

Atitude de estudantes de medicina a respeito da relação médico paciente

Attitude of students of medicine regarding the physician-patient relationship

Carlos Eduardo Leal Vidal¹, Ana Flávia Mesquita Andrade^{2*}, Ítalo Guilherme Giarola de Freitas Mariano², Jorge Silveira Junior², Júlia Cristina Ferreira Silva², Mariana De Oliveira Azevedo², Urjel Aguiar Bouissou Morais²

RESUMO

Introdução: A relação médico-paciente está associada à capacidade do médico de se adequar às necessidades de cada paciente. Hoje sabe-se que essa relação influencia no tratamento e melhora do doente. O modelo de ensino biomédico avalia o ganho de conhecimento ao longo do curso, mas não promove uma avaliação progressiva das atitudes dos estudantes na relação com os enfermos. **Objetivo:** Analisar a atitude dos estudantes de medicina e fatores associados frente à relação médico-paciente nas etapas de sua formação. **Métodos:** Estudo transversal utilizando a Escala de Orientação Médico-Paciente (Patient-Practitioner Orientation Scale - PPOS) em sua versão validada para a língua portuguesa. A comparação dos escores médios foi realizada por meio do Teste t ou Análise de Variância (ANOVA). **Resultados:** O questionário foi respondido por 488 estudantes, a maioria do sexo feminino. O escore médio encontrado foi de $4,39 \pm 0,47$ para a escala global. Para as duas dimensões da escala, "Sharing" e "Caring", as médias foram de $4,91 \pm 0,52$ e $3,87 \pm 0,68$, respectivamente. A média global foi maior entre os alunos do sexo feminino, e para aqueles que declararam ter religião. Para a subescala "Sharing" escore mais baixo foi observado em alunos que relataram ter alguma doença grave na família. Para a subescala "Caring" verificou-se escore mais elevado no grupo de alunos cujas mães tinham escolaridade superior. **Conclusão:** O direcionamento do ensino médico para o conhecimento técnico merece reavaliação, além da necessidade de associar-se a ensinamentos que envolvam o aprendizado para melhor manejo do doente, juntamente à abordagem eficaz de sua patologia.

Palavras-chave: Relação médico-paciente. Empatia. Humanização da Assistência. Estudantes. Educação Médica.

ABSTRACT

Introduction: The physician-patient relationship is associated with the physician's ability to fit the needs of each patient. Today it is known that this relationship influences the treatment and improvement of the patient. The biomedical teaching model assesses the gain of knowledge throughout the course, but does not promote a progressive evaluation of students' attitudes towards patients. **Objective:** To analyze the attitude of medical students and factors associated with the doctor-patient relationship in the stages of their formation. **Methods:** Cross-sectional study using the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) in its validated version for the Portuguese language. The comparison of the mean scores was performed using the t-Test or Variance Analysis (ANOVA). **Results:** The questionnaire was answered by 488 students, most of them female. The mean score found was 4.39 ± 0.47 for the global scale. For the two dimensions of the scale, "Sharing" and "Caring", the averages were 4.91 ± 0.52 and 3.87 ± 0.68 , respectively. The overall average was higher among female students, and for those who claimed to have religion. For the subscale "Sharing" lower score was observed in students who reported having some serious illness in the family. For the subscale "Caring" a higher score was found among the group of students whose mothers had higher education. **Conclusion:** The focus of medical education on technical knowledge deserves reassessment, as well as the need to associate with teaching that involves learning to better manage the patient, along with an effective approach to their pathology.

Keywords: Medical-patient relationship. Empathy. Humanization of care. Students. Medical Education.

1. Título de Especialista em Psiquiatria pela Casa de Saúde Santa Clara. Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais.

2. Acadêmicos na Faculdade de Medicina de Barbacena.

Autor correspondente*: Ana Flávia Mesquita Andrade

E-mail: anafma@icloud.com

INTRODUÇÃO E LITERATURA

A boa relação médico-paciente se constitui como elemento fundamental na medicina e proporciona melhor adesão ao tratamento, melhores desfechos clínicos e maior satisfação do paciente.^{1,2,3,4} Admite-se que essa relação dependa da capacidade do profissional em se adequar às características individuais do paciente, havendo várias propostas de abordagem dos pacientes por seus médicos.

Na história da medicina, ferramentas de comunicação centradas no paciente são associadas a Flexner, que pregou centralizar a prática médica no paciente, permitindo melhorar a competência profissional do estudante.⁵ O modelo Flexneriano mostrou-se mecanicista ao perceber o processo doença-cura do ponto de vista do especialista, ignorando questões psicossociais e ambientais. Engel⁶ propôs um modelo mais abrangente, onde o paciente é visto como ser orgânico, comportamental, cognitivo e emocional.

No que diz respeito à abordagem dos enfermos, a relação médico-paciente pode ser fundamentada a partir de duas vertentes. O modelo comunicacional verticalizado (centrado no médico) não permitindo ao paciente controle sobre o fluxo de informações.

Já no modelo horizontal (centrado no paciente), o doente é encorajado a ter uma participação mais ativa no tratamento, adotando maior responsabilidade pela própria saúde.⁴

Nesse sentido, o enfoque da relação paciente-médico passou a contemplar dois domínios: “sharing” (compartilhamento) e “caring” (cuidado). “Sharing” refere-se à crença de que o paciente deve partilhar o poder e fluxo de informações com seu médico. “Caring” relaciona-se com a crença de que o paciente deve ser tratado como um todo, e não como uma condição ou doença.^{4,7,8}

Iniciativas como o Too Much Medicine e a Slow Medicine enfatizam a melhora na qualidade do cuidado, a consideração de desejos do paciente, a redução de tratamentos desnecessários. O modelo de ensino tradicional avalia de forma intensiva o ganho de conhecimento ao longo do tempo, sem promover avaliação progressiva das atitudes dos estudantes na relação com enfermos.⁷ Desta forma, alguns estudos têm mostrado falta de empatia dos estudantes com relação às necessidades do paciente.^{7,9}

Visando aprimorar o ensino médico, existem iniciativas de mudança curricular com o objetivo de gerar um formato de ensino focalizado na abordagem biopsicossocial.¹⁰ Nesse sentido, algumas metodologias foram criadas para avaliar a atitude dos estudantes de medicina. As escalas empregadas nesses estudos permitem avaliar o grau de empatia e as atitudes de estudantes de medicina, como “Physician Belief Scale”, “Levels of Involvement Model” e “Patient-Practitioner Orientation Scale” (PPOS), sendo essa última a mais utilizada e seus resultados amplamente reportados.¹¹

A discussão sobre formação de um médico empático é de grande relevância na academia e na prática médica, pela manutenção dos valores condizentes com a profissão.¹²

Um estudo que avaliou os preditores de atitudes frente à empatia em escolas médicas americanas, observou que fatores individuais podem influenciar na reação dos estudantes de medicina com uma grade curricular promotora de empatia. Tais estratégias poderiam ser mais eficazes se levassem em

consideração atitudes preexistentes dos alunos.

As mensagens sobre empatia do docente devem ser consistentes com a visão anterior de mundo dos estudantes.¹³ Outro estudo, realizado no Brasil, avaliou atitudes sobre a relação médico-paciente, sendo verificado que atitudes centradas no paciente eram mais presentes no sexo feminino, em períodos mais avançados do curso e em estudantes com menor renda familiar. No entanto, autores afirmam que habilidades comunicacionais e cuidado com o paciente, precisam ser reavaliados por professores que buscam direcionar a atitudes dos estudantes para o foco no paciente.⁸ Poucos estudos nacionais abordaram o aumento da empatia na relação médico-paciente.^{7,8,14}

O presente estudo como objetivo avaliar a atitude do estudante de medicina da Faculdade de Medicina de Barbacena a respeito da relação médico-paciente no decorrer do curso médico.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional tipo transversal que avaliou o corpo discente da Faculdade de Medicina da cidade de Barbacena – MG de setembro a novembro de 2017. Foi aplicada a “Escala de Orientação Médico-Paciente (Patient-Practitioner Orientation Scale – PPOS) acompanhada de questionário sociodemográfico para 490 alunos matriculados entre o primeiro e décimo períodos.^{7,15} Os alunos foram classificados em dois diferentes grupos de acordo com período.

Os alunos do primeiro ao quinto período foram considerados estudantes do ciclo básico, pois a maioria das disciplinas desta etapa é teórica e oferecem a base para o pensamento clínico. Os alunos do sexto ao décimo período foram classificados como o ciclo clínico por possuírem uma rotina de atendimento ambulatorial e hospitalar. Foram excluídos da amostra estudantes no último ano do curso em função da dificuldade de acesso, uma vez que o este é realizado fora de Barbacena. Também foram excluídos alunos que não estavam presentes no dia de aplicação do questionário ou que optaram por não respondê-lo. Todos os alunos foram entrevistados no mesmo semestre letivo e com modelos de aplicação semelhantes pelos autores do estudo, devidamente treinados.

Os estudantes responderam um questionário para avaliar o perfil sociodemográfico da amostra, que continha perguntas referentes ao período do curso, sexo, idade, estado civil, etnia, moradia, bolsa de estudo, perfil escolar, escolaridade dos pais, presença de familiares médicos, religião, experiência com doença grave na família, atividades extracurriculares e especialidade pretendida após conclusão do curso.

Em seguida, os estudantes foram avaliados a respeito da relação médico-paciente, utilizando a Escala de Orientação Médico-Paciente (Patient-Practitioner Orientation Scale – PPOS) já validada e traduzida para o português.^{7,15} O uso do referido instrumento foi autorizado pelo autor da escala.

A escala verifica atitudes de estudantes a respeito do papel do médico na relação médico-paciente, avaliando se o mesmo está centrado na doença ou no paciente. A escala do tipo Likert é composta por 18 itens valorados de um (concordo fortemente) a seis (discordo fortemente) pontos na escala.

Nove itens (1,4,5,8,9,10,12,15,18) se relacionam ao compartilhar (subescala “Sharing”) e refletem o quanto os respondentes acreditam que o paciente deseja informações e deve participar do processo de decisão sobre o tratamento ou se esta decisão deva estar em poder do médico.

Os outros itens (2,3,6,7,11,13,14,16,17) são relacionados ao cuidar (subescala “Caring”), e refletem o quanto sentimentos e circunstâncias da vida do paciente interferem no tratamento. Alguns itens (9,13,17) são contabilizados de forma inversa para garantir a validade do questionário.^{7,8}

Escore até 4,57 refletem atitudes centradas no médico, enquanto valores entre 4,57 e 5,0 refletem atitudes mediamente centradas no paciente e acima de 5,0, atitudes centradas no paciente.¹⁶

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) em pesquisa sob o CAAE 69910517.3.0000.5119. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com garantia de anonimato.

Foram construídas tabelas para distribuição de frequências, médias, medianas e desvio-padrão para cada variável. Depois da determinação dos escores da escala para cada participante, subgrupos da amostra foram comparados conforme diferentes categorias da escala. Para comparação dos diferentes grupos de estudantes quanto aos resultados da escala, foi utilizado o teste t ou Análise de Variância (ANOVA), conforme indicação. O nível de significância adotado foi de 5%. Os dados foram processados por meio do software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 17.0.

RESULTADOS

O questionário foi respondido por 488 estudantes, dois entrevistados se recusaram a responder.

A maioria do sexo feminino (66,2 %), com média de idade igual a $21,8 \pm 2,7$ anos e cor branca predominante (73,0%). Mais de 80% dos alunos relataram familiar médico, e cerca de 70% informaram que os pais possuíam curso superior. Os dados sociodemográficos da amostra comparativa estão apresentados na Tabela 1.

TABELA 1 – descrição demográfica da amostra estudada comparando alunos do ciclo básico e clínico.

Variável		Básico (%)	Clínico (%)	Valor p
Sexo	Feminino	172	151	0,551
	Masculino	92	72	
Bolsa	Sim	62	77	0,008
	Não	202	147	
Religião	Sim	181	160	0,491
	Não	83	64	
Idade	≤ 21 anos	198	41	0,000
	> 21 anos	66	183	
Perfil Escolar	Escola Pública	28	24	0,967
	Escola Privada	235	199	
Escolaridade Pai	Superior Completo	79	72	0,593
	Outros	184	151	
Escolaridade Mãe	Superior Completo	70	65	0,518
	Outros	194	158	
Médico na Família	Sim	228	175	0,017
	Não	36	49	
Doença Grave na Família	Sim	137	112	0,645
	Não	126	112	
Estado Civil	Casado	1	2	0,278
	Solteiro	256	219	
	Outros	7	2	
Cor	Branco	193	163	0,993
	Pardo	54	46	
	Outros	17	15	
Moradia	Família	44	46	0,465
	Sozinho	89	67	
	Outros estudantes	130	110	
Curso Superior Prévio	Sim	9	12	0,566
	Não	232	192	
	Incompleto	23	19	

O escore médio encontrado foi de $4,39 \pm 0,47$ para a escala global. Para as dimensões “Sharing” e “Caring” as médias foram de $4,91 \pm 0,52$ e $3,87 \pm 0,68$, respectivamente. Os escores médios da escala global e das subescalas não foram diferente entre os ciclos básico e clínico, mas comparação dos períodos mostrou diferença entre o segundo e o oitavo período quanto à escala global com relação aos escores obtidos na ANOVA [$F(9,478) = 1,79, p=0,05$]. O teste de Levene indicou homogeneidade das variâncias ($p=0,13$).

A média global foi diferente entre os alunos do sexo feminino e masculino, e para aqueles que declararam ter religião. Para a subescala “Sharing” escore mais baixo foi observado em alunos que relataram alguma doença grave na família. Para a subescala “Caring” verificou-se escore mais elevado no grupo de alunos cujas mães tinham escolaridade superior.

Os escores médios da escala em relação às variáveis avaliadas estão apresentados na Tabela 2.

TABELA 2 – escores médios da escala ppos em relação às variáveis estudadas, comparando sharing e caring.

Variável		Escore Global Média±DP	Sharing Média±DP	Caring Média±DP	Valor P
Ciclo	Básico	4,36±0,44	4,94±0,51	3,86±0,62	0,176
	Clínico	4,42±0,50	4,86±0,52	3,87±0,74	
Sexo	Feminino	4,47±0,42	4,93±0,51	3,89±0,67	0,001
	Masculino	4,24±0,52	4,87±0,53	3,83±0,69	
Bolsa	Sim	4,37±0,46	4,91±0,53	3,88±0,66	0,140
	Não	4,44±0,48	4,91±0,48	3,84±0,72	
Religião	Sim	4,42±0,48	4,92±0,51	3,86±0,68	0,029
	Não	4,32±0,44	4,88±0,54	3,90±0,68	
Idade	≤21 anos	4,38±0,42	4,93±0,56	3,87±0,65	0,614
	>21 anos	4,40±0,51	4,89±0,47	3,87±0,71	
Perfil Escolar	Pública	4,38±0,48	4,92±0,52	3,87±0,68	0,466
	Privada	4,43±0,37	4,83±0,50	3,84±0,70	
Escolaridade Pai	Outros	4,43±0,46	4,89±0,49	3,81±0,73	0,170
	Superior	4,37±0,47	4,92±0,53	3,89±0,65	
Escolaridade Mãe	Outros	4,33±0,51	4,89±0,56	3,74±0,71	0,010
	Superior	4,41±0,45	4,91±0,50	3,92±0,66	
Médico na família	Sim	4,37±0,47	4,91±0,52	3,86±0,69	0,117
	Não	4,46±0,46	4,91±0,52	3,89±0,64	
Doença Grave na Família	Sim	4,42±0,46	4,86±0,51	3,92±0,66	0,034
	Não	4,35±0,48	4,96±0,52	3,82±0,70	

*Resultados em negrito foram estatisticamente relevantes

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos evidenciaram atitudes centradas no médico na maioria dos estudantes, refletindo uma cultura paternalista na medicina brasileira^{8,14}, onde o médico assume as decisões sobre a propedêutica e terapêutica centrado em suas próprias opiniões. Nesse modelo, a opinião do paciente não é ouvida ao se escolher um tratamento.¹⁷ Os resultados do estudo revelam resultados similares nos escores médios da escala global e das subescalas entre os ciclos básico e clínico.

A atitude dos estudantes varia em relação ao valor da empatia do médico quando iniciam a faculdade de medicina. Os fatores individuais que predizem suas atitudes em relação à empatia também podem influenciar no cuidado empático.^{13,18}

Assim como o escore global, a subescala “Caring” também indica que os estudantes têm ações centradas em si mesmos.⁸ Esse fator está relacionado a quanto o respondente considera que as variáveis psicossociais interferem no adoecer ou se apenas questões biológicas estão ligadas a esse processo. Dessa forma o resultado encontrado indica que estudantes acreditam em uma medicina organicista, baseada em uma prática de saúde menos humanizada e mais objetiva.

A subescala “Sharing”, por sua vez, apresentou atitudes medianamente centradas no paciente. Na PPOS, essa característica se refere a quanto o respondente considera que o paciente deve se envolver no seguimento de tomada de decisão ou o quanto isto

deve estar em poder apenas do médico.⁸

Como o resultado encontrado no estudo foi de caráter intermediário, é possível ponderar que o estudante tem um pensamento incerto sobre o compartilhamento da tomada de decisões. Não sente que a decisão sobre a situação do paciente deve ser totalmente dividida, mas também não crê que deve ser unicamente feita pelo médico. Isso reflete a incerteza do estudante dentro do curso, de forma que ainda não tem uma decisão concreta sobre o tipo de abordagem médica que irá seguir, se uma prática mais organicista ou humanista.

Enfocar apenas as condições instrumentais do raciocínio lógico, mas não mobilizar uma análise de crenças e motivações pessoais através do diálogo oferece risco de formar profissionais com capacidade instrumental lógica e deficiências de sensibilidade.

A medicina centrada no paciente restabelece a importância de um relacionamento empático nos cuidados à saúde.^{2,19} Esse cuidado melhora a satisfação do paciente, bem-estar e adesão à medicação, assim como poderia modificar desfechos clínicos objetivos, como melhor resposta psicológica à dor, como se observa na literatura.²⁰

Foi identificado que mulheres apresentaram valores mais elevados do escore global em relação aos homens, significando atitudes mais centradas no paciente. Esses achados foram semelhantes aos de outros estudos que utilizaram a escala PPOS.^{8,14} Relacionado aos cuidados em saúde, a literatura demonstra diferenças entre os gêneros no que tange a relação médico paciente e atitudes mais centradas no paciente.^{21,22}

Estudos constatam feminização da medicina nos dias atuais, principalmente na atenção primária, evidenciando também que mulheres dedicam mais tempo a cada paciente.^{23,24} Mostraram-se, também, mais propensas a lidar com problemas sociais e psicológicos dos pacientes, além de educação em saúde e aconselhamento.²¹

Estudantes com mães com escolaridade de Ensino Superior apresentaram um escore de “Caring” maior. O presente estudo encontrou uma relação entre o sexo feminino e maior empatia.

Dessa forma, partindo do princípio de que a mãe tem um maior contato na criação da personalidade do filho, é possível que ela transmita empatia no processo de desenvolvimento. Além disso, mães com ensino superior tendem a possuir uma capacidade cognitiva maior, pela própria escolaridade, o que melhora sua capacidade de acompanhar o que é relatado³, adotando o ponto de vista do outro, o que também pode ser transmitido na educação do filho.

Os alunos declarados religiosos obtiveram escore global maior, demonstrando atitudes mais centradas no paciente. Outros estudos sobre a influência da religiosidade na relação médico-paciente reforçam esses achados.^{20,25,26} A ação centrada no paciente possui como fator promotor a empatia²⁷ e a mesma se relaciona diretamente à espiritualidade²⁴, influenciando nas decisões clínicas.²⁵

Um estudo asiático, também realizado em escola médica, apresentou um aumento nos escores de PPOS associado ao recebimento de cuidados de saúde continuados nos estudantes de medicina ou em um parente próximo.²² Em contraponto, observou-se no presente estudo que os estudantes que vivenciaram alguma doença grave na família obtiveram um

escore de “Caring” menor quando comparados aos alunos que não tiveram a mesma vivência. Esses alunos estiveram em contato com médicos que assumiram uma posição de enfrentamento à morte, de luta incessante pela manutenção da vida, indiferente à vontade do doente. Isso possivelmente estabelece uma condição de intransigência e, como consequência, uma agonia prolongada, dor e sofrimento ao doente e familiares.²⁷

Partindo desse princípio, a forma de atuação desse médico no momento em que esse aluno esteve no papel de familiar do doente grave pode explicar a característica desse grupo.

Era esperado encontrar diferença entre grupos básico e clínico, porém, contrapondo-se a outros estudos^{1, 4, 8, 14}, não foi observada diferença em estudantes dos últimos períodos do curso. Alguns estudos demonstraram uma atitude menos centrada no paciente nos últimos períodos do curso^{1,16}, enquanto outros apontaram atitudes mais centradas no paciente^{4,8} ao decorrer da faculdade.

Porém, assim como um estudo realizado em Mali²⁸, não foi encontrada diferença entre as escalas dos alunos avaliados. Os achados podem ser justificados por um viés de seleção, uma vez que o acesso aos estudantes dos últimos anos do curso foi dificultado, reduzindo a amostra desse grupo.

O presente estudo apresenta limitações que merecem ser destacadas. A principal delas foi a exclusão dos alunos dos 11º e 12º períodos da pesquisa, uma vez que não estudam mais na cidade de Barbacena, pois o último ano da faculdade é realizado em outra cidade. A falta desse grupo pode ter interferido nos resultados, pois os alunos do último ano são aqueles que possuem o contato médico-paciente há mais tempo dentre os alunos.

O fato de o estudo possuir amostra homogênea quanto às condições sociodemográficas é uma limitação, pois dificulta a extrapolação dos resultados para a população acadêmica em geral.

Por último, existem poucos estudos brasileiros que utilizaram a escala PPOS em escolas de medicina particulares dificultando comparações mais detalhadas que permitissem maiores discussões acerca dos achados.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos indicaram que os acadêmicos participantes da pesquisa possuem atitudes menos centradas no paciente, demonstrando acreditar em uma medicina baseada na atuação em saúde de forma prática e objetiva. Esses achados são relevantes e sugerem modificações no ensino de medicina.

O médico deve atuar como elo entre a equipe, o paciente e sua família, compartilhando conhecimento. O resgate da humanização deve pautar a prática da medicina, com o principal objetivo de oferecer assistência de qualidade aos pacientes.

Dessa forma, a relação médico-paciente, para que seja construída de forma sólida e duradoura, envolve trocas de experiência, confiança mútua e responsabilidade. É importante o envolvimento do paciente e sua cooperação com o profissional médico, expondo suas opiniões, dúvidas e decisões, colaborando para uma prática médica compartilhada.

A formação do profissional médico deve permitir que o conhecimento técnico seja associado ao ensino da importância da troca, da abordagem individualizada e do diálogo com práticas integrativas entre médico e paciente. O direcionamento do ensino médico para o conhecimento técnico merece reavaliação, além da necessidade de associar-se a ensinamentos que envolvam o aprendizado para melhor manejo do doente.

REFERÊNCIAS

- Haidet P, Kelly PA, Bentley S, Blatt B, Chou CL, Fortin AH 6th. Not the same everywhere. Patient-centered learning environments at nine medical schools. *J Gen Intern Med.* 2006 May;21(5):405-9.
- Howick J, Moscrop A, Mebius A, Fanshawe TR, Lewith G, Bishop FL, et al. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *J R Soc Med.* 2018;111(7):240–52.
- Medeiros NS, dos Santos TR, Trindade EMV, de Almeida KJQ. Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2013;37(4):515–25.
- Ahmad W, Krupat E, Asma Y, Fatima N-E-, Attique R, Mahmood U, et al. Attitudes of medical students in Lahore, Pakistan towards the doctor–patient relationship. *PeerJ.* 2015;3:e1050.
- Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada.* New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching. Bulletin; 1910.
- Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980 May;137(5):535-44.
- Silva Pereira CMA. Tradução, adaptação cultural e validação da Patient – Practitioner Orientation Scale (PPOS) para a língua portuguesa do Brasil [Pós-Graduação]. da Silva CHM, organizador. Universidade Federal de Uberlândia; 2012.6
- Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Chang T, Tseng E, Rogers JC. Medical students’ attitudes toward patient-centered care and standardized patients’ perceptions of humanism: a link between attitudes and outcomes. *Acad Med.* 2001 Oct;76(10 Suppl):S42-4.
- Ribeiro MMF, Krupat E, Amaral CFS. Brazilian medical students’ attitudes towards patient-centered care. *Med Teach.* 2007;29(6):e204–8.
- Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Chang T, Tseng E, Rogers JC. 2001. Medical studentsattitudestowardpatient-centeredcareandstandardizedpatients’ perceptions of humanism: a link between attitudes and outcomes. *Acad Med* 76:S42–4.
- Poole AD, Sanson-Fisher RW. Under standing the patient: a neglected spect of medical education. *Soc Sci Med.* 1979;(13):37–43.
- Santos MA, Bartolo EB, Borges GL, Vazami LM, Smolka LF, Nova LG et al. Avaliação da consulta médica sob o olhar do paciente: Hospital Guilherme Álvaro. Unilus ensino e pesquisa. 2016;(30):13.
- VanRyn M, Hardeman RR, Phelan SM, Burke SE, Przedworski J, Allen ML. Psychosocial predictors of attitudes toward physician empathy in clinical encounters among 4732 1st year medical students: a report from the CHANGES study. *Patient Educ Couns.* 2014 Sep;96(3):367-75.
- Nascimento GM, de Almeida Júnior SL, Teodoro AM, de Carvalho IGM, dos Santos SMR, de Almeida RJ. Avaliação da Relação Médico-Paciente em Alunos Internos de um Curso de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2018;42(1):161–70.
- Krupat E, Yeager CM, Putnam S. 2000. Patient role orientations,doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychology and Health.* 15:707–19.
- Barletta JB. A relação médico-paciente na graduação de Medicina: avaliação de necessidades para a educação médica [Doutorado]. Cipolott R, organizador. Universidade Federal de Sergipe; 2014.
- Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cien Saude Colet.* 2004;9(1):139–46.
- Peixoto JM, Ribeiro MMF, Amaral CFS. Atitude do estudante de medicina a respeito da relação médico-paciente x modelo pedagógico. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2011;35(2):229–36.
- Schmidt H. 1998. Integrating the teaching of basic sciences, clinical sciences, and biopsychosocial issues. *Acad Med* 73(9):S24–S31
- Lacombe JB. Espiritualidade dos estudantes e residentes de Medicina: associações com empatia e atitude na relação médico-paciente [Mestrado]. de Oliveira Morales NM, organizador. Universidade Federal de Uberlândia; 2017.
- Hedden L, Barer ML, Cardiff K, McGrail KM, Law MR, Bourgeault IL. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: a systematic review. *Hum Resour Health.* 2014 Jun;12:32.
- Lee KH, Seow A, Luo N, Koh D. Attitudes towards the doctor-patient relationship: a prospective study in an Asian medical school. *Med Educ.* 2008;42(11):1092–9.
- Scheffer MC, Cassenote AJF. A feminização da medicina no Brasil. *Rev Ordem Med.* 2013;21(2):268–77.
- Wahlqvist M, Gunnarsson RK, Dahlgren G, Nordgren S. Patient-centred attitudes among medical students: gender and work experience in health care make a difference. *Med Teach.* 2010;32(4):e191–8.
- Daaleman TP. Religion, Spirituality, and Health Status in Geriatric Outpatients. *Ann Fam Med.* 2004;2(1):49–53.
- Koenig H, McCullough M, Larson D. *Handbook Of Religion And Health: A century of research reviewed historical context.* Oxford University Press; 2001.
- Oliveira RA. Terminalidade da vida em situação de morte encefálica e de doença incurável em fase terminal. *Rev Ordem Med.* 2005;3(2):77–83.
- Hurley EA, Doumbia S, Kennedy CE, Winch PJ, Roter DL, Murray SM, et al. Patient-centred attitudes among medical students in Mali, West Africa: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2018;8(1):e019224.