se por escolher os alunos do 5º e 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) da FCS-UBI.

À semelhança de outros estudos,<sup>55,57</sup> e a conselho do autor do Instrumento C<sup>3</sup> (*e-mail* não referenciado) também foi aplicada a escala PPOS, que avalia a atitude dos estudantes na sua relação com o paciente, e foram colhidos outros dados demográficos para melhor caracterizar a população estudada.

Estabeleceu-se então o método de contacto com a população e, por fim, definiu-se a restante metodologia do estudo e as técnicas de análise dos dados.

### 2.2 Instrumento C<sup>3</sup>

O Instrumento C<sup>3</sup> foi concebido e validado por Paul Haidet *et al* em 2005.<sup>53</sup> Esta escala pretende caracterizar o currículo oculto de uma escola médica no domínio do cuidado centrado no paciente, sendo constituída por 29 itens divididos em três áreas:

1. **“Modelos de Comportamento”** (15 itens) - mede a frequência com que o estudante observou os seus tutores manifestarem comportamentos centrados no paciente. Esta área do instrumento C<sup>3</sup> apresenta uma estrutura muito particular por ser composta por cinco itens básicos, sendo pedido aos estudantes que indiquem a frequência com que observaram os comportamentos referidos nas três categorias profissionais em análise (chefes de serviço, médicos especialistas e médicos internos). Exemplo de item: *“Por favor indique a frequência com que observou médicos especialistas demonstrarem preocupação e interesse pelos pacientes como pessoas únicas.”*

---

<sup>a</sup> Após a adesão ao processo de Bolonha, a FCS-UBI passou a ministrar um Mestrado Integrado em Medicina pelo que, tecnicamente, o 5º e 6º ano já não integram a formação médica pré-graduada. Ainda assim, apenas após o término dos 6 anos do MIM os estudantes estão aptos a exercer Medicina, pelo que neste trabalho se optou por incluir o 5º e 6º ano na formação médica pré-graduada.

(sempre, quase sempre, mais de metade das vezes, cerca de metade das vezes, menos de metade das vezes, raramente, nunca).

2. **“Experiências do Estudante”** (11 itens) - apresenta aos estudantes itens que retratam diversos níveis de actividades centradas no paciente. Esta área divide-se em três dimensões - *“Pacientes como objectos”*, *“Relações de aprendizagem”* e *“Más notícias para pacientes e alunos”*. Exemplo de item *“Ouves, por acaso, um médico especialista discutir o estado clínico de um paciente com outro especialista ou médico interno. Ao longo da conversa, o paciente é denominado como um diagnóstico (por exemplo, <No outro dia, tive uma pancreatite espectacular na minha equipa>).”*
3. **“Suporte dos comportamentos centrados no paciente”** (3 itens) - mede o encorajamento que o estudante recebeu por parte dos seus tutores quando demonstrou atitudes e comportamentos centrados no paciente. Exemplo de item: *“Em geral, quando me esforcei para legitimar as preocupações dos pacientes com a sua condição ou tratamento, os meus professores \_\_\_\_\_.”*  
(incentivaram-me totalmente, incentivaram-me bastante, incentivaram-me pouco, nem me incentivaram nem me desincentivaram, desincentivaram-me).

Os *scores* das três áreas não são combinados num *score* final de todo o instrumento, dado que ainda não se conhece o peso relativo de cada área. O *score* de cada área obtém-se calculando a média das pontuações obtidas em cada item que a integra.

## 2.2.1 Caracterização da população

### 2.2.1.1 Dados Demográficos

Associada à administração das escalas, fez-se a recolha dos seguintes dados demográficos: género, idade, ano de curso, raça, habilitações literárias dos pais, licenciaturas e graus académicos anteriores do estudante, envolvimento em actividades extracurriculares e as três especialidades médicas que o estudante estava mais interessado em seguir

### 2.2.1.2 Atitudes dos estudantes - medição através da Escala PPOS

À semelhança de outros estudos que utilizaram o Instrumento C<sup>3</sup>,<sup>55,57,58</sup> procurou-se caracterizar a atitude dos estudantes face ao cuidado centrado no paciente. Para isso recorreu-se à escala PPOS, um instrumento previamente validado e amplamente utilizado,<sup>41,54,58,59</sup> que pretende verificar se a atitude do sujeito é mais centrada no paciente ou na doença. A escala é composta por dezoito afirmações, devendo o sujeito indicar o seu grau de concordância com cada uma delas através de uma escala de *Lickert*, variando entre 1 - concordo fortemente e 6 - discordo fortemente; existem três itens formulados na negativa (itens número 9,13 e 17). Os itens estão distribuídos por duas dimensões: *“Partilha”* (itens número 1, 4, 5, 8, 15, 18, 9, 10, 12, 15, 18) e *“Cuidado”* (itens número 2, 3, 3, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 17). A média das pontuações obtidas em cada item define o *score* final, quer para a



totalidade da escala (18 itens), quer para as suas dimensões (9 itens cada) podendo este variar entre 1 (centrado no médico e na doença ou paternalista) e 6 (centrado no paciente ou igualitário).

## **2.3 Processo de validação e adaptação cultural**

Procurou-se proceder a uma validação e adaptação cultural do Instrumento C<sup>3</sup> com o objectivo de obter uma versão em português equivalente ao original em termos de conteúdo e semântica, assegurando-se assim a sua compreensão pelos estudantes. A Escala PPOS também não existia em língua portuguesa, pelo que foi sujeita aos mesmos procedimentos. Antes de se iniciar este processo foi obtida autorização (via *e-mails* não referenciados) dos autores de ambas as escalas para a sua utilização.

### **2.3.1 Tradução inicial**

Cada uma das escalas foi sujeita a duas traduções, executadas por tradutores-intérpretes profissionais, de língua materna portuguesa e familiarizados com a terminologia médica. As duas traduções de cada escala foram analisadas por dois dos investigadores (ambos bilingues) e por um dos tradutores, de modo a chegar a uma versão única de cada escala em Língua Portuguesa - versão 1. Nesta etapa foi enfatizada a tradução conceptual e não estritamente literária.

### **2.3.2 Avaliação da tradução inicial**

A versão 1 em de cada instrumento foi sujeita a retroversão por tradutor bilingue, de língua materna inglesa, que não conhecia a versão original de nenhuma das escalas. Finalmente, as versões retrovertidas foram comparadas, pela equipa de investigadores bilingues e tradutor, com as versões originais de cada escala e com a versão 1 em língua portuguesa. Quando necessário, os itens em português foram reescritos até obtenção de um consenso dentro da equipa. Assim se chegou à versão 2 em Língua Portuguesa. Toda esta sequência segue as recomendações preconizadas pela Organização Mundial de Saúde para a validação de um questionário.<sup>60</sup>

### **2.3.3 Avaliação da equivalência cultural (pré-teste)**

Antes da aplicação do questionário, realizou-se um pré-teste com o objetivo de garantir a compreensão pelos alunos de todos os itens a preencher. Deste modo, ambas as escalas foram pré-testadas em onze alunos do 5º e 6º ano do MIM da FCS-UBI. Foram recolhidas as opiniões e sugestões dos mesmos em relação a aspectos como a clareza e compreensão das questões e as dificuldades inerentes ao preenchimento, tendo os estudantes sugerido algumas alterações. Estas sugestões foram discutidas pela equipa de investigação, tendo algumas

resultado em pequenas alterações em ambos os instrumentos sendo que, após estas alterações, as escalas foram novamente pré-testadas.

Por fim, não havendo mais dúvidas por parte do grupo de pré-teste, chegou-se à versão final em Língua Portuguesa de ambos os questionários, constantes no anexo I e II deste trabalho.

## 2.4 População em estudo

Dado que o Instrumento C<sup>3</sup> se destina apenas a alunos com alguma experiência nos anos clínicos da sua formação médica pré-graduada, optou-se por o aplicar apenas aos estudantes do 5º e 6º ano do MIM da FCS-UBI. Estes estudantes são oriundos de vários pontos do país e partilham com os restantes estudantes de medicina portuguesas a língua e a cultura, constituindo por isso uma população ideal para um estudo de adaptação cultural e validação de um questionário.

Como parâmetros de inclusão dos indivíduos no estudo estabeleceu-se que poderiam fazer parte deste todos os estudantes do MIM da FCS matriculados no 5º e 6º ano do curso e que mostrassem disponibilidade para o preenchimento dos questionários. Foram excluídos os onze alunos que tinham integrado o grupo de pré-teste, uma aluna que fazia parte da equipa de investigação e uma aluna que apenas se encontrava a frequentar o 6º ano, após ter realizado todo o seu restante percurso académico numa escola médica na América do Sul. Assim, chegou-se a uma população total de 155 indivíduos (N=155).

Para contactar com a população selecionaram-se momentos de atividades académicas em que se pensou estar presente um grande número de alunos. Antes dos questionários serem distribuídos, foi feita uma breve exposição sobre os objetivos da investigação e a importância da colaboração dos estudantes. Foi também acentuado o facto de os questionários serem respondidos de forma totalmente anónima e de ser garantida a confidencialidade dos dados, bem como o facto da colaboração no estudo ser totalmente voluntária. Este processo decorreu entre Novembro de 2011 e Janeiro de 2012.

## 2.5 Análise Estatística

A análise estatística dos dados foi efectuada após a transferência da informação recolhida para uma base de dados especificamente construída para o efeito, recorrendo ao programa estatístico *IBM Statistical Package for the Social Sciences 19®*, tendo-se aplicado alguns conceitos de análise de validade e fiabilidade, análise descritiva e análise inferencial.

### 2.5.1 Validade e Fiabilidade

A validade e a fiabilidade são duas características que garantem a qualidade psicométrica de determinado questionário. Apesar de, anteriormente, se defender a existência de vários tipos de validade,<sup>61-63</sup> recentemente, Dellinger e Leech, numa meta-análise sobre a validade,<sup>64</sup> apontaram para a existência de uma única validade - a de constructo - integrando neste conceito a validade de conteúdo e de critério. Assim, a definição actual implica a demonstração de que o instrumento mede os conceitos a que se propõe através de uma análise da estrutura interna do instrumento e da sua consistência e adequabilidade teórica.<sup>64</sup> Desta forma, recorreu-se à análise factorial como forma de verificar a validade da versão em Língua Portuguesa de cada instrumento.

A fiabilidade diz respeito à consistência interna de um instrumento. Assim, os resultados obtidos por um respondente em cada item devem ser consistentes entre si ao longo de todo o questionário. Existem várias técnicas para avaliar a consistência interna de um questionário, tendo-se neste estudo optado pela execução do teste alfa de Cronbach.

#### 2.5.1.1 Análise Factorial Exploratória

Realizou-se uma análise factorial exploratória (AFE), com o objectivo de identificar as dimensões que poderiam compor o Instrumento C<sup>3</sup>. Para confirmar a factoriabilidade da matriz de correlações foram usados o índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. Consideraram-se os itens que apresentassem coeficientes de correlação superiores a 0,40.<sup>65</sup> Para a análise das componentes principais foi utilizado o critério de Kaiser, sendo escolhidos os factores que obtiveram valores de *eigenvalues* superiores a 1; foi também efectuada a análise do ponto de inflexão do gráfico *Scree Plot*. A extracção dos factores principais foi realizada após rotação ortogonal *Varimax*.

#### 2.5.1.2 Consistência Interna

Realizou-se o teste Alfa de Cronbach para cada uma das áreas e dimensões do Instrumento C<sup>3</sup> e da Escala PPOS. Avaliou-se também a variação do coeficiente sempre que algum item era eliminado. O coeficiente alfa varia entre 0 e 1, considerando-se a consistência interna aceitável se o valor do coeficiente for superior a 0,6; valores inferiores carecem de uma interpretação cuidada, dado que factores como o número de itens em análise interferem com o resultado deste teste; valores superiores a 0,95 também não são desejáveis, já que indicam que os itens se sobrepõem excessivamente, não acrescentando informação nova aos resultados.<sup>65</sup>

### 2.5.2 Análise Inferencial e Descritiva

Para facilitar a interpretação e a execução de comparações, os resultados do instrumento C<sup>3</sup> foram todos convertidos para uma escala de 0 a 100; nesta escala, os scores mais próximos de 100 indicam um ambiente mais promotor do cuidado centrado no paciente.

À semelhança de outros estudos,<sup>57</sup> foi executada uma análise multivariada da covariância (MANCOVA), usando como variáveis dependentes os resultados dos estudantes nas três áreas do Instrumento C<sup>3</sup> e, como variáveis independentes, o resultado na escala PPOS, a idade, o género e o ano de curso frequentado. Todos os testes de hipóteses foram considerados significativos sempre que o respectivo valor de prova (p) não se mostrou superior a 0,05.

## 3 Resultados

### 3.1 Adesão ao questionário e caracterização da população

Entre os meses de Dezembro de 2011 e Janeiro de 2012, as escalas foram aplicadas, em conjunto com um pequeno inquérito demográfico, a 145 dos 155 alunos do 5º (70/75) e 6º ano (75/80) do MIM da FCS-UBI. Assim, a taxa de participação foi, globalmente, de 94%, com uma taxa de participação para o 5º ano de 93% e para o 6º de 94%. A tabela 1 resume as características demográficas e o resultado médio na Escala PPOS da população estudada.

Tabela I - Características da população

Características dos Estudantes	Percentagem ou Média
Idade	23.6 (min: 22; máx: 30)
Mulheres	80%
Raça Caucasiana	96,6%
Licenciado	3,4%
Outro grau académico (mestrado, doutoramento, etc)	0,7%
Um dos pais com grau académicos superior a bacharelato)	63%
Envolvido em actividades extracurriculares	52%
Resultado PPOS	4,4 (min: 3,11; máx: 5,56)
Ano de curso	5º ano: 48% (n=70) 6º ano: 52% (n=75)
Interessado em pelo menos uma especialidade centrada no paciente	66%

No que diz respeito à variável género constatou-se que 20% (n=29) dos participantes eram do sexo masculino, ao passo que 80% (n=116) eram do sexo feminino. A média das idades da amostra foi de 23,6 anos. A idade mínima registada entre os participantes foi de 22 anos e a máxima de 30 anos.

A grande maioria dos participantes - 96,6% (n=140) - era de raça caucasiana. As outras raças apresentadas com menor expressão foram a Asiática - 1,4% (n=2), e Africana - 1,4% (n=2).

Dos 145 respondentes, apenas 5 detinham outro curso do ensino superior (3,4%) e todos frequentavam o 5º ano do MIM.

Em relação às actividades extracurriculares constatou-se que 52,1% (n=76) dos estudantes inquiridos afirmava estar envolvido em algum tipo de actividade extracurricular; destes, 51,4% (n=38) declararam praticar desporto, 18,9% (n=14) afirmaram estar envolvidos em acções de voluntariado, 18,9% (n=14) em actividades ligadas à música (incluindo Tunas Académicas) e 9,5% (n=7) em associações de representação de estudantes (MedUBI e ANEM).

Quanto às especialidades médicas que os estudantes estavam interessados em seguir após a conclusão do MIM, e à semelhança de outros estudos,<sup>40,57</sup> foram consideradas

especialidades centradas no paciente a Medicina Geral e Familiar, a Medicina Interna, a Saúde Pública e a Pediatria Médica, verificando-se que, em 66% (n=96) dos inquiridos, pelo menos uma das especialidades de interesse indicadas era centrada no paciente.

Relativamente às atitudes dos estudantes face ao cuidado centrado no paciente, obteve-se um resultado médio na escala PPOS de 4,4, com um resultado mínimo de 3,11, um resultado máximo de 5,56 e um desvio padrão de 0,44.

## 3.2 Análise de Validade e Fiabilidade

Realizou-se uma análise factorial exploratória (AFE) com o objectivo de identificar dimensões que compunham o Instrumento C<sup>3</sup>. Após a AFE, realizou-se o teste alfa de Cronbach com o intuito de avaliar a consistência interna de cada uma das novas componentes encontradas.

### 3.2.1 Escala PPOS

O teste de esfericidade de Bartlett foi estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ); o índice KMO foi de 0,65, considerado medíocre,<sup>65</sup> pelo que se inspeccionou a matriz de correlações de anti-imagem em busca de variáveis com valores inferiores a 0,5 - caso dos itens 9 e 13, pelo que foram excluídos da análise. Assim, obteve-se um KMO de 0,70, considerado bom,<sup>65</sup> que confirmou a factoriabilidade da matriz de correlações.

Seis componentes apresentavam *eigenvalues* superiores a 1, cumprindo o critério de Kaiser. O teste de *Scree* foi ambíguo, parecendo indicar a presença de 4 ou 6 factores, mas dada a dimensão da amostra, optou-se por atender ao teste de Kaiser e extrair 6 factores; estes, em conjunto, explicam 59,1% da variância.

No anexo III consta uma tabela onde se apresentam o peso de cada item para cada componente extraída, os *eigenvalues* de cada componente e a percentagem de variância explicada por cada um deles. Na mesma tabela anexa constam ainda os valores de consistência interna, avaliada pelo teste alfa de Cronbach, de cada componente extraído. Verifica-se que os 3 primeiros componentes apresentam uma consistência interna aceitável (respectivamente 0,63, 0,54 e 0,58) e, atendendo aos itens que os compõem, parecem poder constituir dimensões. A primeira, que integra os itens 4, 5,15 e 18 parece relacionar-se com o papel do doente na relação médico-paciente; a segunda integra os itens 1, 2 e 3 e parece avaliar o decorrer da consulta médica; a terceira dimensão, que integra os itens 6, 12 e 16, parece avaliar a opinião dos respondentes relativamente ao papel do médico na relação médico-paciente. Os restantes componentes evidenciados pela AFE apresentaram valores de alfa de Cronbach inaceitáveis.

Foi também avaliada a consistência da escala na sua totalidade e das dimensões descritas pelos autores da mesma. Ao incluir na análise os dezoito itens originais, obteve-se

um resultado do teste de alfa de Cronbach de 0,62; após a exclusão dos itens 9 e 13, o resultado subiu para 0,66, revelando uma melhor consistência interna. A dimensão “*Partilha*” apresentou um coeficiente alfa de 0,58 mas, atendendo a que a exclusão do item número 9 aumentava o coeficiente alfa desta dimensão para 0,62, ele foi excluído da análise; quanto à dimensão “*Cuidado*”, o coeficiente alfa inicialmente obtido foi de 0,37. Com a eliminação do item número 13, este resultado melhorou, subindo para 0,45. Ainda assim, este valor é muito baixo e não é aceitável, já que indica que os itens se correlacionam de forma muito fraca, não avaliando todos o mesmo conceito e não constituindo por isso uma dimensão da escala.

### 3.2.2 Instrumento C<sup>3</sup>

O teste de esfericidade de Bartlett foi estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ), indicando que as correlações entre itens eram suficientemente grandes para realizar a AFE; o índice KMO foi de 0,80, confirmando a factoriabilidade da matriz de correlações.<sup>65</sup>

Oito componentes cumpriam o critério de Kaiser, apresentando *eigenvalues* superiores a 1. A análise do gráfico *Scree Plot* evidenciou a presença de dois pontos de inflexão, indicando assim a presença de cinco ou de oito componentes. Tendo em conta a dimensão da amostra e dada a concordância entre o critério de Kaiser e o teste de *Scree* nos oito componentes, optou-se por realizar a extração de oito componentes.

Procurando retirar algum sentido dos componentes encontrados face aos itens que os compunham, foi possível identificar três componentes com uma constituição totalmente sobreponível com as três dimensões da área “*Experiências do Estudante*” do questionário original. Foi também possível identificar um componente sobreponível com a área “*Suporte aos comportamentos dos estudantes centrados no paciente*” do questionário original. Outro dos componentes agrupou os itens número 2, 3, 5, 6, 8, 9, 14 e 15, que inquiriam os estudantes sobre os comportamentos que observaram nos médicos especialistas e nos médicos internos. Os itens número 1, 4, 7, 10 e 13, que inquiriam sobre os comportamentos dos chefes de serviço, surgiram agrupados num componente distinto, que não existia na versão original do instrumento. Assim, organizaram-se os itens em 6 componentes distintos que, quando combinados, explicam 59,03% da variância.

No anexo IV constam os resultados da AFE do Instrumento C<sup>3</sup>, nomeadamente o peso de cada item para cada componente extraído, os *eigenvalues* de cada componente e a percentagem de variância explicada por cada um deles.

A tabela 2 apresenta os resultados do teste alfa de Cronbach para cada uma das dimensões evidenciadas pela AFE; de modo a facilitar a comparação, são também apresentados os resultados obtidos na validação do questionário original.

Tabela II - Comparação dos coeficientes alfa de Cronbach obtidos com os relatados durante o desenvolvimento e validação original do Instrumento C<sup>3</sup>

Área	Dimensão	Nº de Itens	$\alpha$ de Cronbach	$\alpha$ de Cronbach (original) <sup>53</sup>
Modelos de comportamento	(sem divisão em dimensões)	15	0,93	0,93
	Comportamentos dos chefes de serviço	5	0,90	Não aplicável
	Comportamentos dos médicos especialistas e dos médicos internos	10	0,92	Não aplicável
Experiências dos Estudantes	Pacientes como objectos	5	0,71	0,73
	Relações de aprendizagem	4	0,63	0,67
	Más notícias para pacientes e alunos	2	0,82	0,68
Suporte aos comportamentos dos estudantes centrados no paciente	Suporte aos comportamentos dos estudantes centrados no paciente	3	0,89	0,85

### 3.2.3 Instrumento C<sup>3</sup>

A análise multivariada da covariância (MANCOVA) não identificou nenhuma relação estatisticamente significativa entre as três áreas do instrumento C<sup>3</sup> e as variáveis género, idade, resultado na escala PPOS e ano de curso.

## 3.3 Pontuação

### 3.3.1 Pontuação total

Conforme anteriormente referido, não é possível calcular um resultado final do instrumento C<sup>3</sup>, é apenas possível encontrar a pontuação de cada área. Assim, a tabela 3 apresenta esses resultados por área e por dimensão.

A análise mais detalhada dos resultados pode ser feita através do anexo V, onde se encontra a estatística descritiva dos itens individuais do Instrumento C<sup>3</sup>.



Tabela III - Pontuação obtida em cada área e em cada dimensão do Instrumento C<sup>3</sup>

Área	Dimensão	Resultado	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Modelos de comportamento	(sem divisão em dimensões)	68,03	36,19	100,00	12,53
	Comportamentos dos chefes de serviço	59,27	14,29	100,00	16,87
	Comportamentos dos médicos especialistas e dos médicos Internos	72,29	38,57	100,00	12,79
Experiências dos Estudantes	(sem divisão em dimensões)	61,31	34,55	83,64	9,54
	Pacientes como objectos	48,70	20,00	88,00	13,57
	Relações de aprendizagem	65,83	25,00	100,00	14,34
	Más notícias para pacientes e alunos	84,13	20,00	100,00	18,85
Suporte aos comportamentos dos estudantes centrados no paciente	Suporte aos comportamentos dos estudantes centrados no paciente	63,60	26,67	100,00	18,52

### 3.3.2 Comparação Internacional

A tabela IV evidencia os resultados obtidos em cada área num estudo norte-americano e noutro na Arábia Saudita em que foi aplicado o instrumento C<sup>3</sup> a estudantes dos anos clínicos da sua formação médica pré-graduada e compara-os com os obtidos neste estudo.

Tabela IV - Comparação dos scores obtidos em cada área do Instrumento C<sup>3</sup>; FCS-UBI vs. nove escolas médicas americanas vs. escola médica saudita

País	Dimensão da amostra	Resultado Área 1	Resultado Área 2	Resultado Área 3
EUA (9 escolas médicas) <sup>53</sup>	823 (49%)	61.7 (60,63)	55.2 (53,58)	68.4 (67,70)
Arábia Saudita (KAAU) <sup>55</sup>	139 (54%)	59.9 (57,63)	47.3 (45,50)	54.3 (50,58)
Portugal (FCS-UBI)	145 (94%)	68.0	61.3	63.6

## 4 Discussão

O presente estudo consistiu na validação e adaptação cultural do Instrumento C<sup>3</sup> e da Escala PPOS para a população portuguesa, e na sua aplicação aos estudantes de 5º e 6º ano do MIM da FCS-UBI, com o intuito de caracterizar o currículo oculto desta escola médica relativamente ao cuidado centrado no paciente.

Este foi um estudo de índole populacional, obtendo-se uma taxa de resposta de 94%, tendo sido estabelecido contacto com a população durante actividades académicas. Houve uma boa adesão ao questionário, tendo os investigadores encontrado uma população acessível e cooperante. Estas características poderão estar relacionadas com o facto de os estudantes envolvidos se encontrarem, na sua grande maioria, a desenvolver trabalhos de investigação e compreenderem a importância da sua colaboração no estudo. Tais características poderão ainda indicar que os estudantes se sentem à vontade para manifestar a sua opinião e acreditam que esta é valorizada pela FCS-UBI.

A análise dos dados demográficos revelou uma população maioritariamente caucasiana e jovem. A clara superioridade numérica dos indivíduos do género feminino (80% do género feminino vs. 20% do género masculino) vai ao encontro da tendência crescente do aumento do número de mulheres na profissão médica, evidenciada desde os anos sessenta.<sup>66</sup> Mais de metade dos inquiridos afirmou estar envolvido em actividades extracurriculares (52%) e ter interesse em seguir uma especialidade centrada no paciente (66%). A escala PPOS obteve um valor médio de 4,4 (numa escala de 1 a 6). O resultado obtido na escala PPOS é inferior ao obtido noutras populações,<sup>40,54,57</sup> e semelhante ou superior a outras.<sup>41,55</sup> Atendendo aos pontos de corte definidos noutros estudos que utilizaram a escala PPOS (atitude centrada no médico para valores abaixo de 4,57, atitude medianamente centrada no doente entre 4,57 e 5,00 e atitude centrada no doente para resultados superiores a 5,00),<sup>58</sup> os dados parecem sugerir que a atitude dos alunos do MIM da FCS-UBI é centrada no médico.

A validação original do Instrumento C<sup>3</sup>, em língua inglesa, inquiriu 890 estudantes dos anos clínicos da formação pré-graduada de nove escolas médicas americanas. A sua validade foi testada através da comparação dos resultados dos estudantes de cada escola com a reputação da escola relativamente ao cuidado centrado no paciente. Depois, foi executada uma análise factorial com o objectivo de identificar questões que se agrupassem em dimensões. Todas as dimensões identificadas revelaram uma consistência interna boa a excelente, avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach.<sup>65</sup>

Para validar o instrumento para Língua Portuguesa efectuou-se um rigoroso processo de tradução e retroversão, comparação com o questionário original e pré-teste. Assim se garantiu a equivalência semântica e de conteúdo entre a versão portuguesa e a original. Optou-se por realizar a validação da versão em Língua Portuguesa apenas em alunos do MIM da FCS-UBI. Estes estudantes são oriundos de vários pontos do país e, atendendo à reduzida

dimensão deste e à sua relativa uniformidade cultural e ainda ao facto de não existirem elementos plausíveis que sugiram que não partilhem com os restantes estudantes de medicina portugueses um idêntico *background* cultural, constituem uma população ideal para um estudo de validação e adaptação cultural.

Para a avaliação das medidas psicométricas deve ser estudada a validade e a fiabilidade do instrumento.<sup>67</sup> Deste modo, foi realizada uma AFE para a Escala PPOS e para o Instrumento C<sup>3</sup> e avaliada a consistência interna de ambos os questionários através do coeficiente alfa de Cronbach.

Relativamente à escala PPOS, a análise preliminar, que indica se é ou não possível extrair dimensões a partir dos itens, conduziu à exclusão de dois itens da análise (itens número 9 e 13). A AFE foi então executada e extraiu seis dimensões em vez das duas originalmente descritas pelos autores da escala. Três destas dimensões revelaram consistências internas aceitáveis (inferiores a 0,60 mas aceitáveis atendendo ao facto de serem compostas por apenas três itens).<sup>65</sup> Face a este resultado e atendendo aos itens que as compunham, decidiu-se aceitar estas três dimensões da escala e nomeá-las; assim, chamou-se à primeira dimensão extraída, que integra os itens 4, 5, 15 e 18, “papel do paciente na relação médico-paciente”; à segunda, que integra os itens 1, 2 e 3, “consulta médica”; e à terceira, que integra os itens 6, 12 e 16, “papel do médico na relação médico-paciente”. Os restantes componentes evidenciados pela AFE apresentam valores de consistência interna excessivamente baixos, pelo que não devem ser utilizados como dimensões da escala.

Dado que a análise factorial exploratória apresentou um resultado tão diferente do relatado pelos autores da mesma, decidiu-se avaliar a consistência da totalidade da escala e das duas dimensões originalmente descritas. Esta análise enfatizou a necessidade de eliminar os itens 9 e 13 por apresentarem baixa correlação com os restantes, quer quando se avaliou a consistência interna da escala completa, quer quando se avaliou a consistência interna das dimensões “*Cuidado*” e “*Partilha*”. A consistência interna da escala com 16 itens (após a exclusão dos itens 9 e 13) foi baixa mas aceitável (0,66). A dimensão “*Partilha*” apresentou um coeficiente alfa de 0,62 após eliminar o item 9, sendo este valor igualmente aceitável mas revelador de uma baixa consistência interna; quanto à dimensão “*Cuidado*”, o coeficiente alfa obtido foi de 0,45 após a eliminação do item número 13; mais nenhum item apresentou um efeito prejudicial da consistência interna desta dimensão. Este resultado indica que os itens se interrelacionam de forma muito fraca, não constituindo uma verdadeira dimensão. Para além disso, os resultados do presente estudo são ligeiramente inferiores aos descritos por Krupat *et al*<sup>58</sup> (0,73, 0,67 e 0,52 para a totalidade da escala, “*Partilha*” e “*Cuidado*”, respectivamente) mas são semelhantes aos descritos por Al-Bawardy *et al*<sup>55</sup> (0,56, 0,38 e 0,46 para a totalidade da escala, “*Partilha*” e “*Cuidado*”, respectivamente). Vários artigos recentes<sup>54,55</sup> fazem referência à consistência interna da escala PPOS obtida num outro estudo de Krupat *et al*,<sup>56</sup> mais antigo, e que relata coeficientes alfa muito superiores aos

encontrados neste estudo (variando entre 0,75 e 0,88). Os resultados do referido estudo foram obtidos a partir de uma versão mais antiga da escala PPOS;<sup>56</sup> entretanto, e segundo informação do autor da escala (através de e-mail não referenciado), a escala foi revista mas não foi novamente testada a sua validade e fiabilidade, o que pode explicar a baixa consistência interna e os resultados atípicos da análise factorial exploratória encontrados neste estudo. Outra potencial explicação para estes resultados poderá relacionar-se com as diferenças culturais entre as populações estudadas - eventualmente, a escala PPOS pode não ser adequada à cultura da população portuguesa, razão pela qual os resultados dos vários testes estatísticos que procuraram verificar as suas qualidades psicométricas gerariam resultados tão diferentes do expectável.

Independentemente da causa destes resultados, sugere-se que, até que sejam feitos mais estudos na população portuguesa, apenas se recorra à pontuação da totalidade da escala para avaliar atitudes e que nem as dimensões originais nem as extraídas pela análise factorial exploratória sejam avaliadas em futuras aplicações da versão portuguesa da escala PPOS.

Em relação ao Instrumento C<sup>3</sup>, a análise factorial exploratória dos seus itens permitiu explicar 73,19% da variância dos resultados do questionário; para além disso, o valor de KMO foi de 0,80, o que é um indicador bom, pois comprova a qualidade das correlações entre as variáveis, permitindo-nos prosseguir a análise estatística.

Ao analisar a composição, em termos de itens, dos factores extraídos, tornam-se evidentes seis dimensões neste instrumento, permitindo assim explicar 59,03% da variância encontrada. Quatro destas dimensões são equivalentes às dimensões da área “*Experiências do Estudante*” e à área “*Suporte aos comportamentos dos estudantes centrados no paciente*” do questionário original, sem variação dos itens.<sup>53</sup> Assim, a AFE revela uma composição muito semelhante à do questionário original,<sup>53</sup> inovando apenas na divisão da área “*Modelos de Comportamento*” em duas dimensões: uma que agrupa os itens relativos ao comportamento dos chefes de serviço e outra que agrupa os itens que inquiriam os estudantes relativamente aos comportamentos de médicos especialistas e médicos internos; por fazerem sentido em termos conceptuais e por apresentarem coeficientes alfa de Cronbach muito elevados (0,90 e 0,92, respectivamente), revelando uma excelente consistência interna<sup>65</sup>, optou-se por aceitar estas duas novas dimensões e por lhes atribuir nomes: “*Comportamentos dos chefes de serviço*” e “*Comportamentos dos médicos especialistas e dos médicos internos*”. O surgimento destas novas dimensões poderá resultar de uma diferença cultural no que diz respeito ao relacionamento dos estudantes portugueses com os médicos e, em particular, com os médicos que desempenham a função de chefe de serviço.

No que respeita à consistência interna, o Instrumento C<sup>3</sup> e suas dimensões apresentam, de uma forma geral, valores entre fiabilidade aceitável e muito boa, variando entre 0,67 e 0,93 (tabela II). Estes resultados são muito semelhantes aos obtidos na validação do

questionário original,<sup>53</sup> demonstrando que, no processo de tradução e adaptação à população portuguesa não foi perdida a qualidade psicométrica do instrumento.

A análise multivariada da covariância não detectou nenhuma relação estatisticamente significativa entre as três áreas do Instrumento C<sup>3</sup> e a idade, o género, o resultado na escala PPOS e o ano do MIM que os estudantes frequentavam. Assim, a percepção dos estudantes relativamente ao currículo oculto no domínio estudado parece não variar muito com características inerentes à população (como a idade, o género ou o ano do MIM que frequentam) nem com as atitudes dos estudantes. Estes resultados são semelhantes aos descritos noutros estudos.<sup>53</sup>

O Instrumento C<sup>3</sup> é uma escala relativamente recente, pelo que ainda não se conhece o impacto relativo de cada área, não sendo possível calcular um *score* da totalidade do instrumento. Mais ainda, não foi desenvolvido um sistema de classificação que permita qualificar os resultados obtidos. Para este efeito apenas podemos comparar os resultados da FCS-UBI com os de outros estudos que utilizaram o Instrumento C<sup>3</sup>.<sup>55,57</sup> Por outro lado, deve-se ter em atenção que, atendendo a que as questões inquiram os estudantes sobre a sua percepção do ambiente em que estão inseridos, os resultados poderão ser influenciados pela cultura da população estudada.

Quando analisamos os *scores* obtidos, verificamos que, no caso da área “*Modelos de Comportamento*” e da área “*Experiências do Estudante*”, estes são superiores àqueles obtidos nos EUA<sup>57</sup> e na Arábia Saudita,<sup>55</sup> a área “*Suporte aos comportamentos dos estudantes centrados no paciente*” apresenta um *score* superior ao obtido na Arábia Saudita mas inferior ao norte-americano. Estes achados, apesar de aparentemente identificarem um currículo oculto relativamente promotor do cuidado centrado no paciente, devem ser interpretados com muita cautela, já que os resultados das dimensões que compõem as áreas “*Modelos de Comportamento*” e “*Experiências do Estudante*” são bastante diferentes entre si. Analisando estes resultados em maior detalhe, constatamos que, na área “*Modelos de Comportamento*”, o resultado obtido na dimensão “*Comportamentos dos chefes de serviço*” (59,27) é substancialmente mais baixo que o *score* obtido na outra dimensão da mesma área, “*Comportamentos dos médicos especialistas e dos médicos internos*” (72,29). Esta diferença pode ser motivada por várias razões: em primeiro lugar, os chefes de serviço desempenham funções de chefia e de gestão dos serviços, dispendo de menos tempo para, por exemplo, “aprofundarem os aspectos emocionais das doenças dos pacientes”, um dos itens com resultado médio mais baixo. Por outro lado, os estudantes podem passar menos tempo com estes profissionais, não sendo capazes de avaliar correctamente o seu comportamento; o questionário pedia aos estudantes que respondessem apenas em relação aos chefes de serviço que estiveram envolvidos na prestação de cuidados directos ao paciente mas os estudantes podem nem sempre ter procedido dessa maneira.

Esta área do instrumento C<sup>3</sup> apresentava uma estrutura muito particular: existiam cinco itens básicos que descreviam comportamentos, sendo pedido aos estudantes que indicassem a frequência com que tinham observado cada um dos comportamentos indicados nas três categorias profissionais em análise (chefes de serviço, médicos especialistas e médicos internos); curiosamente, o *score* em cada item foi diminuindo à medida que a categoria profissional subia, com os médicos internos a apresentarem *scores* superiores aos dos médicos especialistas e estes a apresentarem *scores* superiores aos dos chefes de serviço. Estarão as atitudes dos médicos a tornar-se menos centradas no paciente à medida que vão evoluindo nas suas carreiras e adquirindo experiência profissional? E, se for este o caso, poderá estar o currículo oculto da profissão médica a condicionar esta mudança?

Apesar de não ser indicado o peso relativo de cada uma das áreas avaliadas pelo Instrumento C<sup>3</sup>, vários estudos têm dado particular ênfase à importância dos modelos de comportamento na formação dos estudantes.<sup>45,68,69</sup> Mais ainda, alguns estudos indicam que os estudantes parecem valorizar mais o exemplo de médicos mais velhos.<sup>45,69</sup> Assim, o comportamento menos centrado no paciente dos chefes de serviço pode ter efeitos particularmente nefastos no desenvolvimento profissional dos estudantes de medicina da FCS-UBI.

Relativamente à área “*Experiências dos Estudantes*”, a FCS-UBI volta a apresentar um *score* superior ao das nove escolas norte-americanas e ao da escola saudita. Executando uma análise mais detalhada dos dados, notámos novamente que as dimensões que o compõem apresentam resultados bastante diferentes: a dimensão “*Más notícias para pacientes e alunos*” surge com um *score* muito alto (84,13), com cerca de 56,2% dos inquiridos a afirmar nunca terem “transmitido más notícias a um doente sem terem recebido qualquer instrução sobre como o fazer”, e 44,5% a afirmar nunca ter tido de “responder a muitas perguntas de um doente após terem-lhe sido transmitidas más notícias”. Os resultados obtidos na dimensão “*Pacientes como objectos*” não são tão positivos, apresentando esta dimensão um *score* de 48,70. Todos os itens desta dimensão apresentam um resultado médio inferior a 3, numa escala de 1 (muito frequente) a 5 (nunca), indicando que os alunos observam “ocasional” a “frequentemente” comportamentos que objetificam os pacientes; de salientar que, quando questionados sobre a frequência com que presenciaram situações em que o doente é denominado como um diagnóstico, 32,9% dos inquiridos responde “muito frequentemente”; ainda de salientar é o facto de 65,6% dos estudantes indicar ter observado “frequentemente” ou “muito frequentemente” a equipa médica discutir a situação de um paciente em frente ao mesmo como se ele não estivesse presente.

Por fim, a dimensão “*Relações de Aprendizagem*” apresenta um *score* de 65,83. A análise dos resultados de cada item evidencia que os estudantes apenas “ocasionalmente” são observados pelos tutores enquanto questionam um paciente e que apenas “ocasionalmente” lhes é fornecido *feedback* relativamente à forma como o fizeram. As histórias que os colegas

lhes contam sobre pacientes “frequentemente” evidenciam a forma como o relacionamento com o paciente os afectou pessoalmente; apenas “ocasionalmente” os conselhos dos colegas mais velhos enfatizam a importância da boa capacidade de comunicação com os pacientes para ter sucesso no curso.

Assim, a área “*Experiências dos Estudantes*” denota que são muito raras as situações em que os estudantes são responsáveis pela transmissão de más notícias ou têm de lidar com pacientes que acabaram de as receber sem estarem preparados para o fazer. Por outro lado, os comportamentos de objectificação dos pacientes são relativamente frequentes entre colegas e nas equipas médicas em que os estudantes estão inseridos durante os estágios clínicos. Por último, os resultados da dimensão “*Relações de Aprendizagem*” parecem demonstrar que é necessário promover as situações em que os estudantes são observados enquanto entrevistam os pacientes e enfatizam a necessidade de lhes providenciar *feedback*. Evidenciam ainda que os estudantes não identificam a capacidade de comunicação com os doentes como indispensável para ser bem-sucedido durante a sua formação, apesar do relacionamento com os doentes frequentemente os afectar pessoalmente.

Por último, a área “*Suporte aos comportamentos dos estudantes centrados no paciente*” obteve um resultado superior ao de uma escola médica saudita mas inferior ao das escolas médicas norte-americanas (tabela IV). Os três itens avaliados apresentam *scores* médios de 3,30, 3,10 e 3,13 (numa escala entre 1 e 5), significando que os estudantes ter-se-ão sentido pouco incentivados pelos seus tutores quando se esforçaram para desenvolver uma ligação com os pacientes, quando se esforçaram para conhecer os pacientes enquanto pessoas únicas e quando se esforçaram por legitimar as preocupações dos pacientes com a sua condição ou tratamento.

Se esta falta de incentivo por parte dos tutores pode, por um lado, dever-se a uma cultura médica que não valoriza este tipo de comportamentos, por outro, existe a ideia generalizada de que comportamentos centrados no paciente exigem que seja dispendido mais tempo com cada paciente,<sup>70</sup> o que pode desmotivar os médicos a adoptarem este tipo de cuidado. Dada a falta de recursos humanos médicos na região do país onde a FCS-UBI está inserida, os tutores poderão ter um volume de trabalho tal que não considerem viável adoptar comportamentos mais centrados no paciente, acabando por não estimularem os alunos a comportar-se dessa forma tanto quanto estes entendem que seria necessário.

## 4.1 Limitações e Perspectivas futuras

São várias as limitações deste estudo. Em primeiro lugar, considerando que a aquisição de condutas profissionais, atitudes e comportamentos não depende exclusivamente das diversas componentes do currículo de uma escola médica, poderão existir outros factores a estudar quando pretendemos transmitir aos estudantes este tipo de aprendizagens.

Além disso, os currículos ocultos variarem entre instituições de ensino,<sup>57</sup> pelo que os resultados deste estudo não podem ser extrapolados para as restantes escolas médicas portuguesas.

Outra limitação prende-se com o facto do contacto com a população ter sido estabelecido durante actividades académicas; se, por um lado, esta estratégia permitiu abordar um grande número de estudantes em simultâneo, por outro, os estudantes podem ter estado menos concentrados no preenchimento do questionário por se sentirem pressionados a terminá-lo rapidamente para que as actividades lectivas pudessem começar. O número de estudantes que preencheram os questionários (145 estudantes) também pode ter limitado a qualidade da análise estatística realizada no domínio da validade e fiabilidade das escalas, apesar de corresponder a uma taxa de resposta de 94%.

O Instrumento C<sup>3</sup> é uma escala recente e ainda pouco utilizada, pelo que a comparação entre países é bastante limitada. Como já foi múltiplas vezes referido, o peso relativo de cada área não é conhecido, impedindo o cálculo de um *score* da totalidade da escala; também não existe um sistema de qualificação dos resultados obtidos, tal como não existe um *gold-standard* que estabeleça as mensagens que, idealmente, um currículo oculto deve conter, com o qual possamos comparar os resultados encontrados. No futuro, seria importante clarificar estas questões.

Conforme já foi anteriormente referido, as percepções dos estudantes podem ser influenciadas pela sua cultura, pelo que a comparação entre diferentes países deve ser executada com alguma cautela.

Seria interessante aplicar o Instrumento C<sup>3</sup> aos estudantes de outras escolas médicas portuguesas, possibilitando assim a comparação de experiências de ensino. Neste estudo caracterizou-se pela primeira vez o currículo oculto da FCS-UBI relativamente ao cuidado centrado no paciente; caso fossem implementadas estratégias de intervenção sobre esta componente do currículo, o Instrumento C<sup>3</sup> poderia ser novamente utilizado para monitorizar o impacto real dessas estratégias. Eventualmente, o Instrumento C<sup>3</sup> poderia ser aplicado não só a estudantes de medicina mas também a internos de especialidade, por exemplo.



## 5 Conclusão

Considera-se adaptado e validado para a população portuguesa o Instrumento C<sup>3</sup> para caracterização do currículo oculto de uma escola médica no que diz respeito ao cuidado centrado no paciente. Quanto à escala PPOS, verificaram-se algumas dificuldades neste processo de adaptação cultural. Assim, recomenda-se que esta escala seja utilizada com alguma cautela e, possivelmente, eliminando os itens 9 e 13; recomenda-se ainda que apenas se considerem os resultados obtidos na totalidade da escala e não aqueles obtidos nas duas dimensões originalmente descritas ou nas descritas neste estudo, já que apresentam baixa fiabilidade. Os problemas identificados na escala PPOS colocam em evidência a necessidade de adaptar e validar os instrumentos psicométricos à cultura das populações que se pretendem estudar.

O resultado obtido na escala PPOS é inferior ao obtido na maioria dos estudos em que ela foi aplicada a outras populações e, recorrendo aos pontos de corte previamente utilizados, os dados parecem sugerir que as atitudes dos estudantes de medicina da FCS-UBI são centradas no médico.

Quanto ao currículo oculto da FCS-UBI no domínio do cuidado centrado no paciente, verificaram-se resultados superiores aos descritos nos países em que Instrumento C<sup>3</sup> foi aplicado nas áreas “*Modelos de Comportamento*” e “*Experiências do estudante*”. Apesar destes resultados serem aparentemente animadores, procedendo a uma análise mais cuidadosa dos dados obtidos, constata-se que existem pontos fracos que parecem necessitar de alguma intervenção. Salienta-se o caso dos modelos de comportamento proporcionados pelos chefes de serviço, já que estes poderão exercer uma maior influência sobre o desenvolvimento profissional dos estudantes; a objectificação dos pacientes parece ser também um comportamento testemunhado com bastante frequência pelos estudantes, pelo que uma intervenção a este nível parece ser necessária. Por fim, a área “Suporte aos comportamentos dos estudantes centrados no paciente” apresenta um resultado inferior ao obtido nos Estados Unidos da América, indicando que os estudantes não se sentem devidamente motivados pelos seus tutores a adoptar comportamentos centrados no paciente.

Assim, parece existir algum trabalho a fazer relativamente ao currículo oculto da FCS-UBI no domínio do cuidado centrado no paciente. Como seria de esperar, foram identificados pontos fortes, que devem ser promovidos, e pontos fracos, que alertam para a necessidade de desenvolver estratégias que os modifiquem ou que minimizem os seus efeitos nefastos.

Mesmo que modificar o currículo oculto se verifique uma tarefa demasiado difícil, reconhecer a sua existência e reflectir sobre sua importância é um primeiro passo bastante importante, dado que isso significa que existe, por parte da instituição de ensino, uma preocupação com esta componente mais latente (mas não menos importante) do seu currículo.

Ainda assim, e porque “o conhecimento de um currículo oculto não providencia uma defesa contra ele se aqueles que estão sujeitos à sua influência não quiserem resistir-lhe”,<sup>71</sup> encontra-se em anexo uma compilação de potenciais estratégias de acção encontradas durante a pesquisa bibliográfica para esta dissertação (anexo VI).

## 6 Bibliografia

1. Peabody FW. The care of the patient. JAMA. 1927;88(12):877-82.
2. Martin JR. Changing the educational landscape: Philosophy, women, and curriculum. Routledge New York. 1994
3. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Vol. II - Orientações estratégicas Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2004.
4. McWhinney IR. A textbook of family medicine: Oxford University Press, USA; 1997.
5. Stewart M. Patient-centered medicine: transforming the clinical method: Radcliffe Pub; 2003.
6. Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. Soc Sci Med. 1984;19(2):167-75.
7. Haidet P, Paterniti DA. " Building" a history rather than" taking" one: a perspective on information sharing during the medical interview. Arch Intern Med. 2003;163(10):1134.
8. Gerteis M. Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care: Jossey-Bass San Francisco; 1993.
9. Fraser P, Freeman TR, Gillis GE, Goldsmith WO, Grace AN. Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians-a one year prospective study. Headache. 1986;26:285-94.
10. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system: Natl Academy Pr; 2000.
11. Kaplan SH, Greenfield S, Ware Jr JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care. 1989:110-27.
12. Greenfield S, Kaplan S, Ware Jr JE. Expanding patient involvement in care. Ann of Intern Med. 1985;102(4):520-8.
13. Deyo RA, Diehl AK. Patient satisfaction with medical care for low-back pain. Spine. 1986;11(1):28.
14. Bartlett EE, Grayson M, Barker R, Levine DM, Golden A, Libber S. The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence. J Chronic Dis. 1984;37(9-10):755-64.
15. Ong LML, De Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. Soc Sci Med. 1995;40(7):903-18.

16. Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *Fam Pract.* 2000;49:796-804.
17. Roter DL, Hall JA, Katz NR. Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Med Care.* 1987;437-51.
18. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care.* 1988;657-75.
19. Roter D. Which facets of communication have strong effects on outcome—a meta-analysis. In: Stewart M RD, editor. *Communicating with medical patients*: Sage Newbury Park, CA; 1989. p. 183-96.
20. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin Jr M, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA.* 1997;277(4):350-6.
21. Lazare A. Hidden conceptual models in clinical psychiatry. *N Engl J Med.* 1973;288(7):345-51.
22. Putnam S, Lipkin Jr M. The patient-centered interview: research support. In: Lipkin Jr M PS, Lazare A., editor. *The Medical Interview Clinical care, education and research*. New York: Springer-Verlag; 1995. p. 530-7.
23. Kaplan SH, Greenfield S, Ware J. Impact of the doctor-patient relationship on the outcomes of chronic disease. In: Stewart M RD, editor. *Communicating with medical patients*. London: Sage Newbury Park, CA; 1989. p. 228-45.
24. Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients - a study of doctor-patient rapport. *N Engl J Med.* 1964;270(16):825-7.
25. Shear CL, Gipe BT, Mattheis JK, Levy M. Provider continuity and quality of medical care: A retrospective analysis of prenatal and perinatal outcome. *Med Care.* 1983;1204-10.
26. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons. *JAMA.* 1997;277(7):553-9.
27. Epstein RM. The science of patient-centered care. *J Fam Pract.* 2000;49(9):805-10.
28. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*: National Academies Press; 2001.
29. Howe A. Patient-centred medicine through student-centred teaching: a student perspective on the key impacts of community-based learning in undergraduate medical education. *Med Educ.* 2001;35(7):666-72.
30. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Educ Couns.* 1999;37(2):191-5.

31. Nasca TJ, Philibert I, Brigham T, Flynn TC. The Next GME Accreditation System—Rationale and Benefits. *N Engl J Med*. 2012.
32. Backer HF, Geer B, Hughes EC, Strause AL. Boys in White. *Acad Med*. 1962;37(4):406.
33. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*. 2001;76(4):390.
34. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med*. 2004;79(6):495.
35. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991;303(6814):1385-87
36. Yamada S, Maskarinec GG, Greene GA, Bauman KA. Family narratives, culture, and patient-centered medicine. *Fam Med*. 2003;35(4):279-83.
37. Makoul G. Contemporary issues in medicine: Communication in medicine. Report III of the Medical School Objectives Project 1999.
38. Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. *Acad Med*. 1994;69(8):670.
39. Satterwhite RC, Satterwhite WM, Enarson C. An ethical paradox: the effect of unethical conduct on medical students' values. *J Med Ethics*. 2000;26(6):462-5.
40. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ*. 2002;36(6):568-74.
41. Tsimtsiou Z, Kerasidou O, Efstathiou N, Papaharitou S, Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey. *Med Educ*. 2007;41(2):146-53.
42. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. 2004;38(9):934-41.
43. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med*. 1994.
44. Ribeiro AC. Desenvolvimento curricular: Texto Editora; 1990.
45. Wear D, Skillicorn J. Hidden in plain sight: the formal, informal, and hidden curricula of a psychiatry clerkship. *Acad Med*. 2009;84(4):451-8.
46. Karnieli-Miller O, Vu TR, Holtman MC, Clyman SG, Inui TS. Medical Students' Professionalism Narratives: A Window on the Informal and Hidden Curriculum. *Acad Med*. 2010;85(1):124-33.

47. Jackson PW. Conceptions of curriculum and curriculum specialists. In Jackson P (Ed). Handbook of research on curriculum. McMillan Publishing Co. 1992.
48. Portelli JP. On Defining Curriculum. JCS. 1987;2(4):354-67.
49. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Acad Med. 1998;73(4):403-7.
50. Neves NC. Ética para os futuros médicos: é possível ensinar?: CFM, Conselho Federal de Medicina; 2006.
51. Hafferty FW. Professionalism—The next wave. N Engl J Med. 2006;355(20):2151-2.
52. Greene M. The Dialectic of Freedom. Teachers College Press. 2008.
53. Haidet P, Kelly PA, Chou C. Characterizing the patient-centeredness of hidden curricula in medical schools: development and validation of a new measure. Acad Med. 2005;80(1):44-50.
54. Ribeiro MM, Krupat E, Amaral CF. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. Med Teach. 2007;29(6):e204-8.
55. Al-Bawardy R, Blatt B, Al-Shohaib S, Simmens SJ. Cross-cultural comparison of the patient-centeredness of the hidden curriculum between a Saudi Arabian and 9 US medical schools. Med Educ Online. 2009;14:19.
56. Krupat E, Putnam S, Yeager C. The fit between doctors and patients: can it be measured. J Gen Intern Med. 1996;11:134.
57. Haidet P, Kelly PA, Bentley S, Blatt B, Chou CL, Fortin Aht, et al. Not the same everywhere. Patient-centered learning environments at nine medical schools. J Gen Intern Med. 2006;21(5):405-9.
58. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. Patient Educ Couns. 2000;39(1):49-59.
59. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. Med Educ. 2002;36(6):568-74.
60. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. [consultado em Junho 2011]; Available from: [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/#](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/#).
61. Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. Psychol Bull. 1955;52(4):281.
62. Messick S. Constructs and their vicissitudes in educational and psychological measurement. Psychol Bull. 1981;89(3):575.

63. Messick S. Validity of psychological assessment: Validation of inferences from persons' responses and performances as scientific inquiry into score meaning. *Am Psychol.* 1995;50(9):741.
64. Dellinger AB, Leech NL. Toward a unified validation framework in mixed methods research. *J Mix Methods Res.* 2007;1(4):309-32.
65. Field AP. *Discovering statistics using SPSS: SAGE publications Ltd; 2009.*
66. Relman AS. The changing demography of the medical profession. *N Engl J Med.* 1989;321(22):1540-2.
67. Vieira DO. *Validação da versão portuguesa do questionário Swal-Qol em doentes com Patologia Oncológica da Cabeça e Pescoço: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2011.*
68. Maudsley RF. Role models and the learning environment: essential elements in effective medical education. *Acad Med.* 2001;76(5):432-4.
69. Shuval JT, Adler I. The role of models in professional socialization. *Soc Sci Med. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology.* 1980;14(1):5-14.
70. Frampton S, Guastello S, Brady C, Hale M, Horowitz S, Bennett Smith S, et al. *Patient-centered Care: Improvement Guide: Planetree; 2008.*
71. Martin JR, What should we do with a hidden curriculum when we find one? *Curriculum Inq.* 1976;6(2):135-51

## 7 Anexos

### Anexo I: Escala de Orientação Médico-Paciente ©

As afirmações que se seguem referem-se a ideias que as pessoas podem ter relativamente aos médicos, aos pacientes e aos cuidados médicos. Por favor, leia com atenção cada afirmação e assinale o círculo que indica o quanto concorda ou discorda com cada uma delas.

		Discordo Fortemente	Discordo Moderadamente	Discordo Levemente	Concordo Levemente	Concordo Moderadamente	Concordo Fortemente
1	O médico é quem deve decidir o que é abordado durante uma consulta.	0	0	0	0	0	0
2	Embora, actualmente, os cuidados de saúde sejam menos pessoais, este é um pequeno preço a pagar pelos avanços da medicina.	0	0	0	0	0	0
3	A parte mais importante da consulta médica de rotina é o exame físico.	0	0	0	0	0	0
4	Frequentemente, é melhor para os pacientes não terem uma explicação detalhada da sua situação médica.	0	0	0	0	0	0
5	Os pacientes devem confiar no conhecimento dos seus médicos e não tentar descobrir mais sobre a sua situação médica por sua própria iniciativa.	0	0	0	0	0	0
6	Quando os médicos fazem muitas perguntas sobre o historial de um paciente, estão a intrometer-se demasiado em assuntos pessoais.	0	0	0	0	0	0
7	Se os médicos são verdadeiramente bons no diagnóstico e tratamento, a forma como se relacionam com os pacientes torna-se menos importante.	0	0	0	0	0	0
8	Muitos pacientes continuam a fazer perguntas apesar de não obterem nenhuma informação nova.	0	0	0	0	0	0
9	Os pacientes devem ser tratados como se fossem parceiros do médico, iguais em poder e estatuto.	0	0	0	0	0	0
10	Geralmente os pacientes querem segurança em vez de informações sobre o seu estado de saúde.	0	0	0	0	0	0
11	Um médico não terá muito sucesso se as suas ferramentas básicas forem ser disponível e caloroso.	0	0	0	0	0	0
12	Quando os pacientes discordam do seu médico, é sinal de que o médico não tem o respeito e confiança do paciente.	0	0	0	0	0	0
13	Um plano de tratamento não poderá ter êxito se estiver em conflito com o estilo de vida ou valores de um paciente.	0	0	0	0	0	0
14	A maioria dos pacientes quer entrar e sair do consultório médico o mais rapidamente possível.	0	0	0	0	0	0
15	O paciente deve estar ciente de que o médico é sempre o responsável pela tomada de decisões.	0	0	0	0	0	0
16	Não é assim tão importante conhecer a cultura e o historial de um paciente, a fim de tratar a sua doença.	0	0	0	0	0	0
17	O humor é um ingrediente fundamental no tratamento médico do paciente.	0	0	0	0	0	0
18	Quando os pacientes procuram informações médicas por iniciativa própria, isto geralmente confunde mais do que ajuda.	0	0	0	0	0	0



## Anexo II: Instrumento C<sup>3</sup>

### Área de Conteúdo 1 - Modelos de Comportamento:

**Instruções de utilização:** Por favor indica a frequência com que observaste os seguintes tipos de comportamentos. No caso dos **chefes de serviço**, responde apenas em relação aos que estiveram envolvidos na prestação de cuidados directos ao paciente.

		Sempre	Quase Sempre	Mais de metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Menos de metade das vezes	Raramente	Nunca
1	Por favor indica a frequência com que observaste <b>chefes de serviço</b> demonstrarem preocupação e interesse pelos pacientes como pessoas únicas.	0	0	0	0	0	0	0
2	Por favor indica a frequência com que observaste <b>médicos especialistas</b> demonstrarem preocupação e interesse pelos pacientes como pessoas únicas.	0	0	0	0	0	0	0
3	Por favor indica a frequência com que observaste <b>médicos internos</b> demonstrarem preocupação e interesse pelos pacientes como pessoas únicas.	0	0	0	0	0	0	0
4	Por favor indica a frequência com que observaste <b>chefes de serviço</b> encorajarem a participação dos pacientes no seu próprio tratamento.	0	0	0	0	0	0	0
5	Por favor indica a frequência com que observaste <b>médicos especialistas</b> encorajarem a participação dos pacientes no seu próprio tratamento.	0	0	0	0	0	0	0
6	Por favor indica a frequência com que observaste <b>médicos internos</b> encorajarem a participação dos pacientes no seu próprio tratamento.	0	0	0	0	0	0	0
7	Por favor indica a frequência com que observaste <b>chefes de serviço</b> levarem a sério as preocupações dos pacientes com o seu estado de saúde ou tratamento.	0	0	0	0	0	0	0
8	Por favor indica a frequência com que observaste <b>médicos especialistas</b> levarem a sério as preocupações dos pacientes com o seu estado de saúde ou tratamento.	0	0	0	0	0	0	0
9	Por favor indica a frequência com que observaste <b>médicos internos</b> levarem a sério as preocupações dos pacientes com o seu estado de saúde ou tratamento.	0	0	0	0	0	0	0
10	Por favor indica a frequência com que observaste <b>chefes de serviço</b> desenvolverem um bom relacionamento com os pacientes.	0	0	0	0	0	0	0
11	Por favor indica a frequência com que observaste <b>médicos especialistas</b> desenvolverem um bom relacionamento com os pacientes.	0	0	0	0	0	0	0
12	Por favor indica a frequência com que observaste <b>médicos internos</b> desenvolverem um bom relacionamento com os pacientes.	0	0	0	0	0	0	0
13	Por favor indica a frequência com que observaste <b>chefes de serviço</b> aprofundarem os aspectos emocionais das doenças dos pacientes.	0	0	0	0	0	0	0
14	Por favor indica a frequência com que observaste <b>médicos especialistas</b> aprofundarem os aspectos emocionais das doenças dos pacientes.	0	0	0	0	0	0	0
15	Por favor indica a frequência com que observaste <b>médicos internos</b> aprofundarem os aspectos emocionais das doenças dos pacientes.	0	0	0	0	0	0	0

## Área de Conteúdo 2 - Experiências do Estudante:

### Dimensão “Pacientes como objectos”

**Instruções de utilização:** Para cada enunciado, indica a frequência com que vivenciaste uma situação similar. Por favor, considera a frequência com que viveste situações similares ao longo de TODAS as experiências no curso de medicina.

	Muito Frequente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0

### Dimensão “Relações de Aprendizagem”

**Instruções de utilização:** Para cada enunciado, indica a frequência com que vivenciaste uma situação similar. Por favor, considera a frequência com que viveste situações similares ao longo de TODAS as experiências no curso de medicina.

	Muito Frequente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0

### Dimensão “Más notícias para pacientes e alunos”

**Instruções de utilização:** Para cada enunciado, indica a frequência com que vivenciaste uma situação similar. Por favor, considera a frequência com que viveste situações similares ao longo de TODAS as experiências no curso de medicina.

		Muito Freqüente	Freqüentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
1	Durante um turno no ambulatório, tens de transmitir más notícias a um paciente sem que tenhas recebido qualquer instrução ou discussão sobre como dar a notícia de forma delicada e cuidadosa.	0	0	0	0	0
2	Algum tempo após terem sido transmitidas más notícias a um paciente, encontras-te na posição de ter de responder a muitas perguntas do paciente sem teres recebido qualquer formação sobre como falar com pacientes nestas situações.	0	0	0	0	0

### Área de Conteúdo 3 - Suporte aos comportamentos centrados no paciente”

**Instruções de utilização:** Por favor, assinala a opção que mais se adequa à resposta que obtiveste dos teus professores sempre que fizeste esforços para adoptar cada um dos seguintes comportamentos:

**1. Em geral, quando me esforcei para desenvolver uma ligação com os pacientes, os meus professores:**

- Incentivaram-me totalmente
- Incentivaram-me bastante
- Incentivaram-me pouco
- Nem me incentivaram nem me desincentivaram
- Desincentivaram-me

**2. Em geral, quando me esforcei para conhecer os pacientes enquanto pessoas únicas, os meus professores:**

- Incentivaram-me totalmente
- Incentivaram-me bastante
- Incentivaram-me pouco
- Nem me incentivaram nem me desincentivaram
- Desincentivaram-me

**3. Em geral, quando me esforcei para legitimar as preocupações dos pacientes com a sua condição ou tratamento, os meus professores:**

- Incentivaram-me totalmente
- Incentivaram-me bastante
- Incentivaram-me pouco
- Nem me incentivaram nem me desincentivaram
- Desincentivaram-me

## Anexo III - Análise Factorial Exploratória: Instrumento C<sup>3</sup>

Rotated Component Matrix						
	Component					
	1	2	3	4	5	6
Questão 1		0,83				
Questão 4		0,69				
Questão 7		0,73				
Questão 10		0,87				
Questão 13		0,67				
Questão 9	0,72					
Questão 11	0,66					
Questão 12	0,75					
Questão 14	0,38					
Questão 15	0,42					
Questão 16				0,68		
Questão 17				0,58		
Questão 18				0,65		
Questão 19				0,72		
Questão 20				0,58		
Questão 21					0,40	
Questão 22					0,78	
Questão 23					0,76	
Questão 24					0,60	
Questão 25						0,92
Questão 26						0,85
Questão 27			0,81			
Questão 28			0,89			
Questão 29			0,84			
<i>Eigenvalues</i>	4,72	3,51	2,65	2,30	2,098	1,834
% da variância	18,29	12,10	9,13	7,95	7,24	6,33
Alfa de Cronbach	0,92	0,90	0,89	0,71	0,63	0,82

## Anexo IV - Análise Factorial Exploratória: Escala PPOS

Rotated Component Matrix <sup>a</sup>						
	Component					
	1	2	3	4	5	6
Questão4	0,38					
Questão5	0,71					
Questão15	0,68					
Questão18	0,69					
Questão1		0,68				
Questão2		0,71				
Questão3		0,66				
Questão6			0,78			
Questão12			0,71			
Questão16			0,65			
Questão7				0,79		
Questão11				0,70		
Questão14					0,70	
Questão17					-0,64	
Questão8						0,45
Questão10						0,88
<i>Eigenvalues</i>	1,94	1,77	1,67	1,63	1,25	1,20
% da variância	12,11	11,08	10,41	10,16	7,83	7,50
Alfa de Cronbach	0,63	0,54	0,58	0,45	-	0,25

## Anexo V - Estatística Descritiva dos itens individuais do Instrumento C<sup>3</sup>

Área “Modelos de Comportamento”											
Dimensão “Comportamentos dos Chefes de serviço”	7	6	5	4	3	2	1	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
Indique a frequência com que observou <u>chefes de serviço</u> demonstrarem preocupação e interesse pelos pacientes como pessoas únicas.	2% n=3	16% n=24	30% n=43	21% n=31	17% n=25	10% n=14	2% n=3	4,27	4	5	1,36
Indique a frequência com que observou <u>chefes de serviço</u> encorajarem a participação dos pacientes no seu próprio tratamento.	3% n=5	15% n=22	21% n=30	20% n=29	25% n=37	10% n=15	3% n=5	4,05	4	3	1,46
Indique a frequência com que observou <u>chefes de serviço</u> levarem a sério as preocupações dos pacientes com o seu estado de saúde ou tratamento.	6% n=9	19% n=27	21% n=31	25% n=36	16% n=23	10% n=15	1% n=2	4,37	4	4	1,46
Indique a frequência com que observou <u>chefes de serviço</u> desenvolverem um bom relacionamento com os pacientes.	3% n=5	23% n=33	27% n=39	23% n=33	15% n=22	5% n=7	2% n=3	4,53	5	5	1,34
Indique a frequência com que observou <u>chefes de serviço</u> aprofundarem os aspectos emocionais das doenças dos pacientes.	1% n=2	10% n=14	16% n=24	15% n=22	29% n=42	20% n=29	6% n=9	3,51	3	3	1,47
Dimensão “Comportamentos dos Médicos Especialistas e Médicos Internos”	7	6	5	4	3	2	1	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
Indique a frequência com que observou <u>médicos especialistas</u> demonstrarem preocupação e interesse pelos pacientes como pessoas únicas.	5% n=7	32% n=47	40% n=59	13% n=19	7% n=10	2% n=3	0	5,09	5	5	1,05
Indique a frequência com que observou <u>médicos internos</u> demonstrarem preocupação e interesse pelos pacientes como pessoas únicas.	12% n=18	46% n=67	32% n=47	8% n=11	1% n=1	1% n=1	0	5,60	6	6	0,88
Indique a frequência com que observou <u>médicos especialistas</u> encorajarem a participação dos pacientes no seu próprio tratamento.	6% n=9	30% n=43	27% n=39	19% n=28	16% n=23	2% n=3	0	4,85	5	6	1,24
Indique a frequência com que observou <u>médicos internos</u> encorajarem a participação dos pacientes no seu próprio tratamento.	8% n=12	36% n=53	30% n=44	14% n=21	8% n=12	1% n=2	1% n=1	5,15	5	6	1,18
Indique a frequência com que observou <u>médicos especialistas</u> levarem a sério as preocupações dos pacientes com o seu estado de saúde ou tratamento.	8% n=12	35% n=51	23% n=34	23% n=34	8% n=11	2% n=3	0	5,07	5	6	1,19
Indique a frequência com que observou <u>médicos internos</u> levarem a sério as preocupações dos pacientes com o seu estado de saúde ou tratamento.	13% n=19	41% n=60	24% n=35	14% n=20	6% n=8	2% n=3	0	5,37	6	6	1,17
Indique a frequência com que observou <u>médicos especialistas</u> desenvolverem um bom relacionamento com os pacientes.	5% n=7	38% n=56	33% n=48	16% n=23	6% n=9	1% n=1	0	5,18	5	6	1,02
Indique a frequência com que observou <u>médicos internos</u> desenvolverem um bom relacionamento com os pacientes.	9% n=13	46% n=67	27% n=40	14% n=20	3% n=4	0	0	5,45	6	6	0,94
Indique a frequência com que observou <u>médicos especialistas</u> aprofundarem os aspectos emocionais das doenças dos pacientes.	1% n=2	21% n=30	25% n=30	16% n=24	23% n=33	10% n=14	3% n=4	4,21	4	5	1,43
Indique a frequência com que observou <u>médicos internos</u> aprofundarem os aspectos emocionais das doenças dos pacientes.	4% n=6	30% n=44	23% n=34	16% n=23	17% n=25	7% n=10	1% n=2	4,62	5	6	1,43

Nota: 1- Nunca; 2- Raramente; 3-Menos de metade das vezes; 4 - Cerca de metade das vezes ; 5 - Mais de metade das vezes; 6 - Quase Sempre; 7 - Sempre

Área “Experiências dos Estudantes”

<i>Dimensão “Pacientes como objectos”</i>	1	2	3	4	5	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
Ouves, por acaso, um médico especialista discutir o estado clínico de um paciente com outro especialista ou médico interno. Ao longo da conversa, o paciente é denominado como um diagnóstico (por exemplo, “No outro dia, tive uma pancreatite espectacular na minha equipa”).	32,9% n=48	36,3% n=53	18,5% n=27	8,2% n=12	2,7% n=4	2,10	2	2	1,05
Ao descreveres as informações do historial social de um paciente (por exemplo, profissão, passatempos) durante as visitas pelas enfermarias, reparas que o resto da equipa não presta atenção.	11,6% n=17	27,4% n=40	38,4% n=56	21,2% n=31	0,7% n=1	2,72	3	3	0,96
Durante as visitas, o teu orientador é chamado ao gabinete porque a secretária dele tem um paciente à espera e quer saber quando o orientador regressará. Este responde: “Diga ao paciente para esperar. Chegarei aí quando chegar.”	11% n=16	32,9% n=48	30,8% n=45	20,5% n=30	4,1% n=6	2,74	3	2	1,04
Ouves alunos contar histórias sobre os pacientes. Estas histórias tendem a retratar os pacientes como diagnósticos em vez de como seres humanos únicos.	18,5% n=27	37% n=54	28,1% n=41	13,7% n=20	2,1% n=3	2,43	2	2	1,01
A tua equipa médica encontra-se no quarto de um paciente quando outro médico chega para consultar este paciente. A equipa o médico começam a falar sobre o estado do paciente como se este não estivesse presente.	26,7% n=39	39% n=57	23,3% n=34	9,6% n=14	0,7% n=1	2,18	2	2	0,96

Nota: 1- Muito frequente; 2- Frequente; 3- Ocasionalmente; 4- Raramente; 5- Nunca

<i>Dimensão “Relações de Aprendizagem”</i>	1	2	3	4	5	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
Ouves alunos contar histórias sobre pacientes. Estas histórias tendem a retratar a forma como o relacionamento com o paciente os afectou pessoalmente.	0,7% n=1	12,3% n=18	36,6% n=49	37,7% n=55	14,4% n=21	3,53	4	4	0,915
Durante os <u>anos clínicos</u> (quarto, quinto e sexto ano do Mestrado Integrado em Medicina), um médico observa-te enquanto questionas um paciente e comenta o teu comportamento junto do doente em causa.	2,1% n=3	28,1% n=41	30,8% n=45	24,7% n=36	13% n=19	3,19	3	3	1,06
Durante os <u>anos clínicos</u> (quarto, quinto e sexto ano do Mestrado Integrado em Medicina), é-te solicitado que questiones um paciente (“real” ou “simulado”) e é-te dado feedback (pelo paciente ou por um observador) sobre a forma como ouviste o paciente em causa.	3,4% n=5	29,5% n=43	34,2% n=50	21,3% n=31	10,3% n=15	3,06	3	3	1,04
Recebes conselhos de colegas dos anos seguintes sobre o que necessitas de fazer para teres sucesso no curso de medicina. Estes conselhos enfatizam a importância da boa capacidade de comunicação com os pacientes.	4,1% n=6	21,2% n=31	25,3% n=37	28,1% n=41	19,9% n=29	3,39	3	4	1,15

Nota: 1- Muito frequente; 2- Frequente; 3- Ocasionalmente; 4- Raramente; 5- Nunca

Área “Experiências dos Estudantes” (continuação)

<i>Dimensão “Más notícias para pacientes e alunos”</i>	1	2	3	4	5	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
Durante um turno no ambulatório, tem de transmitir más notícias a um paciente sem que tenha recebido qualquer instrução ou discussão sobre como dar a notícia de forma delicada e cuidadosa.	1,4% n=2	5,5% n=8	6,8% n=10	28,1% n=41	56,2% n=82	4,35	5	5	0,94
Algum tempo após terem sido transmitidas más notícias a um paciente, encontras-te na posição de ter de responder a muitas perguntas do paciente sem teres recebido qualquer formação sobre como falar com pacientes nestas situações.	2,7% n=4	9,6% n=14	11% n=16	30,1% n=44	44,5% n=65	4,06	4	5	1,10

Nota: 1- Muito frequente; 2- Frequente; 3- Ocasionalmente; 4- Raramente; 5- Nunca

Área “Suporte aos comportamentos dos estudantes centrados no paciente”

	1	2	3	4	5	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
Em geral, quando me esforcei para desenvolver uma ligação com os pacientes, os meus professores...	0	30,8% n=45	17,8 n=26	38,4 n=56	11,0% n=16	3,30	4,00	4	1,04
Em geral, quando me esforcei para conhecer os pacientes enquanto pessoas únicas, os meus professores...	1,4% n=2	34,2% n=50	24,0% n=35	29,5% n=43	8,9% n=13	3,10	3,00	2	1,03
Em geral, quando me esforcei para legitimar as preocupações dos pacientes com a sua condição ou tratamento, os meus professores	2,7% n=4	26,0% n=38	32,9% n=48	28,1% n=41	8,2% n=12	3,13	3,00	3	1,00

Nota: 1 - Desincentivaram-me; 2 - Nem me incentivaram nem me desincentivaram; 3 - Incentivaram-me pouco; 4 - Incentivaram-me bastante; 5 - Incentivaram-me totalmente



## **Anexo VI - Sugestões de estratégias para contrariar os efeitos negativos do currículo oculto no domínio do cuidado centrado no paciente:**

- Coordenar o ensino clínico e pré-clínico no ensino de *skills* de comunicação interpessoal;
- Incluir como critério de recrutamento de docentes as atitudes e o desempenho dos mesmos enquanto modelos de comportamento;
- Reconhecer o mérito dos médicos cujo comportamento profissional mais se aproxima do desejável;
- Ajudar os estudantes a compreender que os seus comportamentos também são um exemplo para os colegas (em particular os mais novos) e para o *staff* da escola médica e dos serviços de saúde por onde passam;
- Desenvolver actividades que promovam a reflexão dos docentes sobre as características de um bom modelo de comportamento, recorrendo à discussão de situações reais ou simuladas, estudos de caso, relatos de estudantes, etc;
- Promover actividades em que, de forma explícita, seja transmitida aos estudantes a noção de que uma prática médica de alta qualidade é uma prática em que o cuidado se centra no paciente (recorrendo mais uma vez à discussão de relatos de caso, situações simuladas, observação de gravações de situações reais, discussão de modelos de comportamento, etc);
- Incluir observações/avaliações regulares dos comportamentos e atitudes dos estudantes, sempre seguidas de *feedback*; produzir critérios de avaliação específicos para o efeito;
- Ajudar os estudantes a identificar as características que compõem um bom e um mau modelo de comportamento;
- Incluir, nas avaliações que os alunos fazem dos seus tutores e da própria faculdade, questões relativas a características profissionais;
- Desenvolvimento de um código de conduta da instituição de ensino;
- Implementação de uma “Cerimónia da Bata Branca”, em que sejam salientadas as responsabilidades do estudante de medicina para com os pacientes e o tipo de conduta que eles adoptem.