

**O paciente como fonte de informação na medicina baseada em evidências (MBE):  
um olhar para a educação médica**

*The patient as a source of information in evidence-based medicine (EBM): a look at  
medical education*

Filipe Xerxeneski da Silveira

Maria do Rocio Fontoura Teixeira

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS**

Porto Alegre – Brasil

**Resumo**

Este artigo busca compreender o paciente como fonte de informação na medicina baseada em evidências, por meio de uma análise dos projetos pedagógicos de cursos de graduação em Medicina do estado do Rio Grande do Sul (RS). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja produção dos dados se deu por meio da análise de conteúdo, fundamentada em Bardin (2011). Foram examinados, minuciosamente, as disciplinas e seus ementários, com o intuito de verificar a abordagem da relação médico-paciente na formação de médicos no RS. O referencial teórico buscou autores que abordassem as temáticas da educação médica, da medicina baseada em evidências e do paciente como fonte de informação na relação com o sujeito médico. Os resultados da investigação, em seis universidades públicas e seis privadas, demonstram diferenças significativas na inserção de disciplinas que abordem as práticas baseadas em evidências, considerando o método clínico centrado no indivíduo biopsicossocial. Os dados apontam para a necessidade de se repensar a educação médica e as práticas pedagógicas de formação e desempenho clínico do sujeito médico na contemporaneidade, em virtude das transformações decorrentes dos processos infocomunicacionais entre médicos e pacientes.

**Palavras-chave:** Educação Médica; Medicina Baseada em Evidências; Relação Médico-Paciente.

**Abstract**

Through this article, the objective is to understand the patient as a source of information in evidence-based medicine, through an analysis in the pedagogical projects of undergraduate medical courses in Rio Grande do Sul (RS). It is a qualitative research, whose production of data took place through a content analysis, based on Bardin (2011). Disciplines and commentaries were thoroughly examined in order to verify the approach of the doctor-patient relationship in the training of doctors in RS. The theoretical framework sought authors who approached the themes of medical education, evidence-based medicine and the patient as a source of information in the relationship with the medical subject. The results of the investigation, in six public and six private universities, demonstrate significant differences in the insertion of disciplines that address evidence-based practices, considering the clinical method centered on the biopsychosocial individual. The data point to the need to rethink medical education and the pedagogical practices of training and clinical performance of the medical subject today, due to the transformations resulting from the infocommunication processes between doctors and patients

**Keywords:** Medical Education; Evidence-Based Medicine; Doctor-Patient Relationship.

### **Considerações iniciais**

Na sociedade da hiperinformação e da hiperconectividade, os conceitos alicerçados na relação médico-paciente como fonte de informação para a tomada de decisão clínica entrelaçam-se com aspectos da formação do sujeito médico. Fica latente a ideia de que nas mídias sociais há um discurso em prol da saúde e da vida saudável, nas quais se produzem verdades que constituem sujeitos, pois basta ligar a televisão, abrir uma revista ou navegar pela web e, sem muita demora, encontramos prescrições para a prevenção, a promoção da saúde e a qualidade de vida. Nessa linha de pensamento, Foucault (1972) elucida que, nas práticas discursivas, é necessário ir além do conhecimento superficial ou senso comum, buscando um maior aprofundamento nas relações de saber-poder. Assim sendo, a informação acessada pelo médico durante a prática clínica pode interferir positivamente em sua decisão, contribuindo para o exercício de uma medicina mais humana e eficiente, por meio da qual o paciente tem voz no julgamento clínico.

Estudos apontam que a medicina baseada em evidências (MBE) é um processo civilizatório que teve origem com René Descartes, na primeira metade do século XVII (ATALLAH, 2018). Descartes (1971, p. 14) afirmava que “toda a ciência é um conhecimento certo e evidente”. Inúmeras controvérsias foram surgindo, especialmente por considerar que a medicina não é uma ciência das certezas, mas sim das probabilidades. Logo, a MBE passou a representar o elo entre a pesquisa científica e a prática clínica, na qual o médico busca fazer uso de evidências mais robustas, disponíveis na literatura da área, para aplicar em cada caso específico, considerando as preferências do paciente na tomada de decisão clínica. Em 1948, iniciaram-se estudos referentes a ensaios clínicos controlados randomizados cegos para testagem de estreptomicina no tratamento da tuberculose (ATALLAH, 2018).

Em sua origem, a medicina ocidental era uma ciência essencialmente humanística, cujas raízes se assentavam no solo da filosofia e da natureza. Seu sistema teórico partia de uma visão holística, que entendia o homem como um ser psicossomático, dotado de corpo e espírito. Partindo destes pressupostos, na época o médico deveria ser mais do que um grande pesquisador ou estudioso: necessitava ser fundamentalmente um humanista. Nessa perspectiva, Darcy Lima (2003), em “História da Medicina”, enfatizou que a característica principal da obra de Hipócrates foi a introdução de um método no exercício médico. Tal

método se caracterizava pela observação criteriosa de tudo que pudesse estar envolvido no surgimento “[...] de uma doença, pelo estudo do paciente como um todo em lugar de partes ou doenças isoladas e pela conduta honesta, altruísta, idealista e pouco intervencionista do médico” (LIMA, 2003, p. 46). É notório que na contemporaneidade o exercício da prática médica segue uma tendência para a progressiva fragmentação do conhecimento médico, numa vasta gama de especialidades.

Pode-se dizer, com isso, que a medicina está alicerçada em uma racionalidade anátomo-clínica-patológica. Para que o médico possa conhecer uma determinada verdade sobre um fato patológico, precisa abstrair a pessoa doente, pois seu foco é a doença. Nesse sentido, recorremos a Foucault (1998, p. 8) para justamente evidenciar a soberania do olhar médico sobre o paciente, pois, na visão dele, o médico “[...] dirige-se ao que há de visível na doença, mas a partir do doente, que oculta este visível, mostrando-o; conseqüentemente, para conhecer, ele deve reconhecer”. Ora, o que se discute aqui é uma perspectiva da relação médico-paciente a partir dos princípios da salutogênese, levando em consideração a Carta de Ottawa, documento apresentado na primeira Conferência de Promoção da Saúde, no ano de 1986, sob uma perspectiva da saúde positivista, de movimentos favoráveis à prevenção da doença, expandindo os horizontes para uma maior literacia em saúde e, conseqüentemente, qualidade de vida da população (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2002).

Cabe ressaltar que estudos experimentais e observacionais estão disponíveis em bases de dados da área médica, representando um avanço na qualidade metodológica de inúmeros desenhos experimentais relacionados ao uso da informação especializada em saúde.

Choo (2006) e Choo *et al.* (2008) salientam que as pessoas usam tais informações para criar significados, construir conhecimento e tomar decisões, e expõem que o conhecimento está sustentado em três arenas: criação de significado, construção do conhecimento e tomada de decisão. No contexto médico, mais especificamente nas decisões clínicas, o paciente torna-se uma rica fonte de informação, visto que a coleta de dados sobre o seu estado de saúde, especialmente a anamnese do paciente, somada ao exame físico e, posteriormente, às evidências científicas, tornam-se os pilares necessários para hipóteses diagnósticas acertadas e, conseqüentemente, tomada de decisões para os

## *O paciente como fonte de informação na medicina baseada em evidências (MBE): um olhar para a educação médica*

melhores procedimentos a serem adotados e a busca de soluções diagnósticas que impliquem melhoria da saúde e qualidade de vida.

Para Hjørland (2012), as pesquisas atuais sobre fontes de informação estão direcionadas à qualidade dessas informações. Isso acontece porque existe um elevado número de documentos disponíveis aos usuários, sendo necessário apresentar-lhes os que melhor satisfaçam suas necessidades informacionais.

Inferimos, portanto, que é necessária uma articulação entre os currículos e as ementas dos cursos de graduação em Medicina, com os princípios norteadores do cotidiano da prática clínica, uma vez que, na relação médico-paciente, o paciente precisa ser analisado como um sujeito único e consideradas as formas como ele lida com o binômio saúde-doença.

Por meio dessa linha de pensamento, o objetivo deste estudo é analisar se, na educação médica, especialmente através de uma investigação detalhada em projetos pedagógicos de cursos (PPCs) de graduação em Medicina do estado do Rio Grande do Sul (RS), verifica-se um protagonismo do paciente em sua relação com o médico, para a tomada de decisões baseadas em evidências.

### **A Educação Médica e a medicina baseada em evidências (MBE)**

Elencamos o legado do pensamento hipocrático para evidenciar que o paciente pode recuperar sua saúde pelo contentamento, disposição, afeto e bondade do médico. Maria Helena Diniz (2001, p. 511), pesquisadora reconhecida na área da Bioética Médica, corrobora com a ideia de que “a obtenção do consentimento do paciente após a informação médica resulta do seu direito de autodeterminação, ou seja, de tomar decisões relativas à sua vida, à sua saúde e à sua integridade físico-psíquica [...]”. No último século, a medicina tornou-se uma profissão muito fragmentada, baseada nas sociedades de especialidades médicas. De acordo com a Associação Médica Brasileira (AMB, 2020), após a formação inicial, o médico pode fazer residência em 59 diferentes especialidades. Com os avanços oriundos da informática médica e do diagnóstico por imagens, as relações entre médicos e pacientes ficaram descompassadas, uma vez que os profissionais passaram a prescrever muitos exames laboratoriais e de imagens, em detrimento de um cuidado mais intimista com o paciente.

Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina definem, em seu artigo 3º, o perfil do egresso:

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, *humanista, crítica, reflexiva e ética*, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com *a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano* e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014, p. 8, grifo nosso)

Isso permite compreender que a educação médica, no que diz respeito ao cuidado com o paciente, necessita buscar alicerces conceituais na moderna medicina científica, uma vez que a relação médico-paciente deve ser praticada segundo uma visão holística e integralizada do sujeito.

Partindo desse viés, recorreremos aos pressupostos inerentes ao paradigma biopsicossocial, proposto por Belloch Fuster e Olabarría González (1993), por meio do qual os autores enfatizam o corpo humano como um organismo que contém (fontes) informações biológicas, psicológicas e sociais:

- 1) O corpo humano é um organismo biológico, psicológico e social, ou seja, recebe informações, organiza, armazena, gera, atribui significados e os transmite, os quais produzem, por sua vez, maneiras de se comportar;
- 2) Saúde e doença são condições que estão em equilíbrio dinâmico; estão codeterminadas por variáveis biológicas, psicológicas e sociais, todas em constante interação;
- 3) O estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento de várias doenças devem considerar as contribuições especiais e diferenciadas dos três conjuntos de variáveis citadas;
- 4) A etiologia dos estados de doença é sempre multifatorial. Devem-se considerar os vários níveis etiopatogênicos e que todos eles requerem uma investigação adequada;
- 5) A melhor maneira de cuidar de pessoas que estão doentes se dá por ações integradas, realizadas por uma equipe de saúde, que deve ser composta por profissionais especializados em cada uma das três áreas;
- 6) Saúde não é patrimônio ou responsabilidade exclusiva de um grupo ou especialidade profissional. A investigação e o tratamento não podem permanecer exclusivamente nas especialidades médicas. (BELLOCH FUSTER; OLABARRÍA GONZÁLEZ, 1993, p. 182, tradução nossa)

Na era da saúde baseada em evidências, uma das habilidades importantes que os profissionais da área precisam adquirir é a capacidade de analisar criticamente uma literatura científica e, conseqüentemente, as melhores evidências disponíveis. Convém dizer que Clark (2009) definiu evidência como toda a pesquisa clinicamente testada, robusta e relevante à comunidade científica, *“especialmente centrada no paciente e que preza pela*

## *O paciente como fonte de informação na medicina baseada em evidências (MBE): um olhar para a educação médica*

acurácia e precisão de testes diagnósticos, o poder de marcadores prognósticos e a eficácia e segurança de procedimentos terapêuticos e preventivos” (CLARK, 2009, p. 28, grifo nosso).

Nota-se que, nos currículos de medicina, a interdisciplinaridade tem sido uma exigência para a integralidade, principalmente no planejamento pedagógico, na articulação entre as disciplinas, nos cenários de práticas e em atividades complementares.

Isso nos leva a relatar que, a partir da análise crítica de evidências e sua aplicação na decisão clínica compartilhada entre médicos e pacientes, são desencadeados importantes desfechos relacionados à prática médica em todas as áreas de assistência à saúde. Neste sentido, a indagação mais pertinente seria: a atual formação médica ampara o paciente como fonte de informação compartilhada nas tomadas de decisões clínicas?

### **O paciente como fonte de informação**

Na introdução da obra intitulada “A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial”, o autor afirma que “a humanização na área da saúde compara-se talvez em termos de grandeza com a água potável para o planeta” (DE MARCO, 2003, p. 13). A medicina vem sofrendo avanços importantíssimos ao longo das décadas, enquanto os mesmos profissionais, do ponto de vista humano, afastaram-se dos pacientes, o que denota uma lacuna imensa na relação profissional médico-paciente.

Em tempos de *Big Data* e telemedicina, fortalecer atitudes preventivas e de autocuidado condiz com soluções para um melhor desfecho ao paciente e para todo o sistema de saúde. Assim como Pellizzon, Población e Goldenberg (2003, p. 493) conceituam fonte de informação como “qualquer recurso que responda a uma demanda por parte dos usuários, incluindo produtos e serviços de informação, pessoas, ou rede de pessoas, programa de computador”, o paciente assume um protagonismo como fonte de informação nas decisões compartilhadas. Se durante décadas a medicina vivenciou uma formação paternalista, acostumada a um relacionamento verticalizado do profissional com o seu paciente, o cenário atual é de mudanças, sendo que o paciente do século XXI não quer mais ser passivo, pelo contrário, ele quer cooperar, ser co-partícipe na compreensão de sua sintomatologia.

Stewart *et al.* (2000) são contundentes ao afirmar que a medicina centrada no paciente sugere uma ressignificação do método clínico tradicional e apresentam seis

princípios que norteiam esta prática na relação médico-paciente: 1) a exploração e a interpretação, pelo médico, da doença e da experiência de adoecer do paciente, tendo a experiência de adoecer quatro dimensões: o sentimento de estar doente; a ideia a respeito do que está errado; o impacto do problema na vida diária; e as expectativas sobre o que deveria ser feito; 2) o entendimento global da pessoa; 3) a busca de objetivos comuns, entre o médico e o paciente, a respeito do problema ou dos problemas e sua condução; 4) a incorporação de medidas de prevenção e promoção de saúde; 5) a melhora ou intensificação da relação médico-paciente; 6) a sua viabilidade em termos de custos e tempo.

Já a autora Teixeira (2011), ao discorrer sobre fontes pessoais de informação, deixa claro que tais fontes se originam das pessoas que possuem conhecimentos destacáveis sobre determinados assuntos. Sobre as fontes de caráter individual, ela afirma que:

[...] as fontes de caráter individual são as pessoas-fonte que garantirão a autoridade acerca de determinado assunto, segundo o seu grau de conhecimento e suas relações profissionais. Pessoas-fonte são facilmente localizadas em diretórios, biografias, dicionários biográficos, sites da *web*, banco de dados e índices especializados [...]. (TEIXEIRA, 2011, p. 38).

Um ponto sobre o qual precisamos buscar clareza refere-se à figura do paciente nos princípios da MBE. Com todas as transformações mundanas, em que o paciente tem acesso às mídias digitais e dirige-se ao consultório médico com inúmeras expectativas em relação aos seus sintomas, torna-se preponderante que o profissional da saúde demonstre clareza quanto à informação disponível na literatura e, conseqüentemente, o julgamento clínico individualizado. Boudreau, Cassell e Fucks (2007, p. 1193, tradução nossa) ressaltam que “[...] a prática e o ensino da medicina permanecem orientados para a doença e a incongruência é o resultado de uma dicotomia entre as ciências básicas e clínicas mantidas por uma distinção mais recente entre doença e enfermidade”.

Utilizamos como base o Quadro 1 para representar a sinergia necessária à tomada de decisão clínica eficiente:

Quadro 1 – O paciente nos princípios da Medicina Baseada em Evidências

Paciente	Valores, interesses, preferências, expectativas, história de vida
Informação	Relevância clínica, pesquisa com comprovação científica, melhor evidência disponível
Médico	Capacidade de usar os conhecimentos clínicos e a experiência para identificar rapidamente o estado de saúde e o diagnóstico de cada

## O paciente como fonte de informação na medicina baseada em evidências (MBE): um olhar para a educação médica

	paciente. Tomada de decisão clínica.
--	--------------------------------------

Fonte: STRAUS *et al.* (2005, p. 24, tradução nossa).

Por meio dele, compreendemos que o médico precisa usar o seu conhecimento prévio e aplicar a sua intuição de prática com as evidências oriundas de estudos científicos rigorosos para optar pela melhor terapêutica em cada paciente que ele atende. Porém, há estudos realizados em renomados periódicos da área em que são apontados evidentes erros metodológicos em relatos de casos em determinadas áreas da medicina, o que nos faz pensar acerca da validade de resultados apresentados em estudos científicos e, conseqüentemente, das evidências científicas resultantes desses resultados.

Na definição de Sackett *et al.* (2005), MBE consiste no uso correto, cuidadoso, explícito e judicioso (com bom julgamento) da melhor evidência atualmente disponível na tomada de decisões clínicas de um paciente individual. A expressão Prática Baseada em Evidências, ou análise de decisões clínicas, como foi originalmente adotada, é definida como “a integração das melhores evidências de pesquisa, com a habilidade clínica e as preferências do paciente” (SACKETT *et al.*, 2005, p. 19). Para Drummond (2004, p. 13), evidências externas são informações e dados “coletados, na literatura médica recente, cuja validade e importância são aferidas por determinados critérios”. A prática clínica com base na MBE pressupõe aplicação de método que interliga a experiência clínica e as evidências disponíveis na literatura científica.

### **Percursos metodológicos**

Com o intuito de atender o objetivo proposto para este estudo, o arcabouço metodológico se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, alicerçada em diferentes componentes, tais como: os dados oriundos de várias fontes (referenciais teóricos, observações dos currículos das Faculdades de Medicina, PPCs e ementas das disciplinas), além dos procedimentos para interpretar, organizar, contextualizar, reduzir e relacionar os dados obtidos. A pesquisa qualitativa está pautada no “resultado de uma série de decisões, começando por formular uma pergunta de pesquisa e continuando por encontrar e usar os métodos apropriados para trabalhar com vistas a responder essa pergunta” (FLICK, 2009, p. 27-28).

Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio (2013, p. 29) definem o método qualitativo como “[...] um processo indutivo, recorrente e não linear. Por meio dele,



podem ser feitas análises de múltiplas realidades subjetivas”. Para os autores, o principal fundamento de uma pesquisa qualitativa é “[...] compreender e aprofundar os fenômenos, que são explorados a partir da perspectiva dos participantes em um ambiente natural e em relação ao contexto” (HERNÁNDEZ SAMPIERI; FERNÁNDEZ COLLADO; BAPTISTA LUCIO, 2013, p. 376).

O *corpus* desta pesquisa foi constituído por um mapeamento de 12 cursos de Medicina, obtido por meio do site do Conselho Federal de Medicina (CFM; 2010) e de dados existentes no site do e-MEC (BRASIL, 2020). No CFM (2010), analisaram-se as faculdades de Medicina vigentes no estado do RS, se eram públicas ou privadas e o código de ética médica em vigor. No site do e-MEC (BRASIL, 2020), buscaram-se informações adicionais sobre os cursos de Medicina do RS, tais como endereço, página *web* e nome do coordenador. Dos doze cursos analisados, apenas seis apresentavam, na internet, os PPCs com as grades curriculares e as ementas das disciplinas. Com os demais, foi necessário entrar em contato com os coordenadores de curso por *e-mail* ou solicitar através do e-SIC (BRASIL, 2017), que é o sistema eletrônico do serviço de informações ao cidadão do Governo Federal. É importante salientar que tal sistema permite que qualquer pessoa, física ou jurídica, encaminhe pedidos de acesso à informação para órgãos e entidades do Poder Executivo. Veiga (2001, p. 46) salienta que um projeto político pedagógico de curso tem “[...] a importância de garantir sua operacionalização nas estruturas escolares, pois uma coisa é estar no papel, na legislação, na proposta, no currículo, e outra é estar ocorrendo na dinâmica interna da escola, no real, no concreto”.

Com todos os documentos em mãos, foi realizada a categorização e a análise dos currículos e das ementas, com o intuito de ponderar sobre a articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, no que se refere à relação médico-paciente, para o futuro exercício profissional do médico.

Quanto à técnica de tratamento de dados, recorreu-se à análise de conteúdo, compreendida como um conjunto de técnicas que prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (a inferência) e a interpretação (BARDIN, 2011). A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que visam obter informações sobre os significados implícitos nas mensagens. Permite o tratamento de diversos tipos de texto, sejam eles escritos ou imagéticos, buscando extrair uma

*O paciente como fonte de informação na medicina baseada em evidências (MBE): um olhar para a educação médica*

interpretação possível e considerando que “por detrás de um discurso aparente, geralmente simbólico e polissêmico, esconde-se um sentido que convém desvendar” (BARDIN, 2011, p. 136). Salienta-se que essa técnica tem por finalidade, especialmente, averiguar os níveis de compreensão, com maiores detalhes, dos fenômenos que se propõe a investigar.

A partir de uma análise criteriosa dos PPCs verificados, foi possível sistematizar as discussões e os resultados, que serão apresentados a seguir, considerando a articulação entre as dimensões teórica e prática nos cursos de Medicina com possíveis implicações na formação docente, considerando o paciente como fonte de informação na tomada de decisão clínica.

### **Resultados e discussões**

É importante ressaltar que, por meio dos PPCs, as universidades têm a capacidade de construir a identidade de seus cursos a partir das disciplinas e ementários, focando no desenvolvimento do ensino-aprendizagem e do retorno à sociedade. Nesse sentido, Vasconcellos (2004, p. 47) deixa claro que “[...] o projeto não pode ser uma camisa de força, para a universidade e para o professor [...] a postura de abertura deve ser mantida”.

Considerando o universo dos doze cursos de graduação em Medicina no RS analisados (sendo seis universidades privadas, identificadas como PV01, PV02, PV03, PV04, PV05, PV06 e seis universidades públicas, identificadas como PB01, PB02, PB03, PB04, PB05 e PB06), conforme apresentado no Quadro 2, passaremos a discutir os resultados, com o intuito de analisar se, na educação médica, especialmente nas graduações em Medicina do estado do RS, verifica-se um protagonismo do paciente na relação com o médico, para a tomada de decisões baseadas em evidências.

Quadro 2 – Cursos de Medicina x disciplina no PPC x abordagem da relação médico-paciente

UNIVERSIDADE	DISCIPLINA NO PPC	EMENTÁRIO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE
PB01	Psicologia Médica; Psicologia Médica II – Relação Médico-Paciente	[...] relacionamento humano <i>interdisciplinar e biopsicossocial</i> , reconhecer o paciente como um <i>sujeito único</i> .
PB02	Psicologia Médica e saúde mental	[...] reflexão sobre aspectos da relação médico-paciente, das reações individuais do adoecer, à hospitalização e aos aspectos biopsicossociais das doenças.
PB03	Semiologia	[...] <i>Fundamentos da relação médico-paciente</i> . Conhecimentos e habilidades para elaboração da história clínica e exame físico.

PBo4	Psicologia Médica I, II, III e IV; Antropologia do Corpo e Saúde	[...] compreender melhor a pessoa humana, contribuindo para o desenvolvimento de uma boa Relação Médico-Paciente. [...] transmitir conhecimentos teóricos e práticos.
PBo5	Relação Médico-Paciente A	[...] princípios fundamentais das relações interpessoais na relação médico-paciente.
PBo6	Introdução à Psicologia e às habilidades médicas; Antropologia Médica; Psicologia e Medicina e Vivências no Sus 1 e 2	[...] escuta clínica: relação médico-paciente. horizonte antropológico da relação Médico-Paciente e método clínico centrado na pessoa.
PVo1	Propedêutica médica	[...] valorização da relação médico-paciente.
PVo2	Psicologia Médica	[...] formação psicológica do médico; Relação Médico-Paciente em situações especiais.
PVo3	Semiologia Médica	[...] componentes psico-afetivos necessários para a elaboração diagnóstica e domínio da propedêutica médica.
PVo4	Semiologia da Relação Médico-Paciente I e II; Relação Médico-Paciente com ênfase na empatia	[...] abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos, domínio da propedêutica médica; compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente.
PVo5	Psicologia e Medicina	[...] estudos integrados dos conhecimentos e habilidades contidos na Psicologia e que são de grande relevância na formação de um profissional médico eficiente, solidário e, sobretudo, humano.
PVo6	Psicologia – Relação Médico-Paciente	[...] relação médico-paciente; médico-família; relação médico-equipe de saúde; médico-instituição; médico-comunidade. O médico enquanto indivíduo.

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Inicialmente, analisando os dados referentes às disciplinas e ementários das Instituições de Ensino Superior (IES) públicas, notamos que, das 06 analisadas, 04 trazem uma ou mais disciplinas de Psicologia Médica para abordar a relação médico-paciente e, conseqüentemente, o paciente como uma fonte de informação. Chama a atenção a PBo3, que aborda tal temática na disciplina de Semiologia. De acordo com Rodrigues e Rodrigues (2003), a semiologia vem do grego *semeion* (sinal) e *logos* (discurso), ou seja, trata-se do estudo dos sinais das doenças. É a ciência metodizada do resultado clínico sistematizado. Nos cursos de Medicina, a semiologia tem o objetivo de aprimorar a comunicação do médico com o paciente, como componente essencial da competência clínica. As IES classificadas pelas siglas PBo1, PBo2, PBo4 e PBo6 trazem a abordagem da relação médico paciente em

*O paciente como fonte de informação na medicina baseada em evidências (MBE): um olhar para a educação médica*

disciplinas de Psicologia Médica. Salienta-se, nesse sentido, que a Psicologia Médica é um campo interdisciplinar que lida com os processos de adoecimento, com o acolhimento dos indivíduos e com as vivências psíquicas e corporais por meio das manifestações psicossomáticas. Afora, vale lembrar da importância de uma sistematização teórica e prática a respeito de uma (re)humanização da medicina na atualidade. Muitos estudos, em importantes periódicos da área médica, passaram a utilizar a expressão “Medicina Centrada no Paciente” como uma “revolução do método clínico”, cujas origens encontram-se na “antiga escola de medicina de Cos” (RIBEIRO; AMARAL, 2008, p. 91).

Chama a atenção também que as IES PBo4 e PBo6 trazem uma disciplina de Antropologia relacionada à saúde para abordar a relação do médico com o paciente. Recorremos à obra intitulada “Psicologia Médica: abordagem integral do processo saúde-doença”, na qual os autores De Marco *et al.* (2012) descrevem que:

[...] o que estamos expondo é a necessidade de uma formação que habilite, de fato, o profissional a ter uma visão e uma atuação que contemplem a integralidade do adoecer e do ser. Os médicos precisam ser tocados pela vida do paciente, bem como por sua doença. *O médico não precisa ser um antropólogo, mas deve saber como perguntar sobre a cultura de seu paciente.* [...] bons médicos são aqueles que conseguem ouvir seus pacientes e acionar todos os recursos disponíveis capazes de contribuir para o seu bem-estar. (DE MARCO *et al.*, 2012, p. 27, grifo nosso)

Outro fator preponderante na análise das IES públicas pesquisadas é que, das seis analisadas, três delas apresentam mais de uma disciplina que aborda a relação médico-paciente. Destacam-se também a PBo4 e a PBo6, que, durante seis anos de curso de graduação em Medicina, oportunizam ao graduando cinco disciplinas desenvolvendo no estudante competências e habilidades para lidar com as individualidades e subjetividades humanas fundamentais à prática médica.

Quanto às IES privadas, salientamos que, dos seis cursos, apenas um, o PV04, apresenta mais de uma disciplina abordando a relação médico-paciente. As análises seguintes dizem respeito às IES privadas, em um total de seis. É compreensível a relação entre semiologia, propedêutica e antropologia médica no cuidado com o paciente. Tornar o paciente como uma fonte de informação na sua totalidade é um dos princípios norteadores das práticas baseadas em evidências, considerando que o ser humano não é um sistema fechado: todo o seu ser se comunica com o ambiente, com o mundo, e mesmo quando

aparentemente não existe comunicação, isto já é uma forma de comunicação, como o silêncio, às vezes, é mais eloquente do que a palavra (PERESTRELLO, 2006).

É possível considerar que, das doze IES consultadas, cinco delas trazem disciplinas com enfoque específico na relação médico-paciente, uma vez que se reconhece a importância dessas atitudes como recurso diagnóstico, terapêutico e humanístico do médico.

### **Considerações finais**

Na contemporaneidade, a relação entre o médico e o paciente perpassa os pilares da MBE, compreendendo a constituição de subjetividades nas relações de comunicação, empatia, tratamento individualizado, julgamento clínico e fontes de informações disponíveis.

É notório que a medicina do século XXI vivencia grandes transformações, como as células e órgãos artificiais, as terapias genéticas, os novos instrumentos na medicina e no diagnóstico por imagens, a estimulação cerebral precisa e confiável, as terapias baseadas em células-tronco, os nanorrobôs, a inteligência artificial, dentre outras descobertas dessa sociedade digital. Porém, a relação médico-paciente continuará baseada na confiança, na construção de um vínculo baseado no respeito, enfim, em uma nova cultura de atendimento.

Cabe ao médico, no processo comunicacional, trazer ao conhecimento e discussão do paciente todas as possibilidades de tratamento clínico disponíveis. O código de ética médica preconiza que, no processo de tomada de decisões profissionais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, no que diz respeito aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, uma vez adequados ao caso e cientificamente comprovados.

Embora nem todos os cursos de Medicina analisados abordem de forma abrangente a relação do médico-paciente, especialmente na tomada de decisão clínica, vislumbra-se um cenário de transformações acerca dessa temática. Os PPCs mais atualizados já refletem de forma pragmática aspectos relativos à comunicação humana e o método clínico centrado na pessoa.

## *O paciente como fonte de informação na medicina baseada em evidências (MBE): um olhar para a educação médica*

Por muitos anos, o julgamento clínico no processo decisório considerava apenas as fontes de informações formais. O desenvolvimento dessas fontes informacionais na área médica só ganha força quando as primeiras revistas científicas começam a ser editadas.

O amplo desenvolvimento dos meios de comunicação e o maior acesso à informação médica pela população abrem, atualmente, um novo campo na relação médico-paciente, desde aquela posição de autoridade médica, ministrando conselhos e tratamentos, até uma nova posição, de compartilhamento de decisões entre o paciente e o médico. Por meio deste artigo, consideramos que a autonomia será o principal pilar da bioética médica na contemporaneidade. O poder de decidir sobre si mesmo, preconizando a liberdade de cada ser humano, deve ser resguardado, considerando os princípios norteadores da MBE.

Observa-se que o paciente, como uma fonte de informação na educação médica, representa uma ruptura entre a medicina paternalista e a medicina científica. Nesse sentido, a produção da informação com qualidade para a tomada de decisão compartilhada demanda a existência dos dados quantitativos e qualitativos, no intuito de subsidiar o planejamento estratégico e a tomada de decisão na área da saúde.

Por fim, consideramos que este estudo nos permite compreender a essência atribuída ao paciente na formação de médicos no estado do RS. Acreditamos na justiça social e no empoderamento do paciente no julgamento clínico.

Para trabalhos futuros, prospectamos estudos que dinamizem aspectos da assistência aos pacientes em consultas a distância, considerando as transformações mundanas, não deixando de lado, porém, as relações interpessoais, indispensáveis à melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

### **Referências**

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Sociedades de especialidades filiadas à AMB**. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://amb.org.br/sociedades-de-especialidade-filiadas-amb/>. Acesso em: 26 set. 2020.

ATALLAH, Álvaro Nagib. Medicina baseada em evidências. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 43-44, 2018. Disponível em: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904888/rdt\\_v23n2\\_43-44.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904888/rdt_v23n2_43-44.pdf). Acesso em: 11 set. 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BELLOCH FUSTER, Amparo; OLABARRÍA GONZÁLEZ, Begoña. El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. **Clínica y Salud**, Madrid, v. 4, n. 2, p. 181-190, 1993.

BOUDREAU, J. Donald; CASSELL, Eric J.; FUCKS, Abraham. A healing curriculum. **Medical Education**, Oxford, v. 41, n. 12, p. 1193-1201, 2007.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. **Sistema Eletrônico de Informações ao Cidadão (e-SIC)**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://esic.cgu.gov.br/>. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior (e-MEC)**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://emec.mec.gov.br/>. Acesso em: 6 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 8-11, 23 jun. 2014.

CHOO, Chun Wei. **A organização do conhecimento**: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. 2. ed. São Paulo: SENAC, 2006.

CHOO, Chun Wei *et al.* Information culture and information use: an exploratory study of three organizations. **Journal of the American Society for Information Science and Technology**, Bloomington, v. 59, n. 5, p. 792-804, 2008.

CLARK, Otávio Augusto Câmara. Medicina baseada em evidências para auditores. In: GONÇALVES, Viviane Fialho (coord.). **Fronteras de autoria em saúde**. São Paulo: Farol do Forte, 2009. v. 1, p. 27-32.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 19-27. (Série B. Textos básicos em Saúde). Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em: 6 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Portal médico**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/>. Acesso em: 6 nov. 2010.

DE MARCO, Mario Alfredo. Introdução. In: DE MARCO, Mario Alfredo (org.). **A face humana da medicina**: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 1-16.

DE MARCO, Mario Alfredo *et al.* **Psicologia médica**: abordagem integral do processo saúde-doença. Porto Alegre: Artmed, 2012.

*O paciente como fonte de informação na medicina baseada em evidências (MBE): um olhar para a educação médica*

DESCARTES, René. **Regras para a direção do espírito**. Lisboa: Estampa, 1971.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001.

DRUMMOND, José Paulo. O que é medicina baseada em evidências?. In: DRUMMOND, José Paulo; SILVA, Eliézer; COUTINHO, Mário. **Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 13-28.

FLICK, Uwe. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Petrópolis: Vozes, 1972. (Epistemologia e pensamento contemporâneo, v. 3).

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998. (Campo teórico).

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, María del Pilar. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. (Métodos de pesquisa).

HJORLAND, Birger. Methods for evaluating information sources: an annotated catalogue. **Journal of Information Science**, London, v. 38, n. 3, p. 258-268, 2012. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0165551512439178>. Acesso em: 11 set. 2017.

LIMA, Darcy. **História da medicina**. Petrópolis: Medsi, 2003.

PELLIZZON, Rosely de Fátima; POBLACIÓN, Dinah Aguiar; GOLDENBERG, Saul. Pesquisa na área da saúde: seleção das principais fontes para acesso à literatura científica. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 493-496, 2003.

PERESTRELLO, Danilo. **A medicina da pessoa**. 5. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

RIBEIRO, Maria Mônica Freitas; AMARAL, Carlos Faria Santos. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 90-97, 2008.

RODRIGUES, Yvon Toledo; RODRIGUES, Pedro Paulo Bastos. **Semiologia pediátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SACKETT, David L. *et al.* **Medicina baseada em evidências: prática e ensino**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

STEWART, M. *et al.* The impact of patient-centered care on outcomes. **The Journal of Family Practice**, New York, v. 49, n. 9, p. 796-804, 2000.

STRAUS, Sharon E. *et al.* **Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM**. 3rd. ed. Edinburgh: Elsevier, 2005.



TEIXEIRA, Maria do Rocio Fontoura. **Redes de conhecimento em ciências e o compartilhamento do conhecimento.** 2011. 142 f. Tese (Doutorado em Educação em Ciências, Química da Vida e Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

VASCONCELLOS, Celso dos Santos. **Coordenação do trabalho pedagógico: do projeto político-pedagógico ao cotidiano da sala de aula.** São Paulo: Libertad, 2004.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro. Projeto político-pedagógico: novas trilhas para a escola. In: VEIGA, Ilma Passos Alencastro; FONSECA, Marília (org.). **As dimensões do projeto político-pedagógico: novos desafios para a escola.** 4. ed. São Paulo: Papirus, 2001. p. 45-68.

### **Sobre os autores**

#### **Filipe Xerxeneski da Silveira**

Doutorando e Mestre em Educação em Ciências (PPGECQVS) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Email:** [filipe.silveira@poa.ifrs.edu.br](mailto:filipe.silveira@poa.ifrs.edu.br)

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-5338-1498>

#### **Maria do Rocio Fontoura Teixeira**

Doutora em Educação em Ciências (PPGECQVS) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde.

**Email:** [mrfontoura@gmail.com](mailto:mrfontoura@gmail.com)

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-9888-7185>

Recebido em: 18/01/2021

Aceito para publicação em: 11/02/2021