

SILVANA MARIA DE MIRANDA

**INVESTIGAÇÃO DAS ATITUDES DE ESTUDANTES DE
GRADUAÇÃO EM MEDICINA CONSIDERANDO AS
DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS.**

**FLORIANÓPOLIS
2006**

SILVANA MARIA DE MIRANDA

**INVESTIGAÇÃO DAS ATITUDES DE ESTUDANTES DE
GRADUAÇÃO EM MEDICINA CONSIDERANDO AS
DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS.**

**Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado em Ciências Médicas da
Universidade Federal de Santa Catarina
para a obtenção do título de Mestre em
Ciências Médicas.**

Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Márcia Margaret Menezes Pizzichini
Orientador: Prof^ª. Dra. Maria Marlene de Souza Pires
Co-orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Justo e Silva

**FLORIANÓPOLIS
2006**

Miranda, Silvana Maria de.

Investigação das atitudes de estudantes de graduação em Medicina considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais./ Silvana Maria de Miranda. - Florianópolis, 2006.

163 p.

Orientador: Maria Marlene de Souza Pires

Co-orientador: Carlos Alberto Justo e Silva

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina.

Curso de Mestrado em Ciências Médicas.

1. atitude. 2. currículo. 3. estudantes de medicina. 4. psicometria.

Aos meus pais: Anna Maria Collares de Miranda e Sylvio

Alves de Miranda (in memorian),

A minha filha, Isadora de Miranda Müller,

Ao meu marido, Mauricio José Müller.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Professora Dra. Maria Marlene de Souza Pires, orientadora desta dissertação, pela amizade, compreensão, sensibilidade e pelo incentivo para ir à busca de sonhos e verdades científicas, conduzindo a realização e culminância do trabalho com extrema sabedoria e competência.

Ao Professor Dr. Carlos Alberto Justo e Silva, co-orientador desta dissertação e um dos juízes nesta pesquisa, pela amizade, pelo apoio científico, por acreditar e estimular a pesquisa na área de educação médica. Muita obrigada, pois sua grandeza me permitiu crescer, vencendo este desafio que coloquei a minha frente.

A Professora Dra. Silvia Modesto Nassar pelo interesse, carinho, apoio, generosidade e apoio às delimitações de minhas iniciativas com objetividade, ciência e ousadia. Ficou indelével no meu coração. Obrigada Silvia!

Aos professores que aceitaram participar da pesquisa como juízes para avaliar as proposições da escala atitudinal, oportunidade única que me concederam e cujos relatos possibilitaram a construção desse trabalho. Obrigada Professora Dra. Clara Amélia de Oliveira, pelo incentivo e observações criteriosas e objetivas. Agradeço com muito carinho a Professora Dra. Maria Aparecida Basile pelo grande estímulo à continuidade desta pesquisa e por sua dedicação e labuta para as transformações na educação médica brasileira. À Professora Dra Raquel Duarte Moritz pela valiosa colaboração na seleção das proposições. Ao Professor Dr. Edelson Flávio Morato, pela especial atenção com que me recebeu, pela valiosa colaboração e pelo apoio e estímulo à minha participação nas atividades do Mestrado de Ciências Médicas. Ao Professor Dr. Nelson Grisard pela sua contribuição na área de aprendizado da Ética e pela indicação de referências bibliográficas.

A UNESC, Universidade do Extremo Sul Catarinense, pelo estímulo a pesquisa e apoio institucional.

A todos os estudantes e professores do Curso de Graduação em Medicina da UNESC, sem os quais não seria possível a realização desta pesquisa.

A todos os profissionais do Curso de Graduação em Medicina da UNESC, por todos os momentos compartilhados ao longo destes anos e pela cooperação para o

desenvolvimento deste trabalho. Agradecimento em especial ao Diogo Duarte e ao Fábio Biff Goulart, pelo apoio na digitação do banco de dados

Aos funcionários do Mestrado em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), pela amizade e apoio.

Aos colegas de curso de Mestrado de Ciências Médicas da UFSC, sobretudo ao Carlos Alberto Carvalho, pelo apoio, amizade e bom humor que me ajudaram a transformar esse período numa aventura leve e saborosa.

Aos professores do curso de Mestrado de Ciências Médicas da UFSC, pela contribuição científica.

Obrigada aos amigos e familiares que compreenderam e me incentivaram apesar de me ausentar do convívio sempre acalentador.

Ao chegar ao final destes agradecimentos tenho como certo que aqui não foram nomeados tantos quantos contribuíram para a execução deste trabalho. A todos fico eternamente grata.

Este longo caminho teria sido mais difícil, não fossem o imenso carinho e o estímulo de meu marido Mauricio José Müller, e o amor e colaboração de minha filha Isadora de Miranda Müller que será sempre a minha melhor obra, não importa o que eu venha a fazer na vida.

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
SUMMARY.....	8
1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVO.....	18
3 MÉTODO.....	19
4 RESULTADOS.....	35
5 DISCUSSÃO.....	72
6 CONCLUSÃO.....	96
7 REFERÊNCIAS.....	97
8 NORMAS ADOTADAS.....	104
APÊNDICES.....	105
ANEXOS.....	166

RESUMO

Introdução: Estudos têm mostrado que as atitudes influenciam o comportamento e o desenvolvimento de atitudes próprias dos estudantes de medicina, podendo impactar a qualidade do cuidado médico dado aos pacientes, quando profissionais médicos. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina reforçam a importância de atitudes dos estudantes. **Objetivo:** Este estudo mensurou as atitudes de estudantes de um Curso de Graduação em Medicina e a mudança de escores atitudinais para avaliar o impacto curricular sobre estes. **Método:** Descrição da construção da escala para medir atitudes de estudantes frente a cinco aspectos: social, ambiência, crença, conhecimento e ética. Os sujeitos foram 202 estudantes, da primeira a oitava fase, sendo 52,85 % mulheres e 47,15% homens. Estudo de coorte, descritivo, e quantitativo, por meio de um questionário e uma escala de atitudes (escala de Likert) com 102 proposições agrupadas em cinco fatores. A escala foi aplicada em dois momentos. **Resultados:** confirmou-se a confiabilidade da escala pelo coeficiente α de Cronbach (0,87). Não houve diferenças consistentes entre as oito fases analisadas; observaram-se atitudes predominantemente positivas frente a aspectos sociais, ambiência e conhecimento e expressão de conflito frente a crença e ética. Não houve mudanças atitudinais consistentes entre o início e final do semestre letivo pesquisado. As mulheres apresentaram escores atitudinais mais elevados que os homens. **Conclusão:** Ocorreu um declínio dos escores atitudinais. As razões para esta diminuição não são claras. A ausência de atitudes claramente positivas frente alguns aspectos avaliados sugere a necessidade de intervenção educacional específica.

Palavras chaves: atitude, currículo, estudantes de medicina, psicometria.

SUMMARY

Introduction: Reports in the literature have described attitudes influence behavior. Developing and maintaining proper attitudes can impact on the quality of health care delivered to their patients. The Brazilian National Curriculum for Medical Education emphasizes the student attitudes toward relevant aspects of medical practice. **Objectives:** This study was to measure student's attitudes and the change in attitude scores to evaluate the impact of medical curriculum on students. **Method:** This study describes the development of scale for measurement of medical student attitudes toward relevant aspects of medical practice. The subjects were 202 students (female =52,85%, male = 47,15%). A cohort design, descriptive study and quantitative, was performed consisting of a questionnaire and an attitude measurement scale (5-point Likert scale) containing 102 propositions covering five different factors (social, environmental, belief, knowledge and ethics). **Results:** Several analyses were undertaken to establish the internal validity of the instrument, including reliability (for total = 0,87) and correlation studies. Since there were no consistent differences between the 8 classes of medical students. The student showed predominantly positive attitude towards: social, environmental and knowledge. Results revealed conflicting attitudes towards: belief and ethics. Lack of any significant change attitudinal on student attitude. Females demonstrated higher attitude scores than males. **Conclusions:** As students progress through medical school their attitude scores decline. The reasons for the shift in attitudes scores are not clear. Lack of positive attitude towards some of the aspects evaluated suggests the need for specific educational interventions.

Keywords: attitude, curriculum, medical student, psychometrics.

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de atitudes positivas, no que tange aos aspectos comuns a todos os estudantes e a influência psicológica da escola médica de maneira geral tem sido o foco das atenções nos últimos anos. A formação dessas atitudes sendo considerada como uma das metas da formação médica, determinou uma busca por técnicas de mensuração e intervenção, para diagnóstico e planejamento estratégico curricular com a finalidade de alcançar as competências estabelecidas para o exercício profissional. Muitas escolas realizaram o planejamento curricular reconhecendo fatores que influenciam as atitudes, incluindo a avaliação atitudinal, análise do impacto curricular e de determinadas atividades específicas como inerentes ao processo de formação médica¹⁻¹⁹.

Historicamente, na psicologia social, o estudo de atitude tem sido muito importante²⁰. Seu conceito provém de *Mueller e Schumann*, inicialmente modificado por *Ebbinghaus*, que permitiu um entendimento psicanalítico posterior da atitude como sendo uma disposição de agir e reagir em certa direção²¹. Atitude, como objeto de estudo, dominou a área de investigação nas pesquisas no período de 1920 a 1940, sendo que nesta época estavam em voga as teorias da personalidade, portanto os estudos foram baseados em conteúdo teóricos que descreviam os tipos psicológicos por meio de tipos gerais de atitude^{20, 22, 23}. Contudo a década de 1950 foi caracterizada por teorias amplas, tendo como foco a teoria da consistência cognitiva, prevalecendo o enfoque do behaviorismo skinneriano e abrangendo uma escala de fenômenos atitudinais com o uso de um jogo relativamente pequeno de construções teóricas^{20, 22}. Nas últimas décadas houve uma melhor compreensão ao estudo da teoria das atitudes, permitindo torná-las mais preditivas para inúmeros fenômenos atitudinais, sendo considerado até hoje um importante e complexo objeto de estudo, e que apresenta diversas definições^{20, 22, 23}.

A definição de atitude, como uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e agir em diferentes graus de intensidade e aceitação, podendo ser influenciada pelo conhecimento, determinou o interesse de diversos pesquisadores pela mensuração e promoção de mudanças atitudinais positivas^{11, 13, 14, 20, 22, 24, 25, 26, 27}. Atitude positiva foi considerada quando o sujeito responde favoravelmente a padrões socialmente aceitos e inerentes ao próprio conhecimento de determinada habilidade e/ou exercício profissional^{11, 20, 23-26}.

As atitudes se desenvolvem no contato e interação com nossos ambientes sociais, quando os componentes cognitivos, afetivos e comportamentais procuram manterem-se coerentes, influenciando-se mutuamente na organização duradoura de crenças e cognições em geral, contribuindo para a estrutura da personalidade ^{11, 20, 24, 26, 28}.

Vários autores consideraram que as atitudes seriam partes importantes das habilidades afetivas que podem ser ensinadas e apreendidas, e exercem efeitos seletivos sobre todos os estágios da aprendizagem. A ocorrência da apercepção, como um processo psíquico de articulação de um novo conteúdo com conteúdos semelhantes e já existentes, depende da disposição para agir em determinada direção para algo estabelecido, seja ele representado ou não ^{11, 20, 21, 24, 26, 29}. Desta maneira admitiu-se que a construção do conhecimento se correlaciona com o caráter intencional e tencional da consciência, sendo uma dialética complementar entre sujeito e objeto, submetido a uma condicionalidade histórico social com projeção de valores, motivando atitudes e comportamentos dos indivíduos ³⁰. Diante da diversificação da prática médica no atual contexto sócio-econômico-social que determinou a necessidade de um perfil médico capaz de atender às necessidades da sociedade dando respostas efetivas aos problemas de saúde da população, houve o reconhecimento da necessidade e importância da incorporação de “atitudes positivas”, também denominadas de “atitudes construtivas” ou de “atitudes socialmente aprovadas” pelos estudantes durante a graduação em Medicina ^{11, 13, 24, 31}.

A experiência sócio-cultural na graduação em Medicina promove a aquisição de atitudes, valores, padrões de comportamento como subproduto do contato com professores, estudantes, pacientes, membros da equipe de saúde e decorrente do impacto curricular ^{2, 24, 25, 26, 28, 32}. Essa experiência sócio-cultural se incorpora ao aprendizado dos aspectos técnicos, envolvendo o estudante numa filosofia de vida, de práticas e de organização social, buscando a atitude e postura que caracterizam o profissional ^{11, 24, 26, 28, 32}.

A Medicina tem a sua fundamentação teórica situada no plano da interseção entre as ciências biológicas, as ciências humanas e as ciências sociais, com uma problemática interface entre ciência e ética no exercício da clínica decorrente do imprevisível de sujeitos e situações. A prática social médica requer uma ação moral específica e efetiva, devido à natureza dos problemas e da magnitude das conseqüências de suas intervenções e repercussões que determinam ^{30, 33, 34}.

Na relação médico-paciente, a atitude profissional foi sempre uma atitude moral com reflexos da motivação pessoal e decorrente de conflitos de valores, da condição técnica e

de condições sócioeconômicas. Uma atitude moral poderia ser considerada como a capacidade de responder de maneira humanizada a um paciente em uma situação particular ¹⁹.

Ocorreu no século XX uma deterioração da visão humanista da formação médica e da concepção comunitária e social do processo saúde-doença. O início deste período foi marcado em âmbito nacional e internacional por propostas de *Abraham Flexner*, conhecidas como relatório *Flexner*, que se caracterizaram principalmente pela ênfase no conhecimento experimental de base sub-individual, proveniente da pesquisa básica. Neste período houve um grande desenvolvimento científico e tecnológico nas ciências médicas. No ensino médico, expressou-se pelo predomínio das aulas teóricas expositivas, com ênfase no papel do professor, pela ausência de coordenação entre disciplinas, pela formação basicamente hospitalar, pela abordagem fragmentada dos pacientes e pelo dualismo mente e corpo. Fatores estes, que contribuíram para redução de interesse de determinadas disciplinas e à indução da especialidade precoce, assim como para um distanciamento da Medicina e a Ética ^{28, 36, 37, 38}.

No Brasil, devido à preocupação da formação de médicos autônomos, orientados pela dimensão da ética, adequados às necessidades da sociedade, foi criada em 1991 a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que promoveu um estudo amplo e profundo em mais de sessenta escolas médicas brasileiras, o qual evidenciou as deficiências e apontou as transformações necessárias no ensino médico ³⁶. Em 2001, a Comissão da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação aprovou as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Resolução CNE/CES nº.4, de 7 de novembro de 2001)³⁹. O delineamento do perfil estabelecido para a conclusão da graduação foi de um médico com formação generalista, humanista, crítico e reflexivo, com capacidade de atuar no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, pautado em princípios éticos. Foram estabelecidas as competências e habilidades gerais e específicas e enfatizado a formação de atitudes voltadas para a saúde, a cidadania, a comunidade, a aprendizagem, a comunicação, a atuação em equipe, e ao conhecimento e compreensão do ser humano na sua totalidade ³⁹.

As pesquisas para o acompanhamento de valores e atitudes em estudantes de Medicina iniciaram com conceitos como humanitarismo e cinismo ². *Rezler* ⁴⁰, em uma revisão de literatura apontou o aumento do cinismo e diminuição da humanização dos estudantes durante o curso de Medicina. Discutiu a possibilidade desde fato ser decorrente do ambiente da escola de Medicina e como um sentimento sobre a educação médica e não um

sentimento em relação à Medicina como profissão. Foi percebido o aumento do cinismo durante a educação médica em uma pesquisa realizada por *Wolf et al*²⁷. A formação e a atividade médica foram consideradas fatores de alta toxicidade no que se refere ao aspecto psicológico devido ao convívio com a dor, sofrimento e a morte. Este convívio determinaria no estudante uma defesa inconsciente e em cadeia, por meio de diversos mecanismos do ego^{27, 41}.

Diferentes escalas foram construídas para a mensuração de atitudes mais específicas à educação e atividade médicas nas últimas décadas². *Parlow & Rothmann*¹ desenvolveram a escala de atitudes para aspectos sociais da Medicina (*Attitudes Toward Social Issues in Medicine*, ATSIM), uma escala tipo Likert, abordando na prática clínica aspectos dos cuidados psicossociais e o bem estar da comunidade relacionada a saúde. Esta escala foi composta por sete subescalas e definidas pelos autores como: I Fatores sociais (*Social factors*): com itens para o reconhecimento da importância de fatores sociais na determinação da saúde ou doença; II Cooperação paramédica (*Paramedical cooperation*): com itens sobre aspectos do trabalho cooperativo e reconhecimento da contribuição dos outros profissionais da saúde; III Medicina preventiva (*Preventive medicine*): itens sobre aspectos do reconhecimento do papel da Medicina preventiva e o desejo de adotar este método de trabalho; IV Relação médico-paciente (*Doctor-patient relations*): itens abordando o reconhecimento da importância de fatores emocionais, da relação com a equipe de saúde e com o paciente para um cuidado efetivo; V Papel do governo (*Government role*): itens sobre aspectos do envolvimento do governo no cuidado da saúde, inclusive regulação de custos e padrões de remunerações; VI Liberalismo em geral (*General liberalism*): itens que abordam idéias liberais sobre problemas sociais não médicos; VII Aceitabilidade Social (*Social desirability*): itens que abordam aspectos que refletem indicação de atitudes socialmente aceitáveis; VIII – Escore total (*Total score*): soma das sete subescalas. Os autores consideraram a possibilidade do uso desta escala para monitorar atitudes de estudantes de Medicina e de outros programas de ciências da saúde, durante e após a graduação. Utilizando ATSIM, *Schwartz e Loten*^{42, 43} compararam estudantes de escolas que usavam o currículo tradicional, com escolas que adotaram metodologia baseada em problemas e com escolas que optaram pelo currículo considerado híbrido. Verificaram que aparentemente o efeito foi mais positivo nas escolas com metodologia baseada em problemas. *Woloschuk et al*⁴⁴ utilizaram ATSIM em um estudo de coorte com estudantes de Medicina em três anos consecutivos,

analisando os aspectos atitudinais abordados em relação ao estágio de formação médica, observando um declínio dos escores atitudinais a medida que o estudante progredia no curso.

*Streit*², realizou um estudo de coorte para a mensuração do impacto da educação médica nos estudantes utilizando diversas escalas. As escalas utilizadas foram: ATSIM, uma escala para o dogmatismo (*Form e Rokeach Dogmatism Scale*), uma escala para empatia (*Hogan's empathy scale*), um escala de atitude perante o aborto desenvolvido no *Professional Corporation of Physicians* em Quebec, uma escala para a personalidade com dezesseis fatores (“*Questionnaire de personallité em seize facteur*”) e uma escala de três itens construída para este estudo sobre atitude perante a importância da comunicação da informação para o paciente de sua doença. Após a análise dos resultados, observou uma relação negativa entre ATSIM e o dogmatismo e indicou a possibilidade da utilidade desta metodologia para a seleção e acompanhamento de estudantes de Medicina e como elemento preditivo de sucesso na prática clínica profissional.

A atitude para a psiquiatria (*Attitudes Toward Psychiatry – 30, ATP-30*), tipo Likert, foi construída com o objetivo de demonstrar a atitude em relação à psiquiatria como um número de pensamentos para a sua prática (paciente, doenças, psiquiatras, conhecimento, cuidados e tratamento), por *Burra et al*³. Este estudo demonstrou a mudança de atitude em relação ao tipo de treinamento recebido e em relação ao nível da graduação do estudante. *Singh et al*⁷, *Baxter et al*¹⁰ e *McParland et al*¹⁷ apresentaram estudos que demonstraram a importância do acompanhamento do estudante na sua formação dos aspectos atitudinais relacionados com a psiquiatria.

Na Austrália, *Rolfe et al*⁴⁵ com uma escala de atitude em relação à Medicina comunitária (*Attitudes Towards Community Medicine, ATCM*) tipo Likert, compararam duas escolas com currículos diferenciados, sendo uma utilizando a metodologia baseada em problemas e com o currículo orientado para a Medicina comunitária e outra com um currículo tradicional. Sugeriram que provavelmente o estilo de currículo teria influência sobre as atitudes dos estudantes e para a escolha de trabalhar na Medicina Comunitária.

*Parsell e Bligh*⁹, desenvolveram e validaram uma escala tipo Likert para avaliar a atitude dos estudantes da área da saúde para a aprendizagem interprofissional e trabalho em equipe, com o objetivo de mensurar o efeito da intervenção da educação sobre as atitudes estudadas e seu efeito no desenvolvimento das relações interpessoais, das responsabilidades e colaborações necessárias para o benefício do paciente, da prática profissional e crescimento pessoal.

Uma melhor comunicação médica com a sociedade, com pacientes e equipe de saúde, já de apontadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, tem sido solicitado por muitos organismos de educação médica como por exemplo, no relatório dos médicos de amanhã (*Tomorrow's Doctor*) em 1993, e pelo Colégio Royal de Médicos e Cirurgiões do Canadá (*Royal College of Physicians and Surgeons of Canada's*) em 2000 ⁴⁶. Em 2002, foi desenvolvida por *Rees, Sheard e Davies* ⁴⁷ uma escala de atitude em relação a habilidade de comunicação (*Communications Skills Attitude Scale, CSAS*), para identificar atitudes dos estudantes de Medicina para a aprendizagem da habilidade de comunicação e posteriormente aplicada para comparar duas escolas com abordagem diferenciada quanto a comunicação médica ⁴⁸. *Langille et al* ⁴⁶ utilizando esta escala consideraram que os estudantes apresentaram a comunicação na prática médica, porém pondera que os escores foram significativamente mais elevados nos pesquisados que participaram de atividades que objetivavam o ensino da comunicação.

Masson & Lester ¹⁸, usando uma escala de atitude tipo Likert em relação a pessoas sem teto (*Attitudes Towards the Homeless Questionnaire, ATHQ*), observaram a necessidade de inclusão desta área de cuidado no currículo médico de maneira mais direta, para o cuidado igualitário para todos os pacientes, contribuindo para uma melhoria curricular.

Aspectos atitudinais relacionados a avaliação e reavaliação do profissional médico foram abordados por *Middlemass & Siriwardena* ⁴⁹, utilizando uma escala tipo Likert, com aspectos relacionados ao atributo educacional e ao processo formativo da avaliação. Encontraram em sua pesquisa atitudes mais positivas quando a avaliação é relacionada à aprendizagem e aperfeiçoamento do que quando esta avaliação tem o propósito da revalidação da sua certificação profissional.

Hren et al ⁵⁰ desenvolveram uma escala tipo Likert para pesquisar a atitudes dos estudantes em relação à ciência e metodologia científica, que foi aplicada em todos os períodos da graduação de um curso de Medicina, encontrando uma tendência atitudinal positiva dos estudantes para estes aspectos.

Considerando que o gênero poderia alterar a percepção e que escolhas profissionais de homens e mulheres, possam fundamentar-se em pressupostos de gênero e, por isso normalizadas, esta questão tem sido uma discussão emergente na literatura sobre o processo do desenvolvimento moral e raciocínio entre homens e mulheres ⁵¹. *Woodward* ⁵² questionou que a possibilidade de diferentes percepções nos homens e mulheres no ambiente acadêmico poderia ser devido à escola ser um microcosmo da sociedade. *Santina & Pèrez* ⁵³

abordaram a atitude em relação à adequação de reclamação e de atribuição de responsabilidade, dos profissionais de saúde quanto ao gênero, aplicando uma escala tipo Likert após a apresentação de duas histórias fictícias. *Glick et al*⁵⁴ envolvendo 16 nações estudaram desigualdades atitudinais em estudantes de 18 a 25 anos, abordando gênero e cultura, encontraram uma tendência atitudinal positiva maior entre as mulheres.

O estudo de aspectos atitudinais em relação à geriatria e pacientes geriátricos tem sido muito investigado para determinar as atitudes e conhecimento da área, utilizando diversas técnicas de mensuração. *Green, Keith e Pawlson*⁵⁵ concluíram que os estudantes apresentavam uma atitude positiva em relação ao trabalho médico com a população geriátrica. *Sainsbury, Wikinson e Smith*^{4,6} realizaram um estudo de coorte e comparativo entre cursos, demonstrando a importância de conhecer as atitudes dos estudantes, para poder intervir no currículo e buscar possíveis fatores intervenientes. *Deary, Mitchell e MacLennan*⁵ desenvolveram e aplicaram uma escala para a avaliação das atitudes dos estudantes de Medicina em relação ao paciente geriátrico com itens com respostas binárias, sim ou não. Esta escala foi aplicada em três grupos de estudantes: nos estudantes do primeiro ano, em estudantes da fase clínica que ainda não tinham cursado geriatria e em estudantes que tinham completado o curso de geriatria para analisar a mudança de atitudes negativas.

*Cooke*⁵⁶, através de escala, com resposta binária, realizou um estudo de coorte em *United Kingdom Medical Graduates*, com a finalidade de estudar jovens doutores quanto a sua inclusão profissional, trabalho em equipe, ajustes de prioridades, autonomia na sua prática clínica e confidencialidade. Observou que havia destacadamente uma heterogeneidade nos resultados obtidos e apontou uma influência da especialidade escolhida e do sexo nos resultados obtidos.

Atualmente os educadores na Medicina reconheceram a importância do cuidado médico centrado no paciente, porém a cultura da educação médica focada principalmente nos mecanismos biomédicos das doenças poderia constituir barreiras para o desenvolvimento de atitudes nos estudantes para este aspecto^{14, 28, 38, 41}. *Haidet et al*⁵⁷ estudaram as atitudes dos estudantes em relação ao tipo de cuidado médico, considerando a relação centrada no médico ou no paciente, aplicando a escala de orientação da relação médico-paciente (*The Patient-Practitioner Orientation Scale*, PPOS). Analisaram o possível impacto da dinâmica da educação no tipo de cuidado e a incorporações desses aspectos no homem e na mulher e consideraram que o impacto negativo foi menor nas mulheres em relação ao cuidado centrado no paciente.

Os estudos dos aspectos éticos e de dilemas éticos adotaram diversas técnicas de mensuração. *Price*⁸, explorando o desenvolvimento ético durante a educação médica, apontou a necessidade de uma mudança curricular com prioridade na ética, sustentado por *Goldie et al*^{12,15}. *Elzubeir & Rizk*⁵⁸ apontaram que além da necessidade de desenvolvimento de conhecimento e habilidade, se faz necessário o desenvolvimento de alto padrão moral e ético profissional e da integridade acadêmica. Para abordar este tema construíram um escala abordando percepções e atitudes relativas à integridade acadêmica (má conduta acadêmica, penalidades e atitude perante desvio de conduta). Encontraram tendência atitudinal predominantemente positiva, porém levaram em conta a possibilidade do viés da aceitabilidade social, como sendo um viés limitante do trabalho devido a aspectos religiosos e culturais dos estudantes.

*Olthuis*¹⁹, enfatizou a necessidade da integração do conhecimento, habilidade prática e atitude no currículo médico, para uma adequada educação com o propósito do desenvolvimento da identidade profissional e das características morais durante a formação e treinamento médico. Enfatizou os aspectos morais das atitudes para a humanização e como caminho para um ato médico virtuoso. Sugerindo que as experiências clínicas deveriam ser suplementadas por reflexões sobre narrativas de doenças crônicas e terminais, perdas e envelhecimento, para uma incorporação dessas atitudes durante todo o curso evitando o impacto do currículo médico, com que comparou com a jornada medieval de Dante para o inferno.

A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo desenvolveu um “Programa de Avaliação Terminal do Graduando”, visando à avaliação de desempenhos e habilidades. Na aplicação deste programa foi percebida a necessidade de avaliar tendências atitudinais relacionados a temas relevantes da prática médica e do relacionamento médico paciente⁵⁹. Foi desenvolvido um instrumento para avaliação por Colares et al¹³, tipo Likert, e aplicados aos estudantes de Medicina no último ano de graduação, em quatro anos consecutivos, sendo avaliado a efetividade do currículo em atingir objetivos educacionais preestabelecidos¹⁴.

A presente pesquisa teve como propósito avaliar e analisar atitudes de estudantes de um curso de graduação em Medicina considerando o delineamento do perfil profissional do médico preconizados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina³⁹, por considerar a importância da mensuração para promoção de atitudes positivas

e prevenção de atitudes negativas com um direcionamento claro e inequivocamente positivo para aspectos relevantes da formação médica.

Os aspectos atitudinais abordados neste estudo foram relacionados aos aspectos sociais da profissão médica, da importância da ambiência física e social, do reconhecimento e compreensão de crenças, da ética (profissional e acadêmica), e do conhecimento, de maneira a estudar o direcionamento atitudinal aos aspectos levantados, independente ao desenvolvimento e reconhecimento de capacidades cognitivas e de habilidades por parte do estudante.

Este estudo traz como questão para reflexão o compromisso de escolas médicas na promoção de atitudes apropriadas ao exercício da Medicina, para a mediação entre competência clínica (habilidade e conhecimento) e prática clínica (ação), oportunizando uma formação integral do graduando em Medicina.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar as atitudes de estudantes de graduação em Medicina considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais.

2.2. Objetivos Específicos

- ✍ Construir e validar uma escala de atitude frente a aspectos relevantes à prática médica.

- ✍ Mensurar as atitudes dos estudantes de graduação em Medicina.

- ✍ Avaliar as mudanças de atitudes nos estudantes de graduação em Medicina nas diferentes fases acadêmicas.

3 MÉTODO

Esta pesquisa é um estudo de coorte, observacional, quantitativo, exploratório, descritivo.

Este estudo atende as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, (Projeto: 115/2004 – Anexo 1) ^{60,61}.

3.1 População de Estudo

A população do estudo foi constituída de 233 estudantes da primeira a oitava fase de um curso de graduação em Medicina, regularmente matriculados no primeiro semestre letivo de 2005.

3.1.1 Caracterização da Amostra

A amostra foi composta por 202 estudantes, selecionados conforme os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos pela pesquisadora.

No presente estudo, não houve restrição quanto a faixa etária, etnia, estado conjugal, religião e renda familiar.

Critérios de Inclusão

- ✍ Estudantes regularmente matriculados no curso de graduação em Medicina pesquisado.
- ✍ Estudantes da primeira a oitava fase.
- ✍ Estudantes cursando todas as disciplinas obrigatórias correspondentes à fase.

Critérios de Exclusão

- ✗ Estudantes que tiveram o ingresso no curso proveniente de transferência, em qualquer fase do curso.

3.2 Ambiente

A pesquisa foi realizada em um curso de graduação em Medicina, na cidade de Criciúma, Santa Catarina.

Criciúma se localiza a 202 km de Florianópolis, no extremo sul catarinense, e que segundo o Censo de 2000, é uma cidade com 170.420 habitantes, com uma área total de 209,75 km². Atualmente sua atividade econômica predominantemente se desenvolve na cerâmica, vestuário, comércio, metalurgia, indústria plástica e carvão mineral. A cidade tem crescido como pólo regional de serviços, setor intensamente reforçado pela instalação da UNESC⁶².

O curso de graduação em Medicina pesquisado foi criado por decisão do Conselho Superior Universitário (CONSU) por meio da resolução - Res. CONSU 20/98, porém o início de sua implantação ocorreu em agosto de 2000 ⁶³.

O currículo do curso apresenta uma integração dos conhecimentos básicos e clínicos, mantendo um entrelaçamento de aprendizagem de órgãos e sistemas do ser humano, numa visão bioneuropsicossocial, onde o estudante constrói seu conhecimento, suportado ininterruptamente pela Bioética, Psicologia Médica, Qualidade de Vida, Epidemiologia, Laboratórios Específicos e de Habilidades Médicas, Laboratórios de Informática e a inserção do estudante na comunidade deste a primeira fase, através dos Ambulatórios de Interação Comunitária e dos Ambulatórios Clínicos. A estrutura curricular integraliza inter-intra semestre letivos e implementa o processo de ensino-aprendizagem com base na solução de problemas e permite o melhoramento contínuo dos sistemas de avaliação do processo de ensino-aprendizagem e do próprio curso de graduação em Medicina ^{63, 64, 65}.

A metodologia didático-pedagógica do curso foi centrada na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) utilizando módulos temáticos que contemplam os conteúdos das disciplinas necessárias para a capacitação de um médico, segundo as exigências do Ministério de Educação e Cultura (MEC). Estando presentes seis componentes centrais do

ABP: a situação-problema, os grupos tutoriais, o tutor, o estudo individual-equipe, as avaliações do estudante, do professor e do curso, e módulos temáticos. Ao longo de todo o curso há atividades em laboratórios específicos (anatomia, fisiologia, por exemplo) e práticas clínicas (atividades práticas, ambulatório de interação comunitária e ambulatórios clínicos)^{37, 39, 63, 64, 65}

A estrutura curricular apresenta dois níveis:

- ✍ Nível Baseado em Problemas
- ✍ Nível Baseado em Casos (internato médico)

A concepção do Nível Baseado em Problemas está apresentada na Figura 1.

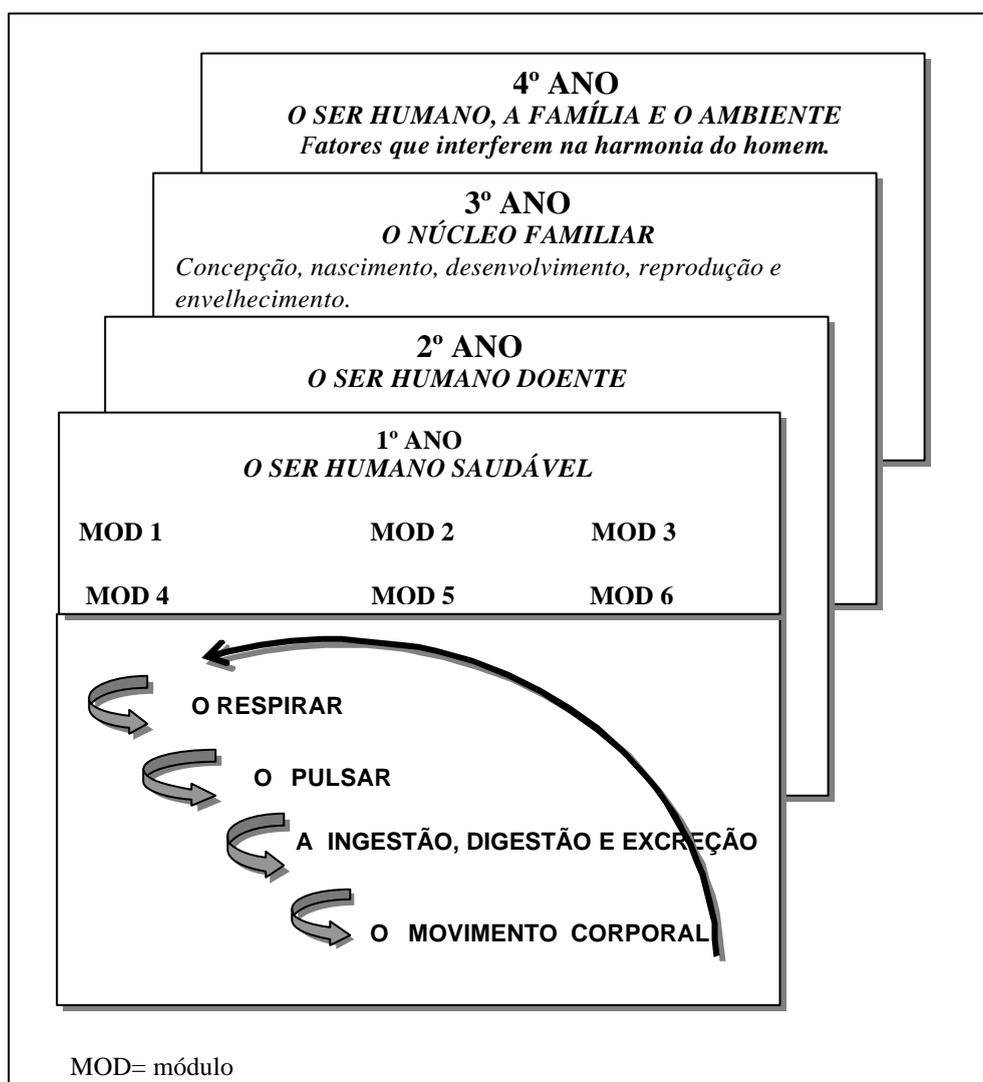


FIGURA 1. A concepção do Nível Baseado em Problemas.

FONTE: PIRES : 2001⁶⁵

Os estudantes que participaram da pesquisa fazem parte do Nível Baseado em Problemas.

Como pode ser observado na Figura 1, as oito primeiras fases do curso, usando o ABP, se desenvolvem em quatro estações onde os conteúdos se entrelaçam em uma seqüência lógica, com um ano de duração cada uma ^{63, 64, 65}.

No primeiro ano do curso (primeira e segunda fase) o estudante tem contato com o homem saudável, estudando-o dentro de situações do cotidiano onde o conhecimento básico supera o clínico. No segundo ano (terceira e quarta fase), o ser humano é estudado enquanto doente ou em risco de doença, também igualmente em situações do cotidiano. São estudados as causas e mecanismos das doenças, como sua prevenção e recursos clínicos, cirúrgicos e complementares para recuperação e ou reabilitação da saúde. Neste período, as disciplinas básicas ainda tem seu lugar de destaque em relação as clínicas. No terceiro ano (quinta e sexta fase) é abordada a concepção desse homem, seu crescimento, desenvolvimento, sua capacidade de produção e envelhecimento, e de causas e mecanismos que interferem no desenvolvimento de seu ciclo vital, iniciando a predominância das atividades clínicas. No quarto ano (sétima e oitava fase), é abordado o ser humano associado aos fatores do meio ambiente que interferem em sua harmonia no binômio saúde e doença, de maneira mais complexa e com o aprofundamento no diagnóstico, tratamento e reabilitação. No quinto e sexto ano é desenvolvido o ciclo baseado em casos, o Internato Médico. Neste momento o estudante recebe treinamento em serviço, nas cinco grandes áreas da Medicina (Pediatria e Puericultura, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Medicina Comunitária), onde o conhecimento clínico é predominante, porém com uma integração com o básico e com todas as atividades desenvolvidas ao longo do curso, sendo também suportado por laboratórios específicos ^{63, 64, 65}.

3.3 Procedimento

3.3.1 Instrumentos Utilizados

Para atingir o propósito da pesquisa, foi construída uma escala para avaliação de atitudes, para mensurar até que ponto o estudante de Medicina tem sentimentos favoráveis ou desfavoráveis em relação à aprendizagem, e outros aspectos relacionados à profissão médica,

baseado no levantamento bibliográfico e orientado pelas Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Medicina^{1, 2, 8, 9, 11, 13, 14, 18, 22, 25, 26, 39, 44, 49, 56, 57, 58, 66, 67, 68}.

Na construção da escala proposta (Apêndice 1), o modelo adotado foi a do “tipo Likert”, cujo instrumento de medida proposto por ele pretendeu verificar o nível de concordância do sujeito a uma proposição que expresse algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico. Espera-se que os indivíduos que apresentem atitudes favoráveis a um determinado tema possivelmente concordem com itens que expressem algo positivo sobre a questão, e aqueles com atitudes negativas vão concordar com itens que expressam aspectos desfavoráveis ao tema e discordem daqueles que salientem pontos positivos^{13, 14, 24, 25, 26, 66, 67, 69}.

Foi estabelecido avaliar cinco dimensões: social, ambiência, conhecimento, crenças e ética. A ética permeia as quatro primeiras dimensões citadas e foi considerada a quinta dimensão quando aborda a percepção do comportamento ético enquanto acadêmico e da profissão médica.

O procedimento de validação aparente e de conteúdo consistiu, inicialmente, na análise criteriosa das dimensões a serem estudadas e de seus itens componentes, por um grupo de seis juízes, docentes da área da Medicina e educação, convidados por dominarem o conteúdo envolvido e por apresentarem experiência pessoal e profissional em questões referentes ao assunto investigado.

Nesta etapa, os 182 itens foram analisados pelos diferentes juízes para análise da adequação semântica, facilidade de compreensão, e especial sobre a adequação da vinculação dos itens propostos às respectivas dimensões. Ao final dessa etapa foram excluídos 80 itens da versão inicial.

A escala de atitude em sua versão final (Apêndice 2) ficou composta por 102 itens compostas por assertivas representando atitudes positivas ou negativas em relação aos seguintes aspectos que constituíram as dimensões da escala (objeto das atitudes avaliadas):

- ✍ Dimensão social: aspectos relacionados à responsabilidade social, a relação médico-paciente e a comunicação (24 itens, sendo 12 representando atitudes positivas e 12 de atitudes negativas ao aspecto estudado).
- ✍ Dimensão ambiência: aspectos relacionados à eco-medicina e ambiente de trabalho (16 itens, sendo oito representando atitudes positivas e oito representando atitudes negativas referente ao aspecto estudado).
- ✍ Dimensão crenças: aspectos relacionados à percepção das crenças em relação à identidade profissional do médico e de compreensão e respeito à diversidade de

crenças presentes na sociedade (16 itens, sendo seis representando atitudes positivas e 10 atitudes negativas referente ao aspecto estudado).

- ✍ Dimensão conhecimento: aspectos referentes a aprendizagem permanente do médico, auto-aprendizagem, avaliação no processo de aprendizagem e aprendizagem cooperativa (30 itens, sendo 15 representando atitudes positivas e 15 representando atitudes negativas referente ao aspecto estudado).
- ✍ Dimensão ética: aspectos de comportamento ético enquanto acadêmico e do Código de Ética Médica Nacional (16 itens, sendo oito representando atitudes positivas e oito representando atitudes negativas ao aspecto estudado).

A versão preliminar do instrumento foi aplicada a oito estudantes com características pessoais de liderança e de desempenho acadêmico que se dispuseram a colaborar e contribuir com sugestões quanto à melhor redação dos itens e das instruções. Para a apresentação aos estudantes o critério utilizado para a ordem dos itens que compõe a escala foi por sorteio.

Com base nas sugestões dos estudantes foi aperfeiçoado a redação para melhor adequação dos itens para sua subsequente aplicação na amostra, mantendo a ordem sorteada (Apêndice 3).

O modelo de questionário para identificar características dos estudantes (Apêndice 4) aplicado foi baseado na literatura pesquisada, sendo abordado determinação e motivação de estudar Medicina, influência familiar, participação em pesquisa, opção ao término da graduação, financiamento, atividade extracurricular e aspectos sócio demográficos. O questionário continha perguntas fechadas e abertas^{24, 26, 32, 62, 70, 71, 72, 73}.

3.3.2 Coleta de Dados

A escala de atitude e o questionário deste estudo foram aplicados pela pesquisadora em dois momentos, com a adesão voluntária dos estudantes. A primeira aplicação ocorreu nos primeiros dez dias do primeiro semestre letivo de 2005 do curso estudado (aplicação ao início do semestre letivo), quando foram respondidos o questionário e a escala por todos os sujeitos da pesquisa. O segundo momento (aplicação ao final do semestre letivo) ocorreu nos últimos dez dias do mesmo semestre letivo, sendo reaplicada a escala de atitude.

A coleta de dados foi realizada coletivamente sob a coordenação da pesquisadora, em sala de aula e sala de tutorial. As salas encontravam-se com boa iluminação, arejamento

adequado e com provisão dos implementos necessários: cadeiras, mesas para os estudantes, visando o conforto dos mesmos^{22, 26, 66, 67, 69, 71}.

O tempo previsto para responder ao questionário e escala foi em média de 25 minutos em cada reunião, conforme a previsão inicial^{22, 26, 66, 67, 69, 71}.

Foi explicada a base geral dos instrumentos (objetivo, forma e conteúdo), com neutralidade e linguagem simples, solicitado a adesão voluntária e a assinatura do termo de consentimento pós-informado (Apêndice 5), garantindo a privacidade do pesquisado. A seguir foi apresentada aos estudantes a escala na qual para cada item, havia cinco opções para respostas entre as quais deveriam escolher a que melhor expressasse sua opinião sobre cada assertiva, segundo a intensidade de sua concordância ou discordância, obedecendo ao seguinte esquema: 1 – Estou totalmente em desacordo; 2- Discordo em parte; 3- Estou em dúvida; 4- Concordo em parte e 5- Estou totalmente de acordo. Ressaltado na ocasião que não havia respostas “certas” ou “erradas”, uma vez que se buscavam tendências atitudinais^{13, 14, 22, 25, 26, 66, 67, 68, 69}.

O questionário e a escala de atitudes após o preenchimento foram colocados em um envelope identificado e lacrado pelo próprio estudante e arquivado. Este envelope lacrado foi entregue ao estudante no segundo momento da coleta de dados. Nesta oportunidade foi aplicado novamente a escala de atitude, seguindo a mesma metodologia. Após o preenchimento do instrumento, o estudante colocou os documentos gerados pelos dois momentos da coleta de dados em um envelope sem nenhuma identificação, garantindo assim o sigilo e a proteção de sua identidade e possibilitando a avaliação da atitude de maneira individualizada.

Foi observado que os estudantes apresentaram um comportamento colaborativo, mantendo-se atentos e comprometidos, demonstraram interesse pelo processo elaborativo da pesquisa e pelos possíveis resultados.

3.4 Variáveis

As variáveis observadas neste estudo estão apresentadas no Quadro 1.

QUADRO 1 - Variáveis de um estudo sobre atitudes de estudantes. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Grupo de variáveis	Definição teórica	Variável	Tipo
Dados sócio-demográficos do estudante	IBGE ^{62*}	Gênero	Qualitativa nominal dicotômica 1 = feminino 2 = masculino
		Idade	Quantitativa contínua
		Escola que cursou Segundo grau	Qualitativa nominal dicotômica 1 = pública 2 = privada
		Estado de origem	Qualitativa nominal
		Estado civil	Qualitativa nominal 1 = casado 2 = solteiro 3 = viúvo 4 = divorciado
		Número de filhos	Qualitativa ordinal 1 = nenhum 2 = um 3 = dois 4 = três ou mais
	IBGE ^{70*}	Religião	Qualitativa nominal
		Atividade Extra-Curso	Qualitativa nominal 1= estágio 2= bolsista 3= trabalho remunerado
		Empréstimo para financiamento	Qualitativa nominal dicotômica 1=sim 2= não

Continua

Continuação

Dados sócio – demográficos da família	IBGE ^{62?}	Escolaridade da mãe	Qualitativa ordinal 1= primeiro grau 2= segundo grau 3= terceiro grau 4= pós graduação
		Escolaridade do pai	Qualitativa ordinal 1= primeiro grau 2= segundo grau 3= terceiro grau 4= pós graduação
		Número de irmãos	Qualitativa ordinal 1= nenhum 2= um 3= dois 4= três ou mais
		Renda familiar	Qualitativa ordinal
	CBO-2002 ^{74**}	Profissão da mãe	Qualitativa nominal
		Profissão do pai	Qualitativa nominal
Dados da vida acadêmica do estudante.		Originalidade de pesquisa	Qualitativa nominal dicotômica 1= sim 2= não
		Atividade após graduação	Qualitativa nominal 1= serviço público 2= exclusivo no PSF ^{***} 3= serviço público e privado 4= residência 5 = serviço privado
		Influência Familiar	Qualitativa nominal dicotômica 1= sim 2= não
	Função psicosocial ⁷³	Fator determinante do interesse pela pesquisa	Qualitativa nominal 1= experimentação 2= realização 3= existência 4= suprapessoal 5= interacional 6= normativo
		Determinação e motivação para a profissão médica	Qualitativa nominal 1= experimentação 2= realização 3= existência 4= suprapessoal 5= interacional 6= normativo

Continua

Atitude	Aspectos atitudinais considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais	Escala de atitude	Variável qualitativa ordinal
		Dimensão social	Variável qualitativa ordinal
		Dimensão ambiência	Variável qualitativa ordinal
		Dimensão crença	Variável qualitativa ordinal
		Dimensão conhecimento	Variável qualitativa ordinal
		Dimensão ética	Variável qualitativa ordinal
	Assertiva sobre um aspecto atitudinal	Item	Variável qualitativa ordinal 1= estou totalmente em desacordo 2= discordo em parte 3= estou em dúvida 4= concordo em parte 5= estou totalmente de acordo
	Concordância sobre um aspecto atitudinal	Item	Variável quantitativa contínua: PAD = % de respostas discordantes ao início do semestre letivo PDD = % de respostas discordantes ao final do semestre letivo. PAI = % de respostas indefinidas ao início do semestre letivo. PDI = % de respostas indefinidas ao final do semestre letivo. PAC = % de respostas concordante ao início do semestre letivo. PDC = % de respostas concordantes ao final do semestre letivo
	Movimento atitudinal	Item	Variável qualitativa ordinal: ☒ Involutivo ☒ Ausente ☒ Evolutivo

?IBGE= Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

***PSF= Programa da saúde da família

**CBO= Classificação Brasileira de Ocupação

% = porcentagem

3.5 Definição de Termos

No presente estudo foi utilizada atitude como sendo a expressão de uma disposição interna do indivíduo mensurada por meio de uma escala de acordo com o nível de concordância as assertivas, que expressam algo favorável ou desfavorável a um objeto psicológico ^{11, 22, 24, 26, 66, 68, 67, 75, 76}.

Atitude positiva como sendo a atitude socialmente esperada no estudante de Medicina e no profissional médico ^{11, 13, 14, 22, 24, 25, 26, 35, 39, 66, 67, 68, 71, 75, 77}.

Atitude negativa como sendo a atitude socialmente inadequada no estudante de medicina e no profissional médico ^{11, 13, 14, 22, 24, 25, 26, 35, 39, 66, 67, 68, 71, 75, 77}.

Atitude conflitante como sendo atitude não definida devido a expressão de dúvida ou quando os resultados das respostas ao grupo de itens produziram medidas assim interpretadas ^{11, 13, 14, 22, 24, 25, 26, 35, 39, 66, 67, 68, 71, 75, 77}.

Escala é um instrumento de medida quantitativa da posição relativa do indivíduo em um contínuo unidimensional de atitude. A posição é representada por uma pontuação (ou score) obtida pela soma de valores atribuídos, ao nível de concordância, a um conjunto de itens que expressam os aspectos atitudinais em estudo ^{22, 25, 26, 66, 68, 69, 75}. Nesta pesquisa adotou-se a pontuação como uma medida quantitativa e faixas de pontos como uma medida qualitativa de atitude.

Item como uma assertiva que expressa uma opinião, tendo esta como a expressão verbal da atitude ²⁵.

O termo “resposta concordante” foi utilizado para referir-se a resposta coerente em função da orientação que a atitude indica, independente se a resposta foi “concordo” ou “discordo”, baseou-se no conteúdo e redação do item. O termo “resposta discordante” foi utilizado para respostas, seguindo o mesmo critério ²⁶.

Juízes como especialistas no assunto que utilizaram seus conhecimentos para avaliar as proposições em sentido positivo e negativo em relação ao tema de pesquisa, adequação da estrutura semântica e vinculação das assertivas propostas às respectivas dimensões atitudinais ^{22, 25, 26, 67, 69}.

Dimensão como um conjunto de itens que expressam aspectos atitudinais relacionados a uma característica subjacente ²⁶.

Dimensão social como aspectos atitudinais relacionado aos fenômenos e relações sociais, bem como aos compromissos recíprocos, sendo pretendido verificar o nível de concordância do sujeito com uma série de itens que expressem algo favorável ou desfavorável

em relação a garantia de atendimento em todos os níveis de complexidade, a interação com comunidade, a utilização racional de recursos diagnósticos e terapêuticos, prevenção de doenças, percepção da relação médico-pacientes nos aspectos sociais, psicológicos, emocionais, autonomia, da comunicação no profissional médico e da aprendizagem da habilidade de comunicação^{5, 13, 14, 18, 35, 39, 44, 56, 78, 79, 80}.

Dimensão ambiência como aspectos atitudinais em relação ao meio que o organismo vive, sua interação e efeitos no comportamento humano⁷⁵. O grupo de itens que compõem esta dimensão pretende verificar o nível de concordância do sujeito em relação a sua percepção quanto à valorização pelo médico das condições de vida do indivíduo (escola, casa, trabalho e hábitos de vida), ambiente de trabalho, ambiente de aprendizagem e equipe multidisciplinar^{1, 9, 18, 35, 39, 56, 81}.

Dimensão crença como a adesão a proposições, cuja verdade nem sempre pode ser demonstrada, tendo a crença à forma de um enunciado (juízos) ou a forma positiva (acredito), baseados em elementos de conhecimento e no seu sentido subjetivo. Nesta dimensão os aspectos abordados foram as crenças derivadas sobre o imaginário da profissão médica presente na sociedade e a possível internalização de outras a partir de sistemas referenciais fornecidos pela ambiência do curso. Foi abordado o respeito e compreensão das crenças do paciente e equipe de saúde^{1, 9, 28, 35, 39, 44, 56, 75, 78, 81}.

A dimensão conhecimento teve como concepção a abordagem da aprendizagem como a relação do sujeito e o conhecimento de maneira ativa, com a interiorização das significações e das operações de tratamento dos parâmetros do mundo físico e social^{78, 82}. Foi abordado nesta dimensão a aprendizagem permanente, a responsabilidade pela auto-aprendizagem, a avaliação e a aprendizagem cooperativa. Nesta dimensão as assertivas pretendem verificar a percepção da valorização da aprendizagem permanente do médico, da aprendizagem enquanto estudante de graduação e de sua relação com a avaliação fazendo parte do processo de aprendizagem.^{9, 18, 39, 49, 56, 81, 84}

Na dimensão ética foi pretendido verificar o nível de concordância do sujeito com uma série de assertivas que expressam algo favorável ou desfavorável quanto à sua percepção de comportamentos éticos enquanto acadêmico e da ética médica codificada nacional^{35, 39, 44, 56, 58}.

3.6. Categorização e valores de referências das variáveis

3.6.1 Categorização da determinação e motivação de ser médico

Realizada pela análise de conteúdo, visando um tratamento quantitativo, pelo critério da presença ou ausência de determinados elementos e categorizadas por critérios semânticos segundo as seis funções psicossociais ⁷².

As funções psicossociais são representados por valores básicos, como segue: experimentação (emoção, estimulação, prazer e sexual), realização (êxito, poder, prestígio, autodireção e privacidade), existência (estabilidade pessoal, saúde e sobrevivência), suprapessoal (beleza, conhecimento, justiça social e maturidade), interacionais (afetividade, apoio social, honestidade e convivência) e normativo (obediência, ordem social, religiosidade e tradição) ^{26, 71, 72, 73, 84, 85}. (Apêndice 6)

Foi solicitado que o estudante respondesse o fator determinante e de motivação para a profissão médica em uma frase para cada aspecto. Quando a resposta continha mais de um fator de determinação e/ou motivação, nesta pesquisa foi considerado apenas o primeiro.

3.6.2 Escala de Atitude

Foram atribuídos valores de um a cinco as categorias de declarações, de acordo com o nível de concordância a cada item. Para a análise dos resultados, as respostas aos itens que expressam atitudes positivas receberam um valor de 1 a 5, para as cinco opções, conforme a intensidade da concordância expressa pelos sujeitos. Do mesmo modo, as respostas aos itens que expressam atitudes negativas receberam pontuação de 1 a 5, em sentido inverso. Assim determinou-se a pontuação individual de cada estudante em relação ao conteúdo da escala, sendo analisada por meio da pontuação total e em faixas. (Apêndice 1)

Havendo um total de 102 itens na escala construída com pontuação de 1 a 5, a média da pontuação variou, portanto, entre 102 e 510 pontos. Considerando a média da pontuação dos itens que compõem as dimensões, na dimensão social variou de 24 a 120 pontos, na dimensão ambiência, crença e ética variou de 16 a 80 pontos e na dimensão conhecimento de 30 a 150. Os pontos obtidos na escala e nas dimensões foram considerados como variáveis quantitativas. No entanto, quando adotado esta pontuação total como critério

de análise a interpretação de atitude utilizou-se faixas de pontuação associados a termos lingüísticos: negativa, conflitante e positiva, conforme demonstrado no Quadro 2.

QUADRO 2 - Classificação proposta de atitude de acordo com a pontuação obtida.
Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Dimensão	Número de itens	Faixa de pontos	Atitude
Social	24	24 a 71	Negativa
		72 a 95	Conflitante
		96 a 120	Positiva
Ambiência	16	16 a 47	Negativa
		48 a 63	Conflitante
		64 a 80	Positiva
Crença	16	16 a 47	Negativa
		48 a 63	Conflitante
		64 a 80	Positiva
Conhecimento	30	30 a 89	Negativa
		90 a 119	Conflitante
		120 a 150	Positiva
Ética	16	16 a 47	Negativa
		48 a 63	Conflitante
		64 a 80	Positiva
ESCALA DE ATITUDE	102	102 a 305	Negativa
		306 a 407	Conflitante
		408 a 510	Positiva

Além da pontuação total, também foi obtida uma média dos pontos (M) em cada item, conjunto de itens das dimensões estudadas e da escala de atitude. Esta variável M permite identificar a tendência atitudinal da amostra total, em termos da resposta de cada item. Os resultados assim expressos foram interpretados da seguinte maneira:

☞ $M < 3$ = atitude negativa

✍ M 3 a 4 = atitude conflitante

✍ $M \geq 4$ = atitude positiva

Na análise das repostas aos itens pelos sujeitos foram classificadas pelos valores atribuídos ao item, levando-se em conta o termo concordante ou discordante em relação a atitude positiva esperada. Desta maneira, foram caracterizadas como repostas discordantes as que receberam o valor 1 e 2, como indefinidas as de valor 3 e como repostas concordantes as de valor 4 e 5 .

A análise do movimento atitudinal ocorrido na aplicação ao final do semestre analisado, utilizou os seguintes critérios:

- ✍ Involutivo: quando a resposta ao final do semestre letivo foi discordante, tendo sido concordante ou indefinida ao início do semestre letivo.
- ✍ Ausente: mantiveram a mesma resposta da primeira aplicação.
- ✍ Evolutivo: quando a resposta ao final do semestre letivo foi concordante, tendo sido discordante ou indefinida ao início do semestre letivo.

3.7 Análise dos Resultados

Os dados da pesquisa foram analisados e apresentados de forma numérica e gráficos segundo três eixos de análise:

1. Análise da caracterização da amostra: procedimentos descritivos utilizando tabelas de freqüência para as variáveis qualitativas. Medidas descritivas (média e desvio padrão, por exemplo) para as variáveis quantitativas (idade e os pontos nos itens, nas dimensões e na escala de atitude).
2. A análise da confiabilidade da escala foi por meio do coeficiente de α de Cronbach (Apêndice 1). Num primeiro momento aplicado a todos os itens da escala (escala atitude) e posteriormente considerando os itens que compuseram as dimensões (subescala ou dimensões). Para investigar a possibilidade de redução de itens na escala de atitude foi também analisada a confiabilidade pelos métodos da metades e pelo coeficiente de Guttman e Flanagan.
3. Para a análise das atitudes dos estudantes utilizou-se primeiramente procedimentos descritivos para a escala, dimensões e itens. A análise fatorial foi utilizada para investigação evidências de atitudes diferenciadas em itens dentre o conjunto dos itens da escala e das dimensões.

A análise de agrupamento, através do método de K médias (*cluster*), foi utilizada para investigar a existência de grupos de estudantes com atitudes “diferentes” entre si.

Os dados coletados foram estruturados usando o programa Epi Info 6.04 e o programa Excel 7.0 (Microsoft). Para a análise estatística foi empregado o programa Statistica 5.0 (Statsoft).

Foi adotado um nível de significância de 5% ou 0,05.

3.8 Período da Pesquisa

Todo o processo de construção do questionário, da escala de atitude utilizada e sua validação externa, aplicação dos instrumentos de pesquisa e a análise dos resultados, compreendeu o período de dezembro de 2003 a dezembro de 2005.

4 RESULTADOS

4.1 Descrição da Amostra

No curso de graduação em Medicina pesquisado estavam regularmente matriculados 233 alunos nas oito fases estudadas, sendo que 215 alunos obedeciam aos critérios de inclusão da pesquisa e constituíram a amostra. Dentre estes 13 alunos foram considerados como perda amostral (6,05% do total dos questionários válidos) devido o estudante ter participado apenas de uma das etapa de coleta de dados. Observou-se um elevado grau de participação da totalidade dos alunos na amostra estudada, como demonstrado na Figura 2.

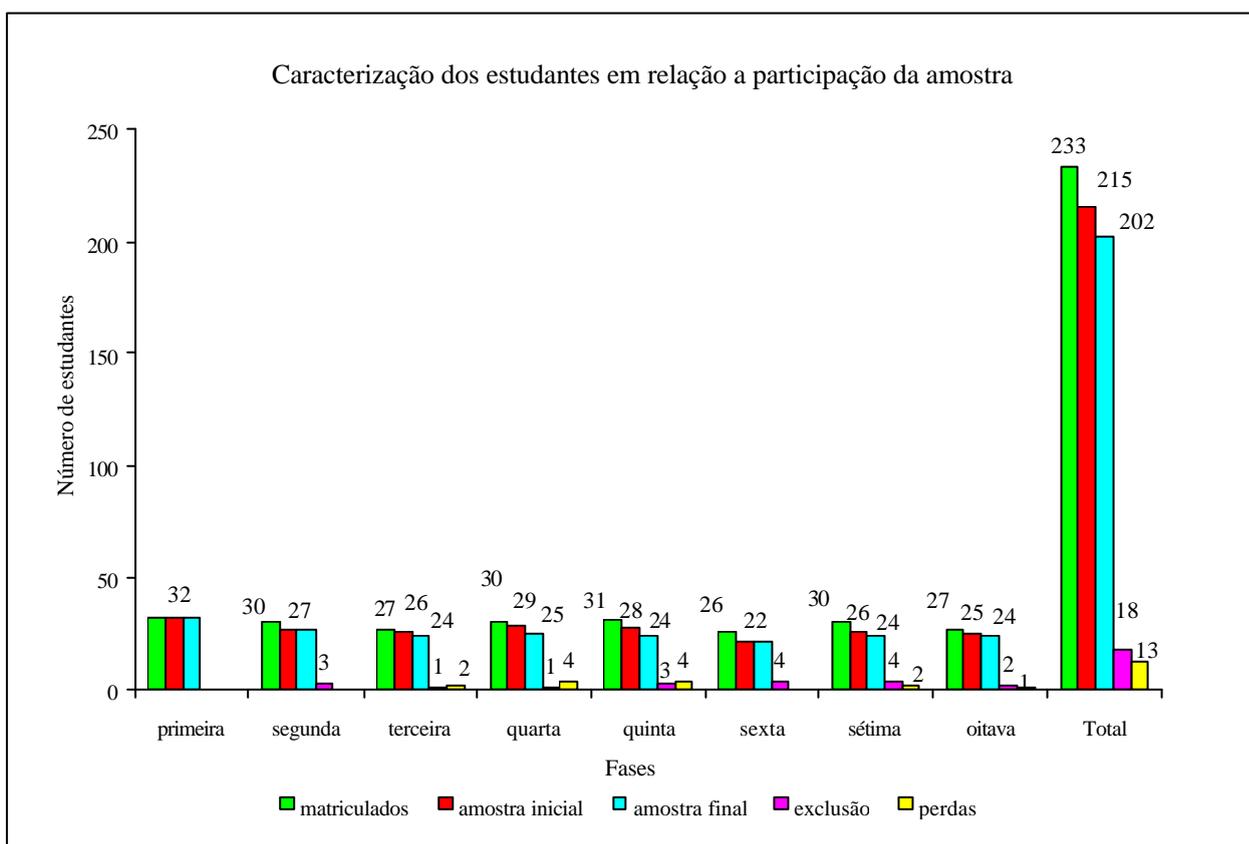


FIGURA 2 - Caracterização dos estudantes em relação a participação da amostra. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Não houve perda amostral na primeira, segunda e sexta fase do curso. Enquanto a perda amostral nas outras fases não compromete a representatividade, devido ao alto percentual de respondentes.

TABELA 1- Distribuição dos estudantes segundo a fase, gênero e religião. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Variáveis	Amostra		Fases															
	n	%	primeira		segunda		terceira		quarta		quinta		sexta		sétima		oitava	
	n	%	n	%.	n	%.	n	%.	n	%.	n	%.	n	%.	n	%.	n	%.
Gênero																		
Feminino	102	52,85	18	60,00	9	33,33	16	66,67	10	43,48	15	62,50	10	45,45	12	57,14	12	54,55
Masculino	91	47,15	12	40,00	18	66,67	8	33,33	13	56,52	9	37,50	12	54,55	9	42,86	10	45,45
Total	193	100,00	30	100,00	27	100,00	24	100,00	23	100,00	24	100,00	22	100,00	21	100,00	22	100,00
Religião																		
Católica	146	84,40	18	66,67	22	88,00	19	86,37	15	88,24	21	95,45	14	82,36	18	81,81	19	90,48
Espírita	8	4,62	3	11,11	1	4,00	1	4,54	0	0,00	0	0,00	1	5,88	1	4,55	1	4,76
Evangélica	13	7,51	5	18,52	2	8,00	2	9,09	0	0,00	0	0,00	2	11,76	2	9,09	0	0,00
Sem religião	2	1,16	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	5,88	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,76
Outras	4	2,31	1	3,70	0	0,00	0	0,00	1	5,88	1	4,55	0	0,00	1	4,55	0	0,00
Total	173	100,00	27	100,00	25	100,00	22	100,00	17	100,00	22	100,00	17	100,00	22	100,00	21	100,00

n = número de respondentes

% = percentual em relação ao total de respondentes

TABELA 2 – Distribuição dos estudantes segundo idade e fase. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Fase	<u>Idade</u> (anos)							
	n	Média	Mediana	DP	Intervalo	Q inf	Q sup	
primeira	31	20,06	19,00	2,53	17,00	26,00	18,00	21,00
segunda	27	20,66	20,00	1,92	18,00	25,00	19,00	21,00
terceira	23	21,26	21,00	2,26	18,00	28,00	20,00	22,00
quarta	25	20,80	22,00	2,00	19,00	26,00	19,00	22,00
quinta	24	21,58	22,00	1,93	20,00	26,00	20,00	23,00
sexta	21	22,00	23,00	1,55	20,00	26,00	21,00	22,00
sétima	23	23,52	22,00	5,00	20,00	45,00	21,00	24,00
oitava	22	22,45	23,00	1,87	20,00	27,00	21,00	23,00
Total	196	21,45	22,55	2,75	17,00	45,00	21,00	22,50

n= número de respondentes

DP = desvio padrão

Q inf = quartil inferior

Q sup = quartil superior

TABELA 3 - Distribuição dos estudantes segundo escolaridade, estado civil, número de filhos, atividade, desenvolvimento de pesquisa e opção pela atividade após graduação. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Variável	n	%
Segundo Grau		
Escola Pública	17	8,50
Escola Particular	183	91,50
Total	200	100,00
Estado civil		
Solteiro	197	97,52
Casado	4	1,98
Divorciado	1	0,50
Total	202	100,00
Filhos		
Nenhum	197	97,52
Um	4	1,98
Dois	1	0,50
Total	200	100,00
Outra atividade		
Não	175	86,63
Estágio não remunerado	13	6,44
Bolsista	10	4,95
Remunerada	4	1,98
Total	202	100,00
Financiamento para a formação médica		
Sim	26	13,07
Não	173	86,94
Total	199	100,00

n = número de respondentes % = percentual em relação ao total de respondentes

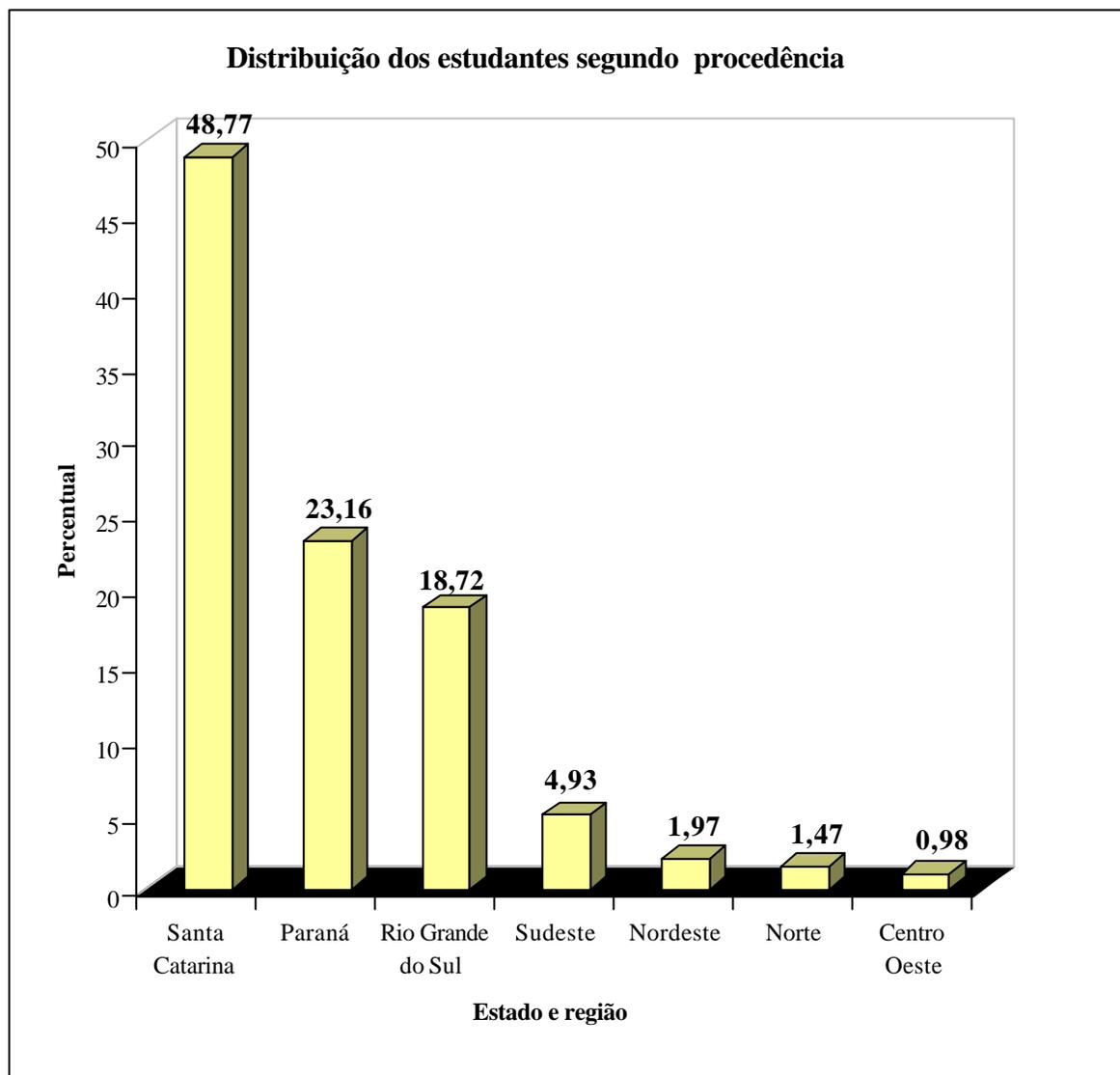


FIGURA 3 - Distribuição dos estudantes segundo procedência. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

TABELA 4 - Caracterização socioeconômica da família dos estudantes.
Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Variável	n	%
Irmãos		
Nenhum	12	5,94
Um	94	46,54
Dois	76	37,62
Três ou mais	20	9,90
Total	202	100,00
Escolaridade da mãe		
1º. grau	16	7,96
2º. grau	66	32,84
3º. grau	66	32,84
pós graduação	53	26,36
Total	201	100,00
Escolaridade do pai		
1º. grau	23	11,50
2º. grau	44	22,00
3º. grau	73	36,50
pós graduação	60	30,00
Total	200	100,00
Renda familiar (R\$)		
600-2000	14	7,11
2000-3000	19	9,64
3000-4000	34	17,26
4000-6000	43	21,83
Mais de 6000	87	44,16
Total	197	100,00

n = número de respondentes

% = percentual em relação ao total de respondentes

TABELA 5 - Ocupação dos pais dos estudantes segundo Classificação Brasileira de Ocupações CBO-2002 ⁷⁴.Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Ocupação	<u>Materna</u>		<u>Paterna</u>	
	n	%	n	%
GG1 - Membros superiores do poder público, dirigentes de organização de interesse público e de empresa e gerentes	26	12,94	45	22,39
GG2 - Profissionais das ciências e das artes	79	39,31	97	48,26
GG3 - Técnicos de nível médio	8	3,98	17	8,46
GG4 - Trabalhadores de serviços administrativos	11	5,47	8	3,98
GG5 - Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	19	9,45	13	6,47
GG6 - Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca	0	0,00	11	5,47
GG7 - Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	0	0,00	2	0,99
Aposentado	11	5,47	8	3,98
Estudante	2	0,99	0	0,00
Lar	45	22,39	0	0,00
Total	201	100,00	201	100,00

n = número de respondentes

% = percentual em relação ao total de respondentes

TABELA 6 - Distribuição dos estudantes segundo influência familiar para a determinação da profissão médica, atividade extra-curso, desenvolvimento de pesquisa e opção pela atividade após graduação. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Variável	n	%
Influência da família para a decisão da profissão		
Sim	72	35,64
Não	130	64,36
Total	202	100,00
Desenvolvimento de pesquisa		
Sim	40	19,80
Não	162	80,20
Total	202	100,00
Originalidade na Pesquisa		
Sim	15	37,50
Não	25	62,50
Total	40	100,00
Opção após término do curso		
Residência	173	86,07
Serviço público e privado	26	12,94
Serviço Privado	2	0,99
Total	201	100,00

n = número de respondentes

% = percentual em relação ao total de respondentes

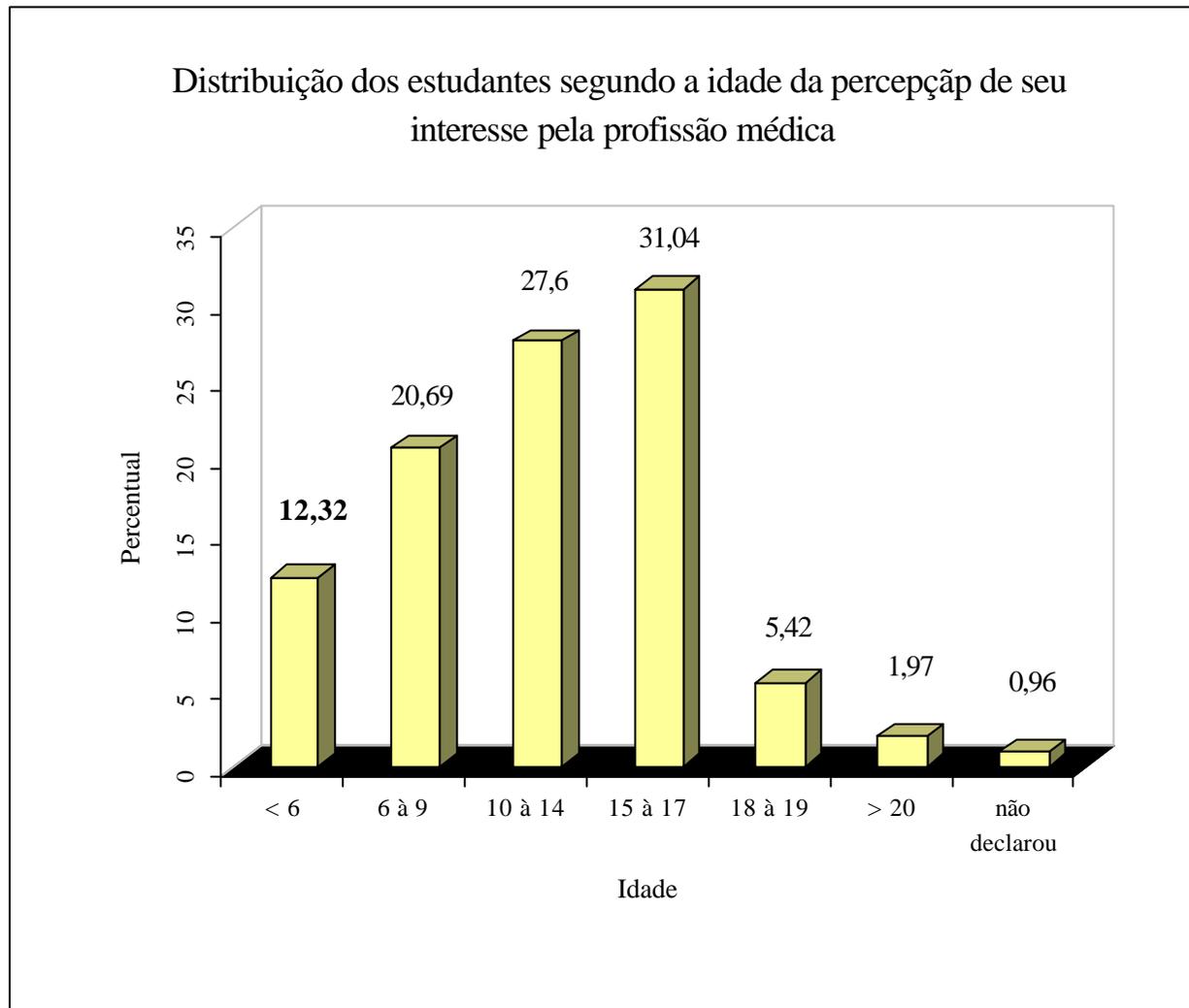


FIGURA 4 – Distribuição dos estudantes segundo a idade da percepção de seu interesse pela profissão médica. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

TABELA 7 – Distribuição dos estudantes segundo determinação do desejo de ser médico e funções psicossociais. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Função psicossocial	Amostra		Fases															
	n	%	Primeira		Segunda		Terceira		Quarta		Quinta		Sexta		Sétima		Oitava	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Experimentação	51	26,70	12	41,39*	7	26,93	7	29,16	7	31,82	7	29,16	3	13,64	2	9,09	6	27,26
Realização	8	4,19	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	8,33	4	18,18	2	9,09	0	0,00
Existência	10	5,24	1	3,45	4	15,38	1	4,17	1	4,55	1	4,17	0	0	1	4,55	1	4,55
Suprapessoal	30	15,71	3	10,34	3	11,54	4	16,67	4	18,17	4	16,67	1	4,55	8	36,37	3	13,64
Interacional	57	29,84	9	31,03	6	23,08	9	37,50	7	31,82	4	16,67	10	45,45	5	22,72	7	31,82
Normativos	29	15,18	4	13,79	4	15,38	3	12,5	2	9,09	4	16,67	4	18,18	4	18,18	4	18,18
Não sabe	6	3,14	0	0,00	2	7,69	0	0,00	1	4,55	2	8,33	0	0,00	0	0,00	1	4,55
Total	191	100,00	29	100,00	26	100,00	24	100,00	22	100,00	24	100,00	22	100,00	22	100,00	22	100,00

n = número de respondentes

% = percentual em relação ao total de respondentes

* = em negrito as maiores frequências observadas

TABELA 8 – Distribuição dos estudantes segundo motivo de querer ser médico e funções psicossociais. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Função psicossocial	Amostra		Fases															
	n	%	Primeira		Segunda		Terceira		Quarta		Quinta		Sexta		Sétima		Oitava	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Experimentação	26	13,47	6	20,00	3	11,54	2	8,33	2	9,52	4	16,67	4	18,18	2	8,33	3	13,64
Realização	41	21,24	6	20,00	2	7,69	5	20,83	3	14,29	5	20,83	8	36,36	6	25,00	6	27,27
Existência	10	5,18	0	0,00	1	3,85	2	8,33	1	4,76	1	4,17	2	9,09	1	4,17	2	9,09
Suprapessoal	11	5,70	3	10,00	2	7,69	3	12,50	0	0,00	0	0,00	1	4,55	2	8,33	0	0,00
Interacional	99	51,30	15	50,00*	18	69,23	10	41,68	14	66,67	14	58,33	7	31,82	12	50,00	9	40,90
Normativos	4	2,07	0	0,00	0	0,00	2	8,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,17	1	4,55
Não sabe	2	1,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,76	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,55
Total	193	100,00	30	100,00	26	100,00	24	100,00	21	100,00	24	100,00	22	100,00	24	100,00	22	100,00

n = número de respondentes

% = percentual em relação ao total de respondentes

* = em negrito as maiores frequências observadas

TABELA 9 – Distribuição dos estudantes segundo ao gênero e função psicossocial para a determinação e motivação à profissão médica.
Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Função psicossocial	<u>Determinação do desejo de ser médico</u>				<u>Motivo de querer ser médico</u>			
	<u>Feminino</u>		<u>Masculino</u>		<u>Feminino</u>		<u>Masculino</u>	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Experimentação	28	28,87*	20	23,53	15	15,15	10	11,76
Realização	3	3,09	5	5,88	23	23,23	16	18,82
Existência	5	5,15	5	5,88	5	5,05	4	4,71
Suprapessoal	15	15,46	14	16,47	8	8,08	3	3,53
Interacionais	30	30,94	24	28,24	46	46,47	49	57,65
Normativo	12	12,37	15	17,65	2	2,02	1	1,18
Não sabe	4	4,12	2	2,35	0	0,00	2	2,35
Total	97	100,00	182	100,00	99	100,00	85	100,00

n = número de respondentes

% = percentual em relação ao total de respondentes

* = em negrito as maiores frequências observadas

4.2 Avaliação da Escala de Atitude

TABELA 10 – Consistência interna para a escala de atitude de estudantes. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Sumário Estatístico	Escala de Atitude
Numero de itens	102
Média (pontos)	421,47
Desvio padrão (pontos)	26,08
Mínimo (pontos)	333,00
Máximo (pontos)	478,00
α de Cronbach	0,87
Guttman-Flanagan	0,86
Método das Metades	0,86

TABELA 11– Consistência interna para as dimensões da escala de atitude em estudantes. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Dimensão	Número de itens	α de Cronbach	Pontos		n Válidos
			Média	DP	
Social	24	0,69	103,72	7,89	193
Ambiência	16	0,57	64,07	6,01	193
Crença	16	0,53	63,29	6,42	196
Conhecimento	30	0,66	127,39	9,45	194
Ética	16	0,49	63,92	6,14	195

DP= desvio padrão

n= número de respondentes

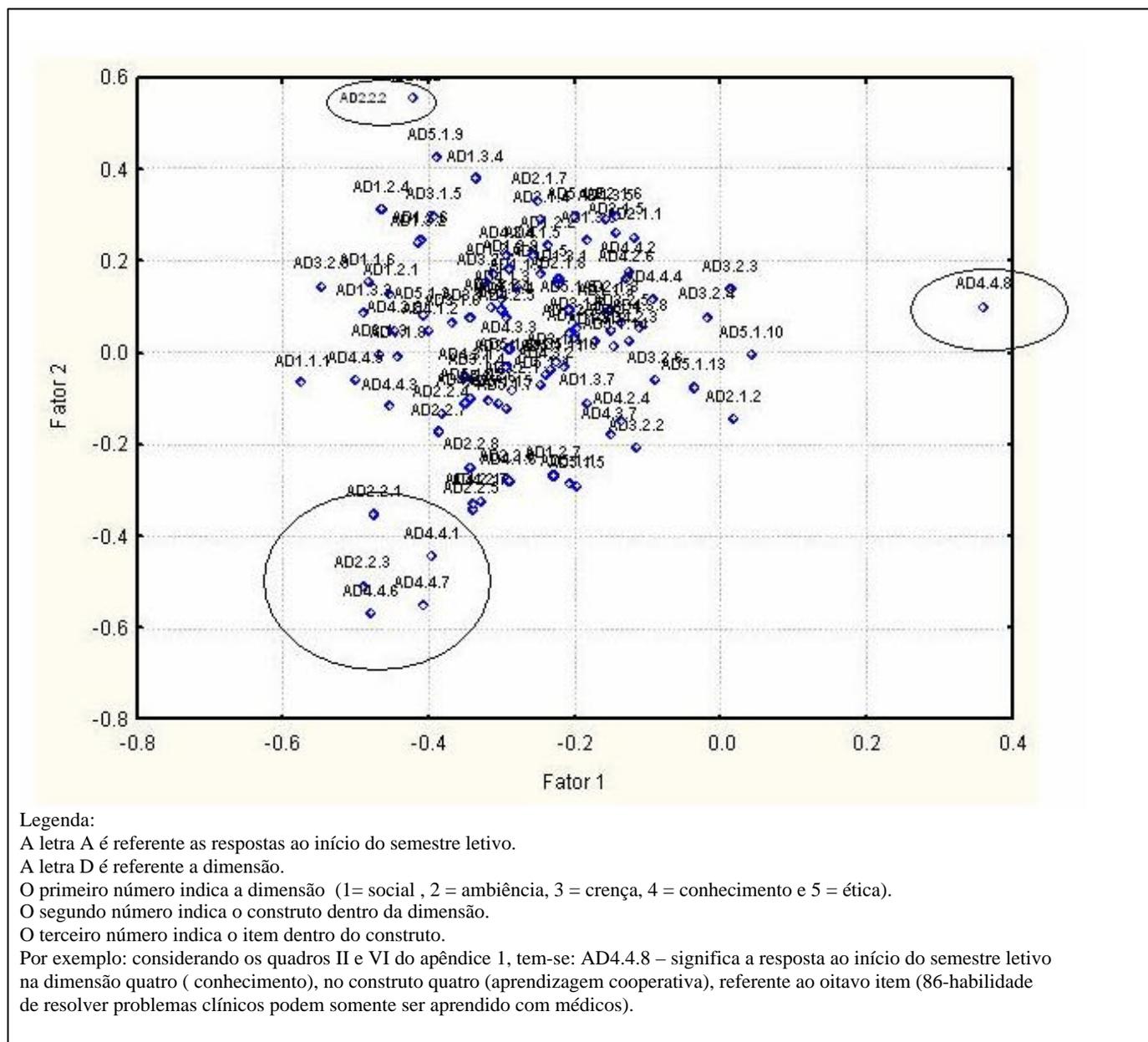


FIGURA 5 – Escala de atitude: análise fatorial da aplicação ao início do semestre letivo em estudantes . Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

TABELA 12 – Escala de atitude: itens que apresentaram correlação muito baixa ou negativa.

Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

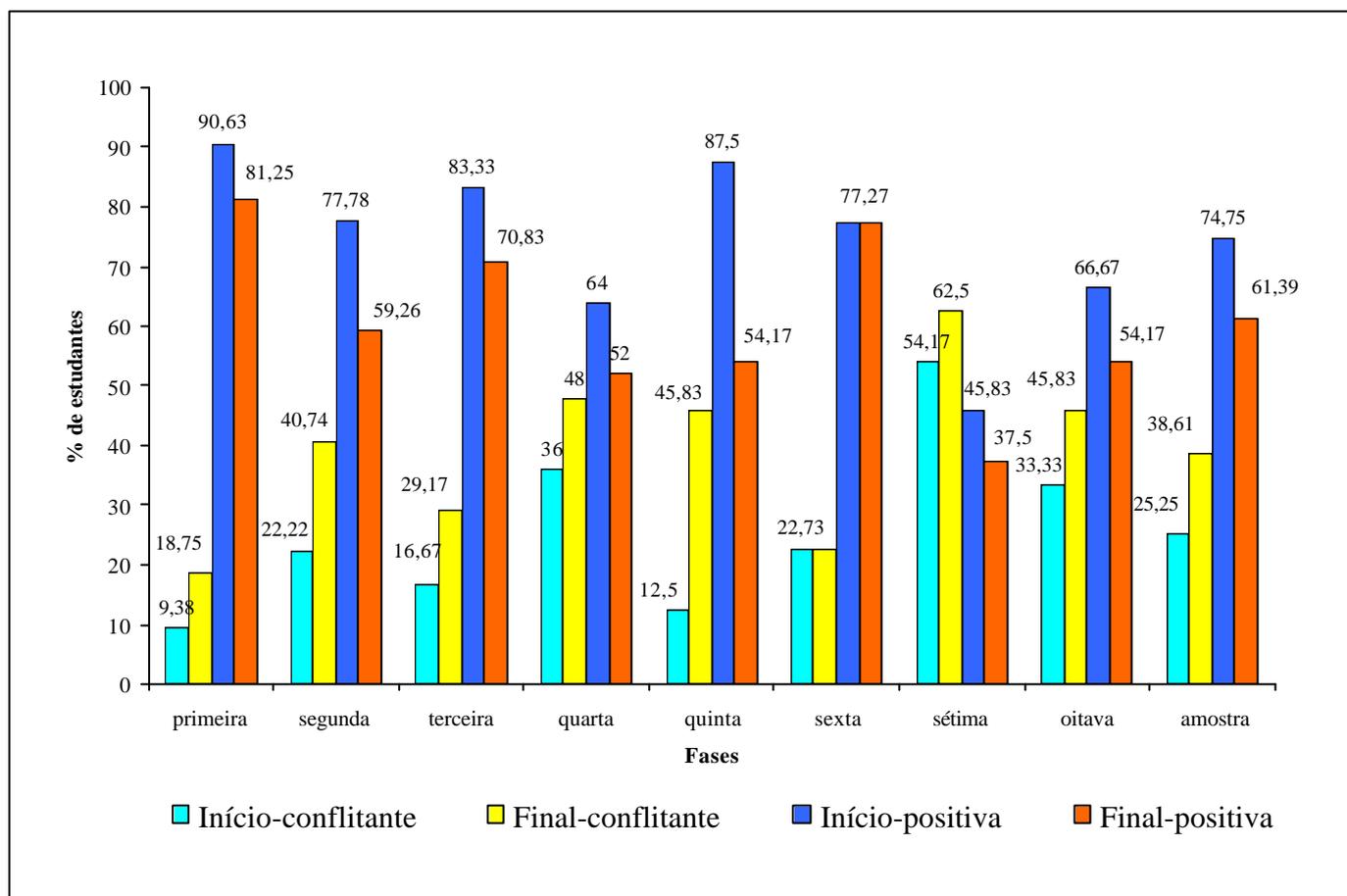
Atitude	Itens	Correlação do item com o total da escala	Valor de a em caso de exclusão do item
Positiva	25 - Acredito que condições de moradia adequadas podem prevenir agravos. (sorteio 2)	0,098	0,867
	50 – O médico especialista é um profissional preparado para atender enfermidades complexas independente do nível sócio econômico do paciente. (sorteio 9).	0,078	0,868
	54- A especialidade médica não torna o médico mais importante para a sociedade. (sorteio 30)	0,061	0,869
	65 - O estudante durante o curso tem responsabilidade de garantir sua competência e habilidade em medicina. (sorteio 67)	0,095	0,867
Negativa	51-Os médicos são imunes ao vício, pois eles são instruídos sobre drogas. (sorteio 35)	-0,016	0,868
	52 - Eu ingressei na medicina porque eu queria salvar pessoas. (sorteio 100)	0,030	0,869
	80 - Não ensino o que eu sei, pois meus colegas serão meus concorrentes no mercado de trabalho. (sorteio 72)	0,090	0,867
	86 - Habilidade de resolver problemas clínicos podem somente ser aprendidos com médicos. (sorteio 49)	-0,314	0,873
	96 - Penso que não há problema se um estudante apresentar um trabalho de um colega como se fosse seu. (sorteio 24)	-0,024	0,868
	99 - Penso que tenho direito de falar “de igual para igual” com meu professor. (sorteio 71)	0,066	0,868

4.3 Descrição das atitudes observadas

TABELA 13 - Escala de Atitudes: distribuição dos estudantes em faixas de variação da média dos pontos nos diferentes itens, referentes a aplicação ao início e ao final do semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Atitude	Média dos Pontos?	Amostra	
		n	%
Início*			
Conflitante	3,0 – 3,99	51	25,25
Positiva	4 – 5,0	151	74,75
	Total	202	100,00
Final*			
Conflitante	3,0 – 3,99	78	38,61
Positiva	4 – 5,0	124	61,39
	Total	202	100,00

* Relativo ao período da aplicação da escala no semestre letivo



Médias dos pontos: de 3 a 3,99 apontam conflito, de 4 a 5 denotam atitudes positivas em relação aos aspectos envolvidos.

FIGURA 6 - Escala de atitudes: percentagens dos estudantes em faixas de variação da média dos pontos nos itens, referentes à aplicação ao início e ao final do semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

TABELA 14 – Escala de atitude: distribuição dos estudantes em faixas de variação da média dos pontos nos diferentes itens, referentes a aplicação ao início e ao final do semestre letivo, segundo o gênero. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

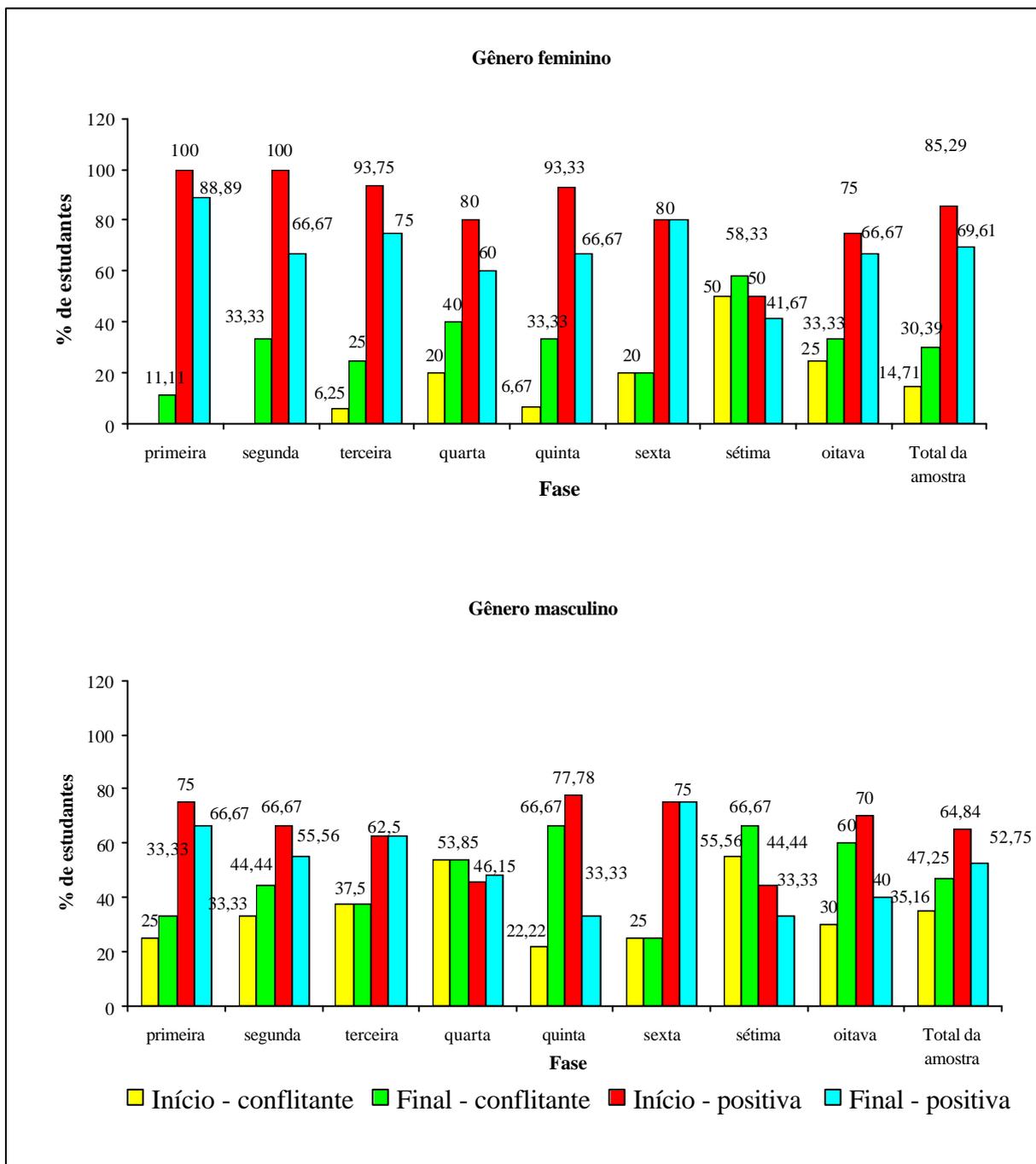
Semestre letivo	Atitude	Amostra (n=193)		Gênero					
		n	% ?	Feminino			Masculino		
				n	% ?	% ??	n	% ?	% ??
<u>Início</u>	Conflitante (3,0 – 3,99)*	47	24,35	15	14,71	31,91	32	35,16	68,09
	Positiva (4,0 – 5,0)*	146	75,65	87	85,29	59,59	59	64,84	40,41
	Total	193	100,00	102	100,0	52,85	91	100,00	47,15
<u>Final</u>	Conflitante (3,0 – 3,99)*	102	52,85	31	30,39	41,91	43	47,25	59,66
	Positiva (4,0 – 5,0)*	91	47,15	71	69,61	59,66	48	52,75	40,34
	Total	193	100,00	102	100,0		91	100,00	

n = número de respondentes

* = média dos pontos dos itens

% ? = percentual em relação ao total da coluna

% ?? = percentual em relação ao total da linha



Média dos pontos dos itens: 3 a 3,99 apontam conflito e de 4 a 5 denotam atitudes positivas em relação aos aspectos envolvidos.

FIGURA 7 - Escala de atitude – média dos pontos dos estudantes segundo a fase e gênero, aplicação ao início e ao final de um semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

TABELA 15 – Dimensão social: distribuição dos estudantes quanto as faixas de variação da média dos pontos nos itens ao início e ao final de um semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

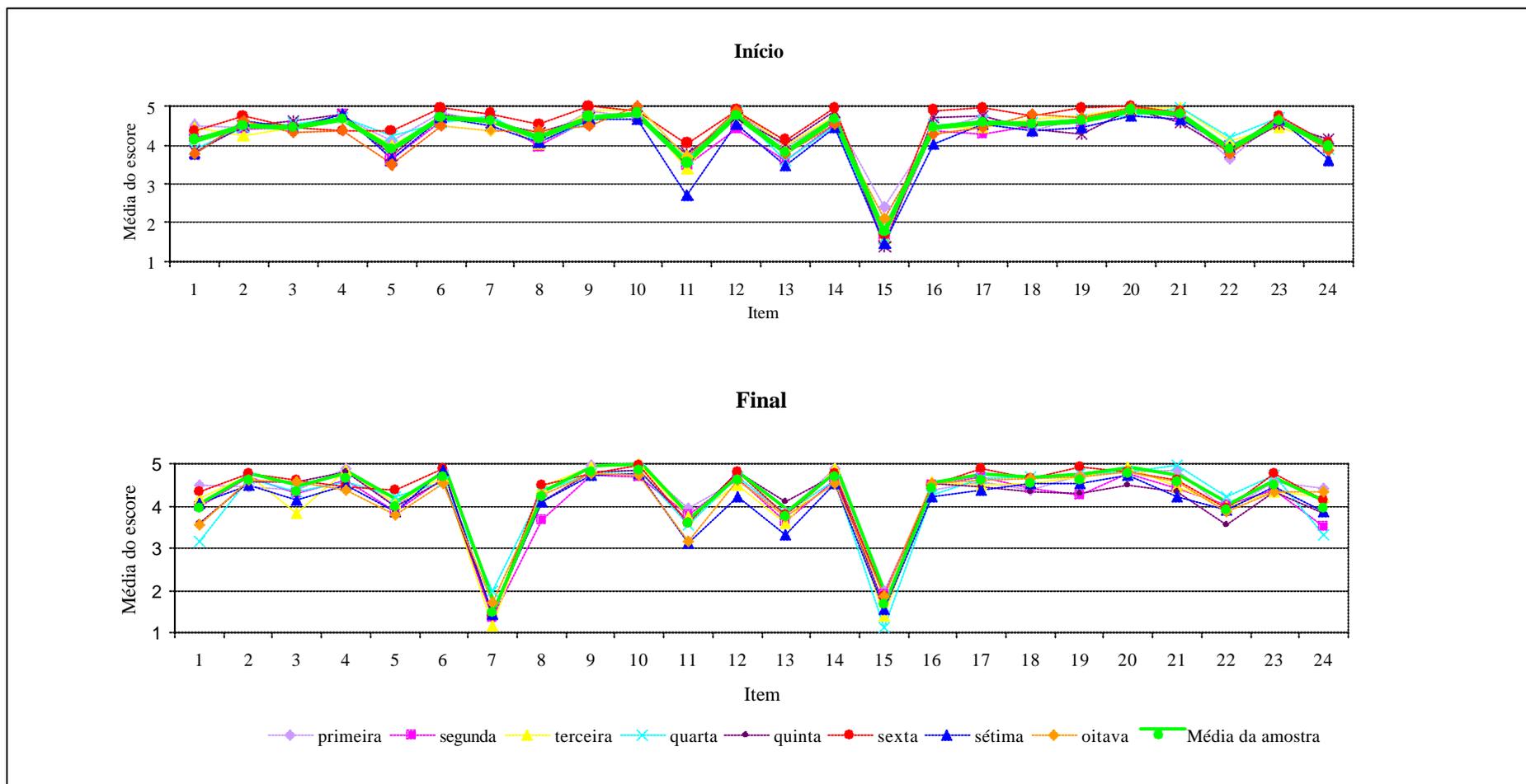
Atitude	Semestre letivo	Amostra (202)		Fases															
				Primeira (n=32)		Segunda (n=27)		Terceira (n=24)		Quarta (n=25)		Quinta (n=24)		Sexta (n=22)		Sétima (n=24)		Oitava (n=24)	
				n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Negativa (1 a 2,99) ?	Início	2	0,99	1	3,12	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,17	0	0,00
	Final	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Conflitante (3 a 3,99) ?	Início	45	22,28	3	12,50	6	22,22	4	16,67	7	28,00	6	25,00	2	9,09	9	37,50	7	29,17
	Final	81	40,10	8	25,00	14	51,85*	9	37,50	11	44,00	10	41,67	5	22,73	14	58,33	10	41,67
Positiva (4 a 5) ?	Início	155	76,73	27	84,38	21	77,78	20	83,33	18	72,00	18	75,00	20	90,91	14	58,33	17	70,83
	Final	121	59,90	24	75,00	13	48,15	15	62,50	14	56,00	14	58,33	17	77,27	10	41,67	14	58,33

n = número respondentes

% = percentual em relação aos respondentes

? Média do pontos dos itens

* = em negrito as maiores freqüências observadas



?Média dos pontos dos itens: inferiores a 3 apontam atitude negativa, 3 a 3,99 apontam conflito, e de 4 a 5 denotam atitudes positivas em relação aos aspectos envolvidos.

FIGURA 8 – Dimensão social: caracterização da média dos pontos obtido por item segundo a fase e aplicação da escala de atitude ao início e ao final de um semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

TABELA 16 – Dimensão ambiência: distribuição dos estudantes quanto as faixas de variação da média dos pontos nos itens ao início e ao final de um semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

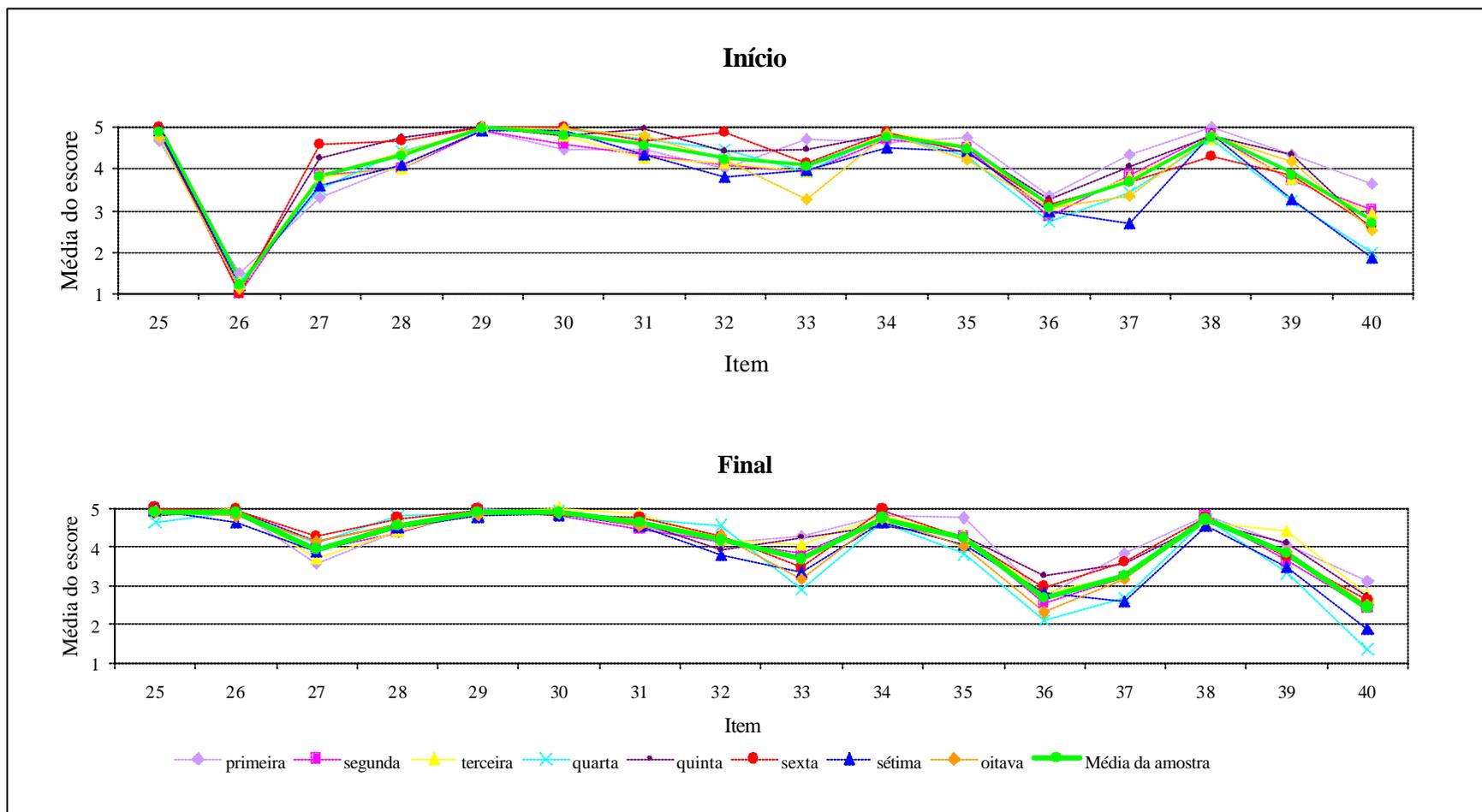
Atitude	Semestre letivo	Amostra		Fases															
		n	%	Primeira (n=32)		Segunda (n=27)		Terceira (n=24)		Quarta (n=25)		Quinta (n=24)		Sexta (n=22)		Sétima (n=24)		Oitava (n=24)	
Conflitante (3-3,99) ?	Início	63	31,19	9	28,12	10	37,04	7	29,17	11	44,00	1	4,17	5	22,73	11	45,83	9	37,50
	Final	41	20,30	2	6,25	5	18,52	4	16,67	9	36,00	2	8,33	4	18,18	10	41,67	5	20,83
Positiva (4-5,0) ?	Início	139	68,81	23	71,88	17	62,96	17	70,83	14	56,00	23	95,83	17	77,27	13	54,17	15	62,50
	Final	161	79,70	30	93,75	22	81,48	20	83,33	16	64,00	22	91,67	18	81,82	14	58,33	19	76,17

n = número de respondentes

% = percentual em relação aos respondentes

?Média do pontos dos itens

* = em negrito as maiores freqüências observadas



?Média dos pontos dos itens: inferiores a 3 apontam atitude negativa, 3 a 3,99 apontam conflito, e de 4 a 5 denotam atitudes positivas em relação aos aspectos envolvidos.

FIGURA 9 – Dimensão ambiência: caracterização da média dos pontos obtido por item segundo a fase de um curso na aplicação da escala de atitude ao início e ao final de um semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

TABELA 17 – Dimensão crença: distribuição dos estudantes quanto as faixas de variação da média dos pontos nos itens ao início e ao final de um semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

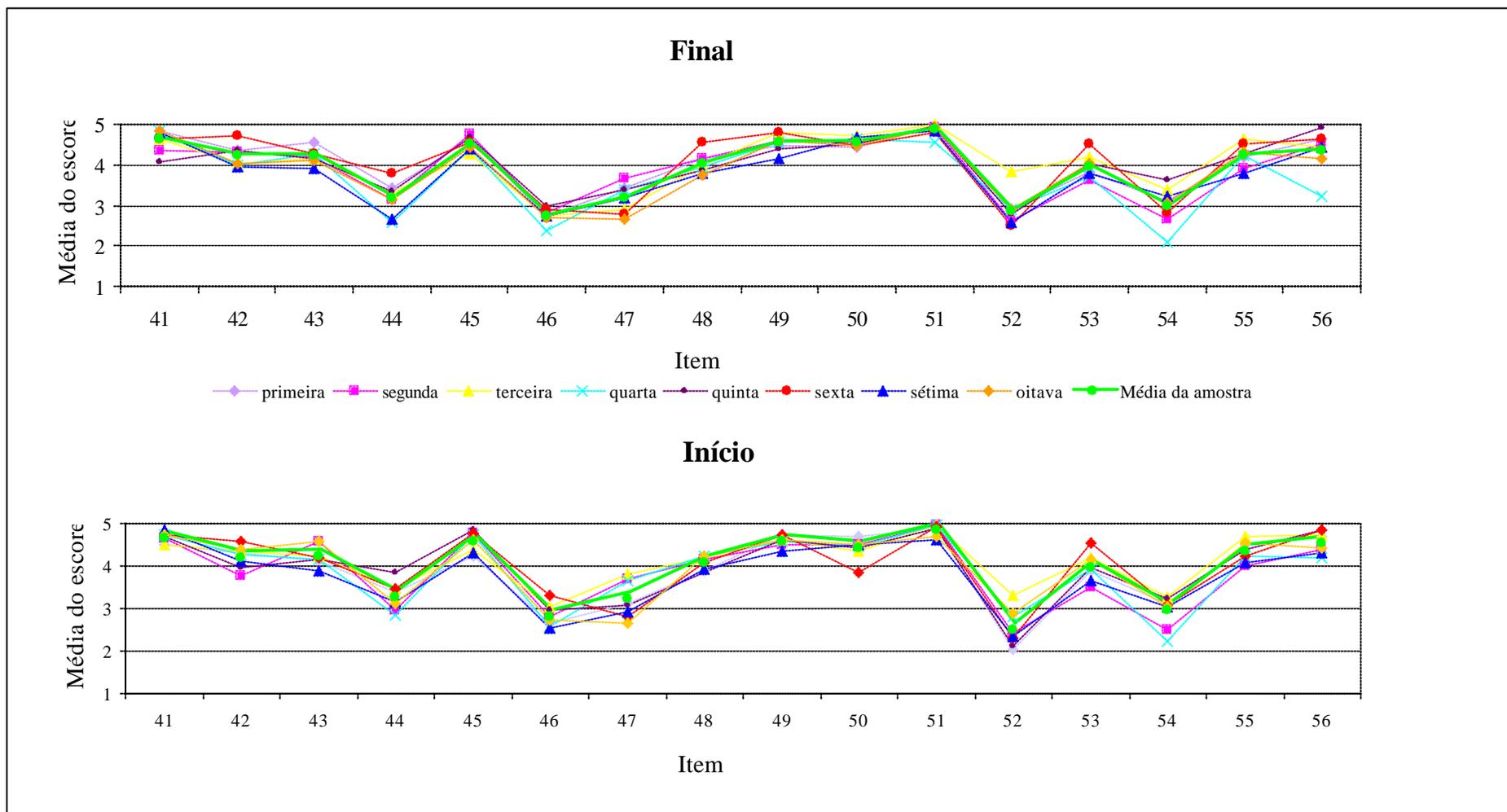
Atitude	Semestre letivo	Amostra (n=202)		Fases															
		n	%	Primeira (n=32)		Segunda (n=27)		Terceira (n=24)		Quarta (n=25)		Quinta (n=24)		Sexta (n=22)		Sétima (n=24)		Oitava (n=24)	
				n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Negativa (1-2,99) ?	Início	4	1,98	1	3,12	1	3,70	0	0,00	1	4,00	0	0,00	0	0,00	1	4,17	0	0,00
	Final	7	3,47	0	0,00	1	3,70	0	0,00	3	12,00	0	0,00	0	0,00	1	4,17	2	8,33
Conflitante (3-3,99) ?	Início	127	62,87	19	59,38*	17	62,96	10	41,67	16	64,00	20	83,33	14	63,64	18	75,00	13	54,17
	Final	118	58,42	17	53,12	18	66,67	11	45,83	15	60,00	16	66,67	11	50,00	16	66,67	14	58,33
Positiva (4 - 5) ?	Início	71	35,15	12	37,50	9	33,33	14	58,33	8	32,00	4	16,67	8	36,36	5	20,83	11	45,83
	Final	77	38,12	15	46,88	8	29,63	13	54,17	7	28,00	8	33,33	11	50,0	7	29,17	8	33,33

n = número de respondentes

% = percentual em relação aos respondentes

? Média dos pontos dos itens

* = em negrito as maiores freqüências observadas



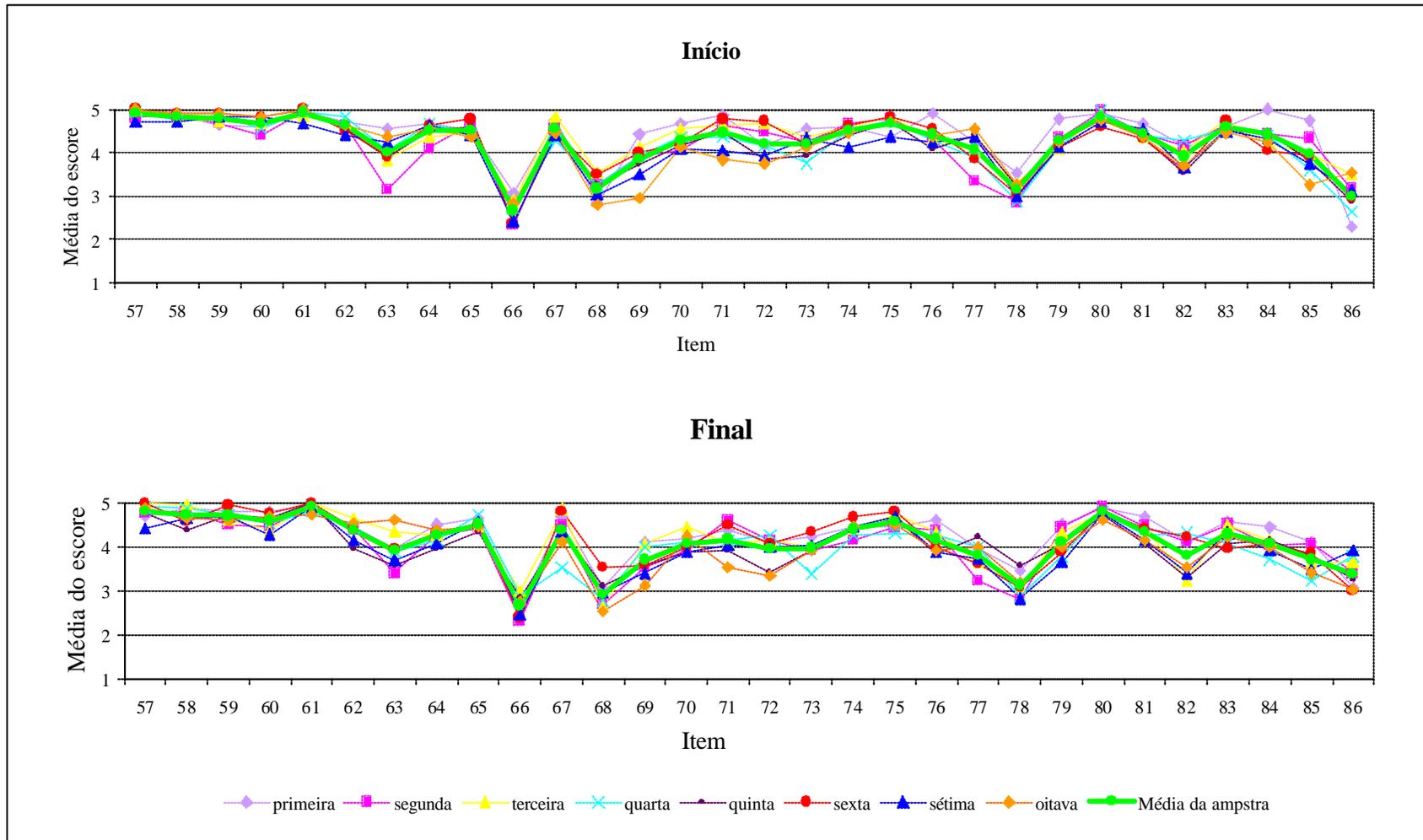
?Média dos pontos dos itens: inferiores a 3 apontam atitude negativa, 3 a 3,99 apontam conflito, e de 4 a 5 denotam atitudes positivas em relação aos aspectos envolvidos.

FIGURA 10 – Dimensão crença: caracterização da média dos pontos obtido por item segundo a fase de um curso na aplicação da escala de atitude ao início e ao final de um semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

TABELA 18 – Dimensão conhecimento: distribuição dos estudantes quanto às faixas de variação da média dos pontos nos itens ao início e ao final de um semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Atitude	Semestre letivo	Amostra (n=202)		Fases															
				Primeira (n=32)		Segunda (n=27)		Terceira (n=24)		Quarta (n=25)		Quinta (n=24)		Sexta (n=22)		Sétima (n=24)		Oitava (n=24)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Conflitante (3 – 3,99) ?	Início	30	14,85	1	3,12	5	18,52	1	4,17	7	28,00	3	12,50	1	4,55	7	29,17	5	20,83
	Final	66	32,67	5	15,62	9	33,33	6	25,00	11	44,00	8	33,33	5	22,73	11	45,83	11	45,83
Positiva (4 – 5,0) ?	Início	172	85,15	31	96,88	22	81,48	23	95,83	18	72,00	21	87,50	21	95,45	17	70,83	19	79,17
	Final	136	67,33	27	84,38	18	66,67	18	75,00	14	56,00	16	66,67	17	77,27	13	54,17	13	54,17

n = número de respondentes % = percentual em relação aos respondentes ? Média dos pontos itens * = em negrito as maiores frequências observadas



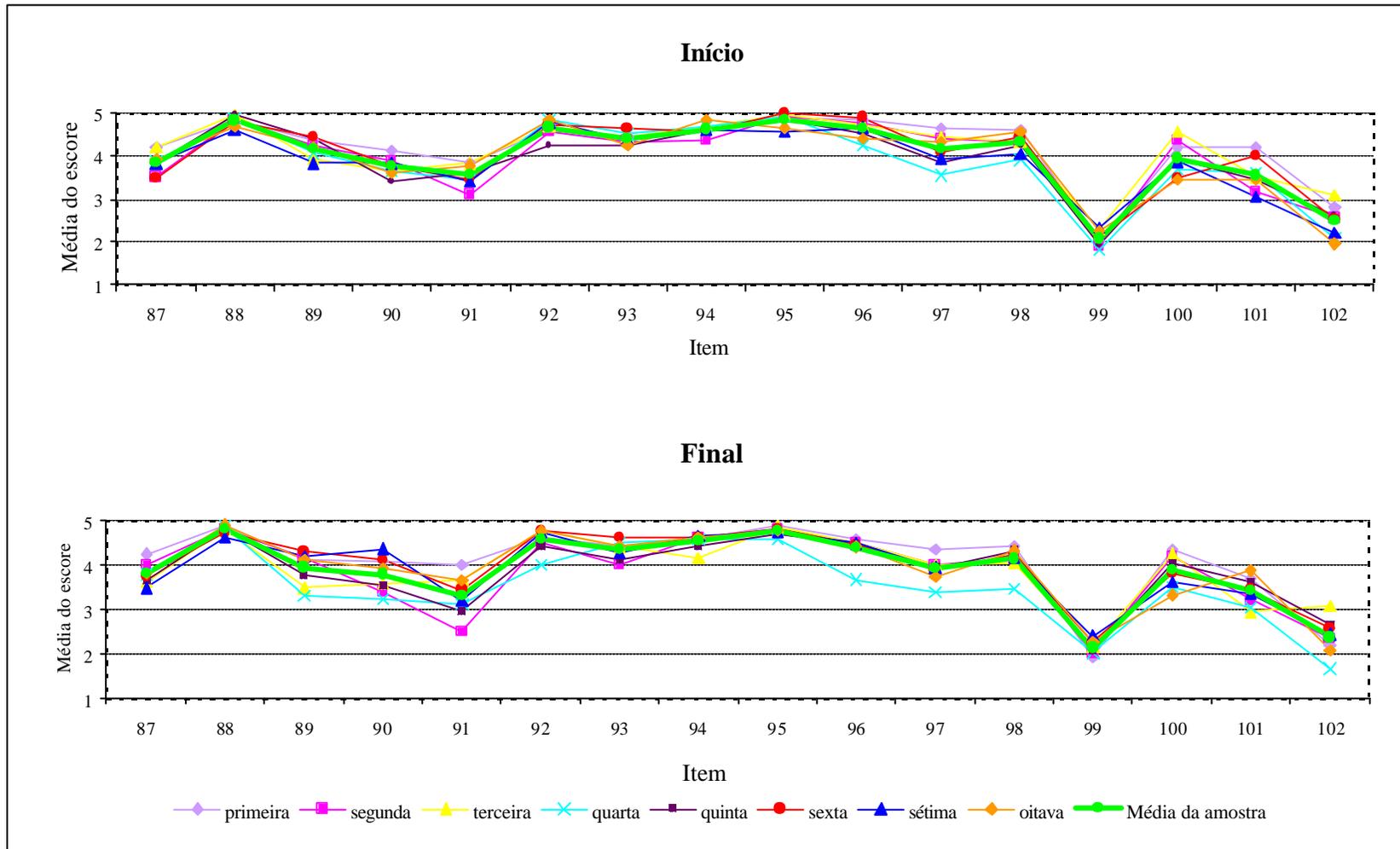
?Média dos pontos dos itens: inferiores a 3 apontam atitude negativa, 3 a 3,99 apontam conflito, e de 4 a 5 denotam atitudes positivas em relação aos aspectos envolvidos.

FIGURA 11 – Dimensão conhecimento: caracterização da média dos pontos obtido por item segundo a fase de um curso na aplicação da escala de atitude ao início e ao final de um semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

TABELA 19 – Dimensão ética: distribuição dos estudantes quanto às faixas de variação da média dos pontos nos itens ao início e ao final de um semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

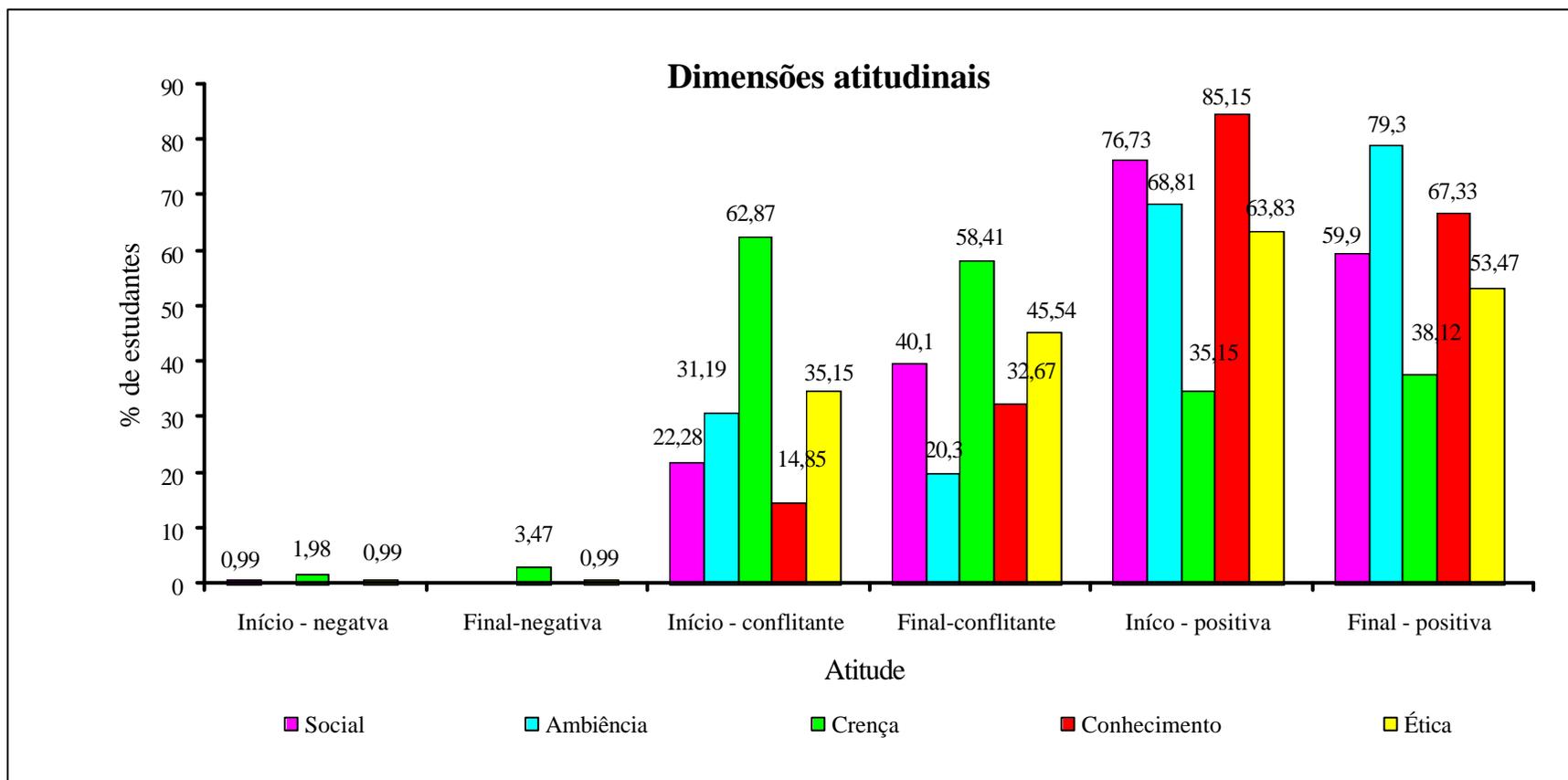
Atitude	Semestre letivo	Amostra (n=202)		Fases															
				Primeira (n=32)		Segunda (n=27)		Terceira (n=24)		Quarta (n=25)		Quinta (n=24)		Sexta (n=22)		Sétima (n=24)		Oitava (n=24)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Negativa (1 a 2,99) ?	Início	2	0,99	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,00	0	0,00	1	4,55	0	0,00	0	0,00
	Final	2	0,99	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,00	0	0,00	1	4,55	0	0,00	0	0,00
Conflitante (3 a 3,99) ?	Início	71	35,15	6	18,75	9	33,33	4	16,67	10	40,00	13	54,17	6	27,27	11	45,83	12	50,00
	Final	92	45,54	7	21,87	14	51,85	11	45,83	16	64,00	15	62,50	6	27,27	11	45,83	12	50,00
Positiva (4 a 5) ?	Início	129	3,86	26	81,25	18	66,67	20	83,33	14	56,00	11	45,83	15	68,18	13	54,17	12	50,00
	Final	108	3,47	25	78,13	13	48,15	13	54,17	8	32,00	9	37,50	15	68,18	13	54,17	12	50,00

n = número de respondentes % = percentual em relação aos respondentes ? Média dos pontos dos itens * = em negrito as maiores frequências observadas



?Média dos pontos dos itens: inferiores a 3 apontam atitude negativa, 3 a 3,99 apontam conflito, e de 4 a 5 denotam atitudes positivas em relação aos aspectos envolvidos.

FIGURA 12 – Dimensão ética: caracterização da média dos pontos obtido por item segundo a fase de um curso na aplicação da escala de atitude ao início e ao final de um semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.



?Média dos pontos dos itens: inferiores a 3 apontam atitude negativa, 3 a 3,99 apontam conflito, e 4 a 5 denotam atitudes positivas em relação aos aspectos envolvidos.

FIGURA 13 – Distribuição dos estudantes em faixas de variação da média dos **pontos** nas diferentes dimensões, referentes a aplicação da escala de atitude ao início e ao final do semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

TABELA 20 – Itens da escala de atitude que apresentaram uma média dos pontos menor do que 3 na aplicação inicial da escala de atitude e o movimento atitudinal dos estudantes, segundo o nível de concordância, e o respectivo impacto na média de pontos na aplicação ao final do semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Dimensão	Número do Item	Média dos pontos *		Movimento atitudinal***		
		Início**	Final**	Evolutivo n	Involutivo n	Ausente n
Social	15	1,74	1,67	42	50	109
	26	1,20	4,88	196	0	5
Ambiência	40	2,69	2,43	44	70	87
	46	2,83	2,76	56	64	81
Crença	52	2,50	2,88	65	27	110
	54	2,95	2,98	62	61	79
Conhecimento	66	2,66	2,68	62	64	76
	86	2,99	3,38	87	51	64
Ética	99	2,07	2,14	46	33	122
	102	2,49	2,38	39	58	106

n = número de respondentes

?Média dos pontos dos itens: inferiores a 3 apontam atitude negativa, 3 a 3,99 apontam conflito, e de 4 a 5 denotam atitudes positivas em relação aos aspectos envolvidos.

** Relativo ao período da aplicação da escala no semestre letivo.

*** Movimento atitudinal : involutivo: resposta concordante ou em dúvida ao início e resposta discordante ao final do semestre letivo

ausente: mantiveram a mesma resposta da primeira aplicação

evolutivo: resposta discordante ou em dúvida ao início e resposta concordante na aplicação ao final do semestre letivo.

TABELA 21 – Itens da escala de atitude que apresentaram na aplicação ao final do semestre letivo uma média dos pontos que apontaram mudança atitudinal ao aspecto abordado e o movimento atitudinal dos estudantes, segundo o nível de concordância. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Dimensão	Número do Item	<u>Média dos pontos</u> *		Evolutivo n	<u>Movimento atitudinal</u> ***	
		Início**	Final**		Involutivo n	Ausente n
Social	1	4,13	3,93	42	56	104
	5	3,91	4,00	52	49	100
	7	4,63	1,48	4	182	12
Ambiência	26	1,20	4,88	196	0	5
	33	4,06	3,68	38	68	96
	36	3,05	2,68	37	78	86
Conhecimento	63	4,01	3,92	46	57	99
	68	3,16	2,93	47	69	84
	72	4,20	3,95	43	66	93
	73	4,20	3,98	32	63	107
	77	4,07	3,80	38	69	95
	86	2,99	3,38	87	51	64
Ética	89	4,19	3,95	35	58	109
	97	4,18	3,93	36	60	105

n = número de respondentes

?Média dos pontos dos itens: inferiores a 3 apontam atitude negativa, 3 a 3,99 apontam conflito, e de 4 a 5 denotam atitudes positivas em relação aos aspectos envolvidos.

** Relativo ao período da aplicação da escala no semestre letivo.

*** Movimento atitudinal : involutivo = resposta concordante ou em dúvida ao início e resposta discordante ao final do semestre letivo

ausente: mantiveram a mesma resposta da primeira aplicação evolutivo: resposta discordante ou em dúvida ao início e resposta concordante na aplicação ao final do semestre letivo

TABELA 22– Itens que apresentaram uma média dos pontos que apontaram atitude conflitante ao aspecto abordado na aplicação inicial da escala de atitude e o movimento atitudinal dos estudantes, segundo o nível de concordância e o respectivo impacto na média de pontos na aplicação ao final do semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Dimensão	Número do Item	Média dos pontos ?		Movimento atitudinal???		
		Início??	Final??	Evolutivo n	Involutivo n	Ausente n
Social	5	3,91	4,00	52	49	100
	11	3,54	3,57	61	59	82
	13	3,82	3,73	46	67	89
	22	3,92	3,92	51	96	54
	24	3,97	3,96	53	56	92
Ambiência	27	3,81	3,93	56	43	103
	36	3,05	2,68	37	78	86
	39	3,86	3,82	53	52	97
Crenças	44	3,28	3,17	51	61	87
	47	3,24	3,20	58	64	80
	53	3,97	3,96	49	44	109
Conhecimento	68	3,16	2,93	47	69	84
	69	3,85	3,71	52	70	79
	78	3,14	3,13	65	67	69
	82	3,91	3,81	45	62	91
	85	3,96	3,72	38	66	98
Ética	87	3,86	3,83	56	58	88
	90	3,77	3,57	52	57	93
	91	3,57	3,33	41	74	87
	100	3,96	3,91	47	48	104
	101	3,56	3,42	49	62	90

n = número de respondentes

?Média dos pontos dos itens: inferiores a 3 apontam atitude negativa, 3 a 3,99 apontam conflito, e de 4 a 5 denotam atitudes positivas em relação aos aspectos envolvidos.

** Relativo ao período da aplicação da escala no semestre letivo.

*** Movimento atitudinal : involutivo: resposta concordante ou em dúvida ao início e resposta discordante ao final do semestre letivo

ausente: mantiveram a mesma resposta da primeira aplicação

evolutivo: resposta discordante ou em dúvida ao início e resposta concordante na aplicação ao final do semestre letivo.

4.4 Comparação das Atitudes por Fase

TABELA 23 – Escala de atitudes e suas dimensões: média de pontos apresentados pelos estudantes de oito fases. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Fase	Escala de Atitude n=173		Dimensão									
			Social n=193		Ambiência n=193		Crença n=196		Conhecimento n=195		Ética n=195	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Primeira	433,79	27,55	105,50	8,13	66,19*	5,53	63,07	7,11	132,23	7,52	67,00	5,09
Segunda	414,38	21,15	101,64**	6,26	62,80	5,77	62,12	5,40	125,77	8,07	62,96	4,46
Terceira	430,35	22,02	105,39	4,60	64,18	7,25	65,78	5,51	130,95	7,43	66,33	6,63
Quarta	416,41	35,55	103,48	9,49	62,32	5,80	62,56	8,58	126,67	11,40	61,76**	7,80
Quinta	420,47	19,20	103,39	6,29	66,92*	3,96	63,91	3,84	125,54	9,08	62,43	3,97
Sexta	430,80	25,91	108,40	6,56	65,77**	6,39	64,50	5,67	127,67	7,66	64,47	6,79
Sétima	405,96*	30,81	99,67*	10,20	60,29	5,15	60,54	7,65	124,08**	11,45	62,13**	6,23
Oitava	420,74	29,47	102,57	7,60	63,70	5,69	63,78	5,44	125,04	9,92	63,50	5,79
Amostra	421,47	28,08	103,71	7,89	64,07	6,01	63,23	6,42	127,34	9,45	63,95	6,13

n = número de respondentes

M = média dos pontos

DP = desvio padrão

* $p \leq 0,01$

** $p \leq 0,05$

Classificação da atitude conforme a pontuação obtida: Escala de atitude: 306 a 407 : conflito; 408 a 510: atitude positiva Dimensão social: 72 a 95: conflito, 96 a 120 : atitude positiva Dimensão ambiência, crença e ética: 48 a 63: conflito; 64 a 80: atitude positiva Dimensão conhecimento 90 a 119: atitude conflito; 120 a 150: atitude positiva

TABELA 24 – Escala de atitude: diferenças das médias de pontos ao início e ao final do semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

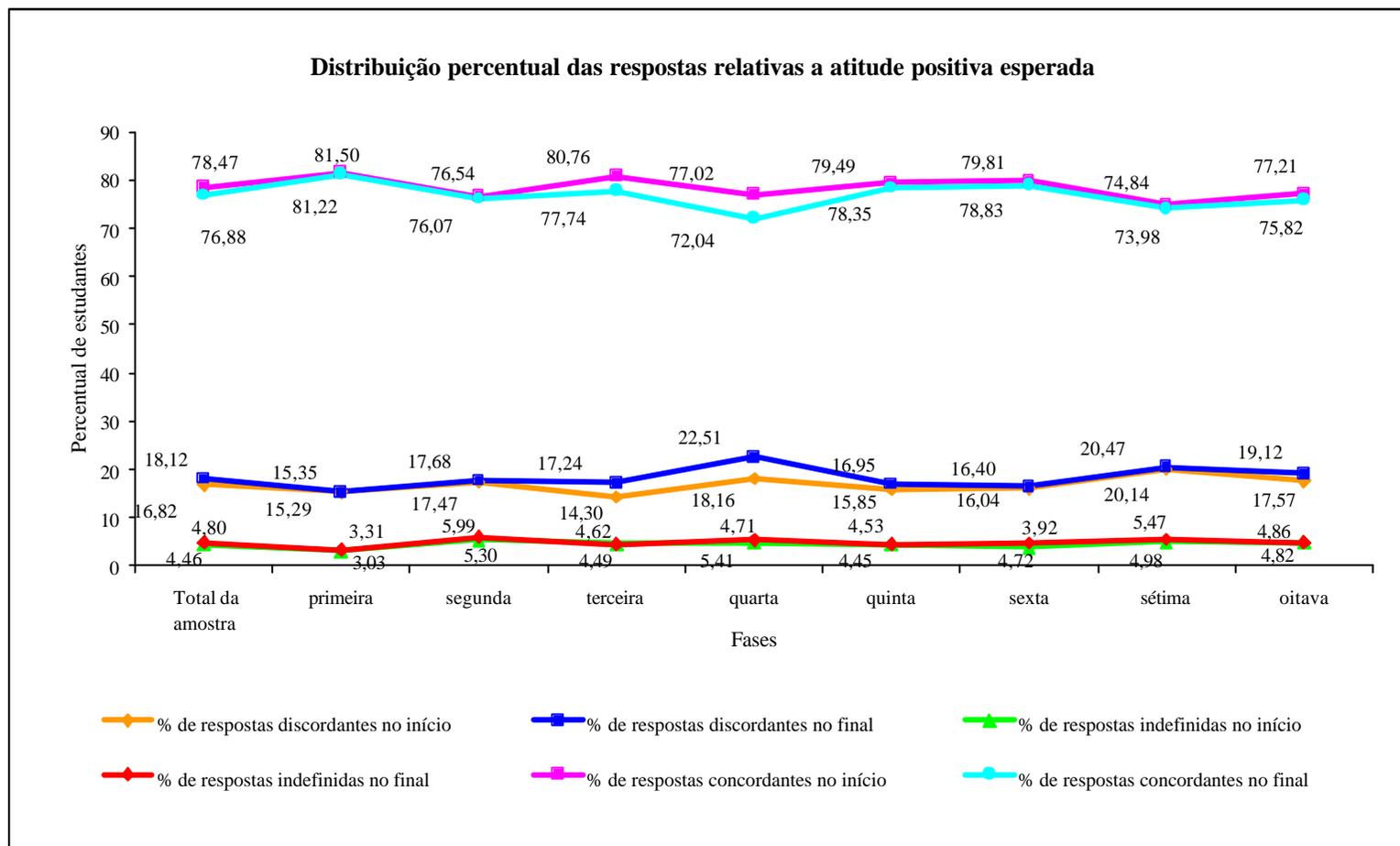
Fase	Escala de Atitude n=173		Dimensão									
			Social n=193		Ambiência n=193		Crença n=196		Conhecimento n=195		Ética n=195	
	MD	DP	MD	DP	MD	DP	MD	DP	MD	DP	MD	DP
Primeira	-0,43	1,06	-0,20	1,01	-0,65	0,69	0,05	1,03	-0,65	0,76	0,47	0,87
Segunda	0,22	0,8	0,26**	0,94	0,02	1,06	0,21	0,85	0,19**	0,90	-0,17	0,77
Terceira	-0,19	0,82	-0,25	0,63	-0,03	1,04	-0,28	0,79	-0,15	0,88	0,26	1,20
Quarta	0,08	1,22	0,09	1,17	0,42*	1,04	0,17	1,33	0,05	1,17	-0,26	1,27
Quinta	0,05	0,78	0,05	0,89	-0,31	0,63	-0,12	0,64	0,17**	1,07	-0,22	0,74
Sexta	-0,34	0,84	-0,59	0,51	0,03	1,23	-0,35	0,94	-0,01	1,01	0,17	1,03
Sétima	0,52*	1,05	0,45*	1,33	0,48*	0,77	0,36	1,19	0,29*	0,96	-0,35**	0,95
Oitava	0,07	1,04	0,15	0,95	0,26*	1,03	-0,12	0,94	0,27*	1,00	-0,01	0,88

n = número de respondentes

MD = média da diferença da pontuação no item, sendo pontuação final menos a pontuação inicial

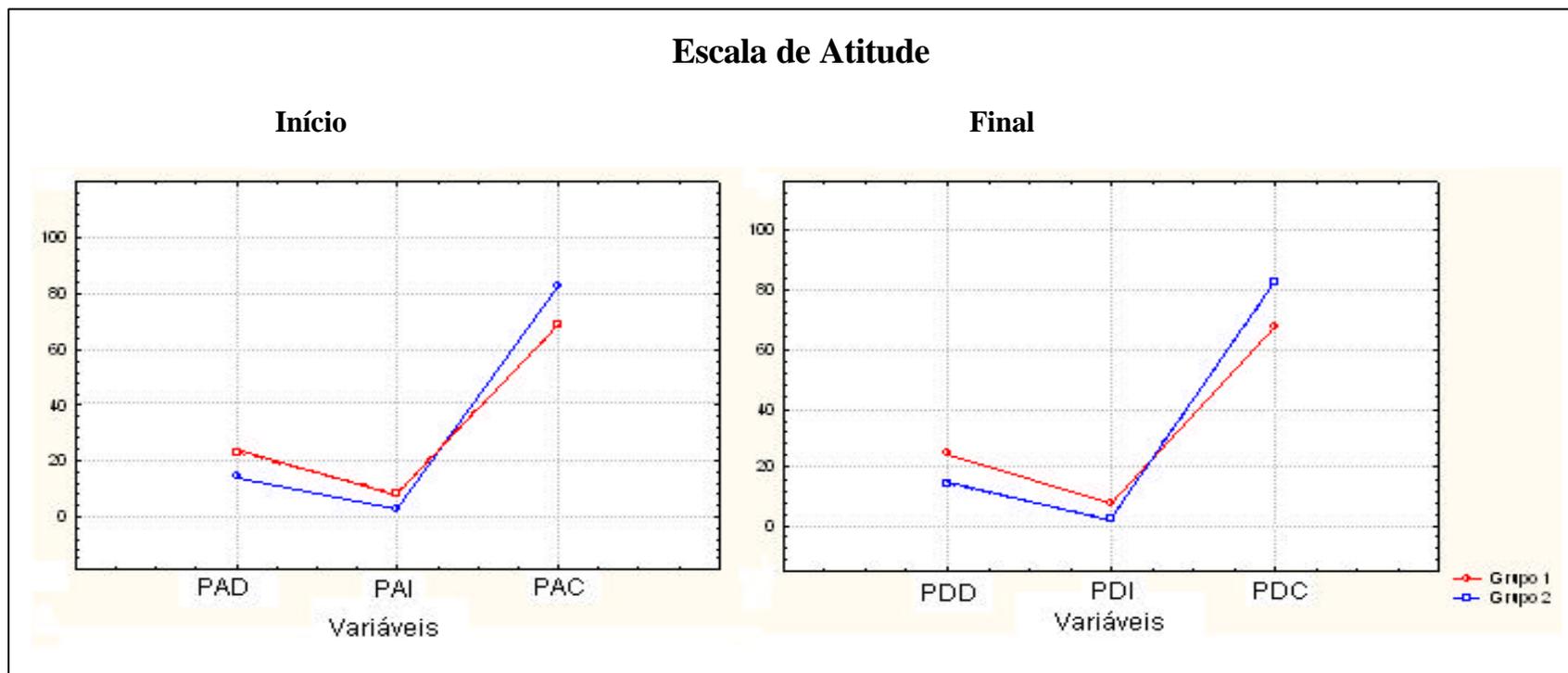
DP = desvio padrão

* $p \leq 0,01$ ** $p \leq 0,05$



?As resposta foram caracterizadas como respostas discordantes as que receberam o valor 1 e 2, como indefinidas as de valor 3 e como respostas concordantes as de valor 4 e 5 .

FIGURA 14 – Escala de atitude : distribuição percentual das respostas relativas a atitude positiva esperada nos itens. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.



PAD = percentagem de respostas discordantes

PAI = percentagem de respostas indefinidas

PAC = percentagem de respostas concordante

PDD = percentagem de respostas discordantes

PDI = percentagem de respostas indefinidas

PDC = percentagem de respostas concordantes

*Nível de concordância: as resposta foram caracterizadas como respostas discordantes as que receberam o valor 1 e 2, como indefinidas as de valor 3 e como respostas concordantes as de valor 4 e 5.

FIGURA 15 – Escala de atitude: agrupamento dos estudantes na aplicação na aplicação ao início e final do semestre letivo, segundo o nível de concordância. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

5 DISCUSSÃO

A educação médica tem como objetivo a educação integral, abrangendo um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, pois a Medicina como Ciência e Arte têm como objeto essencial do ensino a compreensão da condição humana em todos os seus aspectos, lidando com o inesperado e com a temporalidade do conhecimento^{19, 24, 87}.

Estudos de coorte são particularmente apropriados para pesquisa de desenvolvimento humano, pois podem sofrer interação biológica, ambiental e de intervenções, oportunizando a observação de tendências e podendo distinguir possíveis mudanças^{15, 88}. A avaliação das atitudes em estudantes de Medicina, que estão cursando as primeiras oito fases, em dois momentos (início e final do semestre letivo), permitiu verificar as tendências atitudinais individuais, em cada fase e mudanças atitudinais que ocorreram no semestre letivo pesquisado. A mesma escala de atitude foi utilizada nas duas ocasiões, e o fator de memorização pode ser considerado controlado pela extensão do instrumento (102 itens), considerando o tempo decorrido entre as duas aplicações (17 semanas em média). Para um melhor controle, os resultados e a análise foram realizadas após a segunda aplicação, não havendo neste intervalo *feedback* para os estudantes das assertivas ou da média de pontos individual /fase^{22, 26, 68}.

Neste estudo observou-se uma amostra representativa de estudantes do curso pesquisado e das respectivas fases.

A atitude foi definida como um conceito multidimensional, abrangendo diversos aspectos atitudinais representado por uma síntese hipotética de um conjunto de comportamentos reais, ou como uma realidade mental^{22, 26}.

*Woloschuk et al*⁴⁴ consideraram que a presença de atitudes positivas nos estudantes de Medicina poderia ser decorrente da presença das mesmas já no ingresso do curso. Desta maneira foi considerado muito importante o conhecimento do perfil do estudante para um melhor entendimento dos resultados encontrados, pois as atitudes podem ser resultado do contexto sociocultural e os aspectos atitudinais prévios interagem com os conhecimentos, habilidades e ambiência da aprendizagem^{11, 24, 25, 26, 75}. Foram descritas características consideradas importantes no contexto da pesquisa, como aspectos sócio-demográficos, perfil de sua família, determinação e motivação para a profissão médica, projetos de pesquisa e de exercício profissional.

O número de mulheres nas escolas de Medicina é crescente em todo país, sendo considerado um fenômeno presente no ensino superior^{32, 43, 89, 90, 91}, porém a profissão médica ainda é predominantemente masculina no Brasil^{89, 90}. No Canadá desde 1990, é graduado pela

escola médica o mesmo número de mulheres e homens ⁵². No Brasil, Souza e Cruz⁵¹ concluíram que a tendência do aumento de profissionais do sexo feminino na Medicina foi percebida a partir da década de 80. Na Região Sul do Brasil, a Medicina é exercida majoritariamente por profissionais do gênero masculino, contudo nas faixas etárias mais jovens dos médicos foi observado um aumento do gênero feminino, decorrente do aumento ocorrido no ingresso aos cursos de Medicina ^{91, 92}. O resultado encontrado nesta pesquisa evidenciou esta tendência, pois foi observado que o maior percentual dos estudantes pesquisados foi do gênero feminino (52,83%).

Gonçalves ⁸⁹ reforça a necessidade de conhecer o perfil do estudante de Medicina devido ao processo de amadurecimento por que passam enquanto candidatos ao curso, e de apesar de serem adultos, precisarem da compreensão das características especiais do processo ensino-aprendizagem devido a idade que ingressam no curso. Referiu que 40% dos estudantes do primeiro ano da Faculdade de Medicina de São Paulo (FMUSP) tinham entre 17 e 18 anos na pesquisa realizada em 2000. Nos estudantes de Medicina pesquisados a média de idade foi de 21,45 anos, e não foi observado diferenças significativas quando analisado a amostra de estudantes por fase em que estavam cursando. Este fato não permitiu a diferenciação das mesmas quanto ao critério idade, no entanto o processo de envelhecer é inerente a progressão do estudante no curso, e deve ser levado em conta que mudanças atitudinais poderiam ser decorrentes devido o impacto curricular e/ou ao amadurecimento do estudante.

A articulação entre educação médica e a educação do segundo grau constitui-se uma conexão ou um vínculo para um entendimento do estudante como sujeito do processo de sua formação ³⁶. Ferreira ³² apontou em sua pesquisa que 70% dos estudantes de graduação em Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) concluíram o segundo grau em escola privada e que este percentual diferia quando comparado com o padrão da Universidade (59,3%). Esta tendência ficou evidenciada nesta pesquisa, pois 91,50 % dos estudantes de Medicina concluíram o segundo grau em escola privada e o padrão da Universidade ⁶³ no mesmo período foi de 35,60%. Este resultado poderia ser explicado, na realidade pesquisada, pela maior competitividade encontrada no vestibular, envolvendo um nível mais alto de corte nas notas obtidas e por ter o maior custeio por parte dos estudantes em relação aos demais cursos da Universidade.

A complexidade do currículo de Medicina, o fator de ansiedade vinculado ao sistema de avaliação e a tensão experimentada pelas peculiaridades das atividades desenvolvidas são fatores intrínsecos à formação do estudante. Foi considerado igualmente condicionante ao seu desenvolvimento, o conjunto de compromissos e atividades extracurriculares em que o

estudante se envolve, apesar de ser exterior ao processo ⁸⁹. Na pesquisa realizada na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) foi demonstrado que os estudantes de Medicina não tinham renda própria ao ingressar no curso e mantinham essa situação, na maioria dos casos, no momento da graduação ⁹³. Encontrou-se realidade semelhante nesta pesquisa, pois apenas 1,98% dos estudantes declararam ter alguma atividade remunerada. Dos estudantes pesquisados, 86,63% declararam que não exerciam atividades extracurriculares, sugerindo uma dedicação exclusiva ao curso.

Na pesquisa na UFMG ³² e na UERJ ⁹³ foi demonstrado que a maioria dos estudantes de Medicina eram solteiros. O resultado encontrado nesta pesquisa evidenciou esta tendência, pois foi observado que o maior percentual dos estudantes pesquisados eram solteiros (97,52%).

Em relação a procedência, algumas pesquisas apontam geralmente que os estudantes de Medicina declararam ser procedente do próprio estado ^{89, 90}. Os estudantes pesquisados eram na sua maioria procedentes da Região Sul do Brasil (91,54%), sendo 48,77% de Santa Catarina. Resultado semelhante a literatura, porém diferindo do padrão da Universidade ⁶³, onde 86,37% dos estudantes são procedentes do próprio estado. Esta diferença encontrada poderia ser justificada devido ao alto nível de competitividade para o ingresso no curso de graduação em Medicina ser uma realidade nacional, mobilizando um maior número de estudantes e diversificando a procedência.

No decorrer das décadas foi constatado um aumento progressivo do número dos pais de estudantes de Medicina que exercem atividade liberal ^{89, 90}. Foi observado neste estudo que os pais dos estudantes de Medicina apresentaram um maior percentual na classificação ocupacional de profissionais das ciências e da arte (39,30 % das “mães” e 48,26% dos “pais”). Dado que poderia estar relacionado a escolaridade dos pais, pois foi verificado que 59,20% das “mães” e 66,50% dos “pais” apresentaram curso superior completo (com ou sem pós-graduação). Gonçalves ⁸⁹ e Souza e Cruz ⁹⁰ encontraram em seus estudos que a maioria das mães, declararam que eram “do lar”, apesar disso apontaram que houve uma diminuição desta profissão desde a década de 70. O percentual de mães com a profissão “do lar” (22,39%) neste estudo, poderia sugerir a diminuição desta atividade entre as mães de estudantes de Medicina.

O estudante de Medicina no estudo mostrou um padrão econômico elevado, devendo estar relacionado com o acesso competitivo e atrair segmentos da classe média por persistir a representação da profissão médica de segurança financeira, e como possibilidade de ascensão e articulação social na realidade brasileira ^{2, 32, 94}. Considerando a faixa de renda familiar maior do que R\$ 6 000,00, a renda familiar do estudante de Medicina (44,16%) foi mais elevada do que o padrão da Universidade ⁶³ (16%). No entanto, 13,07% dos estudantes de

Medicina financiavam a sua formação médica e o padrão da Universidade ⁶³ foi de 6,90% no mesmo período. Estes resultados poderiam ser decorrente da diferenciação das mensalidades dos cursos na Universidade.

Miller ²⁴ considerou que em uma pesquisa a respeito de atitudes em estudantes de Medicina, além dos aspectos abordados seria importante reunir informações pertinentes a outras características, entre elas a curiosidade intelectual. Devido a Metodologia Baseada em Problemas (ABP) ser a adotada no curso, sendo uma metodologia considerada instigadora da curiosidade intelectual, o resultado obtido quanto ao desenvolvimento de pesquisas científicas de 19,80%, poderia ser explicado pelo fato da Universidade ter menos de uma década e o curso estar em fase de implantação. Foi considerado positivo que 37,50% dos estudantes que desenvolveram pesquisas referiram que a idéia original da pesquisa foi própria, caracterizando uma possível curiosidade e independência intelectual esperadas na profissão médica.

Conhecer as metas dos estudantes após a sua graduação é outro aspecto considerado importante ²⁴, pois poderia indicar a percepção do estudante da condição de terminalidade do curso e a preocupação com sua formação médica.

Dini e Batista ⁹⁵ pesquisaram as transformações vividas pelos estudantes no decorrer do curso médico e conseqüentemente as reconstruções das expectativas e motivações devido a insegurança quanto ao futuro e as principais dificuldades no desempenho do papel estudante/médico. Consideraram que os estudantes do sexto ano de Medicina tiveram o entendimento que o papel da escola seria o preparo para a residência, e que a insegurança de seus conhecimentos estava presente. Este fato poderia ser explicado pela utilização da tecnologia de ponta ter sido tornado quase sinônimo de qualidade e resolubilidade e de possuir grande visibilidade e prestígio social. A Residência Médica foi consagrada no Brasil como um programa de treinamento e capacitação em serviço após a graduação médica para o uso de tecnologia e formação de especialistas. A expansão das vagas das residências foi orientada para as práticas hospitalares em cada contexto específico, e não pelas necessidades sociais de incremento da formação de profissionais de determinada especialidade. Foi observado que houve uma diminuição do percentual de médicos com Residência Médica em Santa Catarina e nos outros estados da Região Sul nos últimos dez anos, provavelmente relacionado ao aumento do número de cursos médicos desproporcional ao aumento de vagas na Residência Médica ^{28, 41, 83, 94, 95, 96}.

A proposta do curso pesquisado é formar o médico com formação generalista, capacitado a atuar no processo de saúde e doença em seus diferentes níveis de atenção. Foi observado que 86,07% dos estudantes declararam que têm como meta após sua graduação

ingressar em uma Residência Médica, sendo que apenas 13,93% se consideram apto para o exercício imediato no mercado de trabalho. No entanto, apesar da inserção do estudante na saúde coletiva e ao Programa da Saúde da Família (PSF) em todas as fases do curso, nenhum estudante indicou como meta após sua graduação o ingresso imediato como profissional exclusivamente em serviço público ou no PSF. A opção pela Residência Médica poderia ser explicada por medos, inseguranças, dúvidas, preocupação com o erro médico e pelo desejo de ser “bom médico”. Estes dados remetem ao imaginário do estudante, a ambiência da aprendizagem, a hierarquia e rituais de poder presentes na categoria médica e nas escolas, ou decorrentes da dificuldade de realizar avaliações baseadas em competências em ambiente de aprendizagem, fator este que dificultaria a percepção da capacidade de resolubilidade desenvolvidas durante o processo de formação. O estudante ao ingressar no curso traz consigo uma visão de médico, decorrentes de suas vivências e influenciados por veículos de comunicação. Durante a sua graduação os estudantes entram em contato com a própria formação especializada dos docentes médicos, tutores e preceptores, marcados pelos atributos que dão o caráter formativo aos estudantes e servem como modelos para o futuro profissional. A procura pela especialização poderia ser considerado um caminho dominante no atual padrão de identidade médica, oriundas da própria formação tradicional dos médicos/professores e das demandas sociais por determinados padrões de cuidados médicos vinculados a instrumentos tecnológicos e sustentados pela lógica assistencial curativa. Hoje, a municipalização da atenção básica à saúde abriu progressivamente um grande mercado de trabalho aos médicos generalistas, porém faltam profissionais aptos para este trabalho específicos e médicos de diferentes especialidades, buscam trabalho em equipes do PSF, muitas vezes desenvolvendo atividades para as quais não estão preparados. Estas transformações precisam ser mais bem conhecidas, e uma das questões a considerar seria como mudar a ambiência das escolas médicas para que correspondam e atendam as demandas sociais e as mudanças na profissão médica. Durante a graduação é esperado o desenvolvimento de adaptações para a manutenção do imaginário do estudante e para o atendimento das exigências do mercado, devendo-se levar em conta a sua percepção da valoração social e corporativa da especialização médica^{28, 89, 90, 95, 96}.

A identificação dos motivos que levaram a optar pela Medicina como profissão, oferece elementos para melhor traçar o perfil do estudante. Há vários fatores no que diz respeito às motivações que levam um indivíduo a escolher a profissão médica. Este conhecimento foi considerado importante para gerar uma possível discussão dessas razões pelos educadores e pelos estudantes. Uma discussão sobre a determinação para a profissão médica e a motivação

enquanto estudante para atingir esta meta poderia auxiliar a separação dos conflitos e emoções próprias daquelas geradas pelas vivências no processo de formação médica.

A influência da família e o fator econômico foram os motivos menos frequentes da opção profissional na FMUSP (8,6% e 11,6%)⁸⁹. Na UERJ a escolha da profissão se deu por influência da família, como principal motivo em 10,2%⁹³. Os estudantes pesquisados consideraram que foram influenciados pela família em 35,64% (72), todavia a abordagem não foi como fator de determinação da opção profissional dos estudantes. Este percentual elevado poderia ser decorrente da faixa etária da percepção do interesse pela profissão, pois sua ocorrência foi declarada como tendo sido predominantemente na infância e adolescência inicial quando os laços de dependência com a família são fortes.

Considerando valores como categorias de orientação que transcendem situações específicas, que não se restringem às propriedades inerentes aos objetos, cuja presença se faz perceber no comportamento cotidiano das pessoas, e sendo tipos específicos de necessidade, atitudes e crenças^{20, 72, 73, 75, 78, 85}, a determinação e motivação para a profissão médica foi abordado segundo as seis funções psicossociais originadas do tipo de orientação dos valores, como: pessoal (funções de experimentação e realização), central (funções de existência e suprapessoal) e social (funções interacional e normativa)^{72, 73}.

Na Região Sul do Brasil os médicos que exercem a profissão apresentam uma orientação social (afetividade, honestidade) em detrimento da orientação pessoal (emoção, poder) e assumem princípios-guia da função psicossocial interacional versus realização⁹².

O padrão valorativo esperado nos jovens seria o da experimentação, pois estão ligadas as emoções, estimulação, ao prazer e ao sexo^{73, 85}. Esta expressão foi observada no fator de determinação pela profissão médica nos estudantes da primeira fase. Nas outras fases não foi observado o mesmo padrão, apesar de que não houve diferenças significativas entre as fases quanto a idade.

Ferreira³² considerou que os estudantes de Medicina apresentaram um desprezo pelo mercado de trabalho talvez pelo fato de apresentarem bom padrão socioeconômico, não estando presentes preocupações financeiras imediatas. Gonçalves⁸⁹ considerou que o fator econômico foi um dos fatores menos valorizados como motivo que levou a optar pela Medicina. Todavia Pimentel et al⁸⁵ observaram em sua pesquisa um perfil axiológico de estudantes de Medicina com predominância de valores da função psicossocial existência (estabilidade social, saúde e sobrevivência) e interacionais (afetividade, apoio social e convivência), concluindo que estava presente como princípio guia a necessidade da garantia de recursos mínimos necessários com uma orientação para as relações interpessoais. Levando em conta que a função existência

aborda questões voltadas a própria existência orgânica^{73, 85}, observou-se um baixo percentual deste fator como determinante do interesse, talvez decorrente do perfil dos estudantes descrito anteriormente.

A função interacional (caracterizada por valores de afetividade, apoio social, convivência e honestidade) e a função normativa (caracterizada por valores de obediência, ordem social, religiosidade e tradição) denotam uma orientação social que caracterizariam indivíduos que primam pela convivência com os demais, que gostam de ser considerados, que desejam ser aceitos, que focalizam o destino comum, que enfatizam a estabilidade grupal e apresentam respeito por símbolos e padrões culturais^{73, 85}. Poderia se dizer que 45,02% dos estudantes apresentaram uma provável indicação da presença de uma orientação social quanto ao fator declarado determinante para o interesse pela Medicina, sendo que 29,84% se referiam à função interacional e 15,18% à função normativa.

Levando em conta que 98,84% dos estudantes declararam terem uma religião, poderia ser esperado um percentual para a função normativa mais expressiva, porém foi pesquisado somente o preceito e não a sua valoração, limitando sua interpretação.

Os médicos em exercício na Região Sul declararam que o prestígio seria a quarta menor função valorativa que norteariam suas vidas. Este é um dos valores que caracterizam a função psicossocial realização que teve uma expressão de 4,19% neste estudo quanto a determinação para a profissão médica⁹².

Quando se considera a determinação e a motivação, as diferentes funções psicossociais poderiam indicar o processo de transição na transformação de um leigo em um profissional médico durante o período de graduação, pois os conhecimentos e atitudes adquiridos neste processo poderiam determinar uma forte influência nos valores do estudante⁹⁷. Pimentel et al⁸⁵ consideraram que a importância do estudante de Medicina em relação à função de realização poderia ser explicada pela persistência e competitividade para lograr uma vaga no curso e a necessidade do relacionamento com outros indivíduos para a conquista do reconhecimento. A função realização poderia indicar o desejo de autopromoção, do sentimento de ser importante e poderoso, de ter uma identidade e espaço físico próprio^{73,85}. Os médicos em exercício na Região Sul declararam majoritariamente que consideram que o poder seria uma função valorativa nada importante como norteadora de suas vidas⁹². Os estudantes pesquisados neste estudo apresentaram um aumento percentual nesta função enquanto estudante, pois na declaração da determinação foi observado 4,19% e nas de motivação de 21,24% , podendo ser explicado pelo processo de amadurecimento e de fatores sociais decorrentes de custos e sacrifícios inerentes à formação médica que pesam sobre o estudante como um ônus podendo afetar seus valores.

Pode ser observado que a função interacional apresentou o maior percentual tanto nas declarações da determinação como na motivação, havendo um aumento percentual quando se observou as da motivação. Fato presente no gênero feminino e masculino, havendo o maior aumento percentual no gênero masculino. Este dado poderia sugerir um provável incremento na formação humanista dos estudantes e no privilégio das idéias em lugar de objeto, com maior ênfase no gênero masculino.

Considerando a função normativa, os médicos da Região Sul consideraram que um dos valores totalmente importante como norteador de suas vidas, seria *ordem social* (91,1%), no entanto a *religiosidade* foi registrada como um valor nada importante (15,8%)⁹². Na população estudada foi observada nas declarações das motivações uma diminuição do percentual das que caracterizaram as funções normativas, sendo mantido uma provável indicação da orientação social dos estudantes decorrente do percentual de declarações que caracterizaram a função interacional. A orientação social, encontrada na determinação e motivação para a profissão médica, denota semelhança valorativa com os profissionais em exercício da Região Sul.

Pimentel et al ⁸⁵, observaram uma diferença em termos de prioridade nos estudantes de Medicina atribuída às seis funções psicossociais quando considerou o gênero. Os homens priorizaram mais que as mulheres as funções experimentação e realização, e as mulheres as funções existência, suprapessoal, interacional e normativa. Consideraram a diferença entre os gêneros esperada devido a persistência no contexto brasileiro da figura do homem viril, orientado a coisas práticas e das mulheres como dóceis, com orientação social.

Foi encontrado nesta pesquisa em relação ao gênero, tanto nas declarações da determinação e motivação para o curso de Medicina uma distribuição semelhantes em relação as funções psicossociais que foram considerados determinantes destes aspectos. Este fato poderia ser decorrente do aumento do número de estudantes de Medicina do gênero feminino e das mudanças na realidade social e econômica nacional e internacional explicando as semelhanças das funções valorativas consideradas presentes nestas respostas.

O estudante de Medicina nesta pesquisa poderia ser descrito como proveniente de escola particular, de família com bom padrão de escolaridade e econômico, predominantemente católico, da Região Sul do país, com dedicação exclusiva ao curso, solteiro, sem filhos e com possível indicação que a motivação para a profissão médica seriam por funções psicossociais com orientação pessoal ou social e tendo como meta após a sua graduação ingressar em um programa de Residência Médica.

Com o propósito de avaliar e analisar o possível impacto das atividades curriculares na manutenção e/ou mudanças das atitudes conforme as vivências e cenários em que os

estudantes estavam inseridos, a opção foi empregar uma escala de atitudes fundamentado na possibilidade dos resultados das aplicações deste tipo de instrumento pudessem permitir uma análise de ordem qualitativa e quantitativa.

Deve-se ressaltar que bons instrumentos para avaliação de atitudes devem ser capazes de apresentar uma medida quantitativa da posição relativa do indivíduo, para permitir a comparação de diferenças ou mudanças de atitudes^{22, 25, 26, 67, 69}. A possibilidade de a atitude ser mensurada foi demonstrada por L.L.Thurstone (1928) e Likert (1932) entre outros^{23, 25, 26}. A opção da construção de uma escala tipo Likert foi decorrente de ter sido considerada fidedigna^{25, 26}, com validade igual ou maior do que as demais^{25, 26}, por permitir uma informação mais precisa sobre o indivíduo a respeito da questão apresentada por um item²⁶, por ser considerada de construção mais simples^{25, 26} e ter sido usada amplamente em estudos de atitudes em geral^{22, 25, 26, 67} e em pesquisa para mensurações de aspectos atitudinais do estudante de Medicina^{1, 2, 27, 40, 44, 50}. Contudo não se presta para generalizações sem ser levado em conta algumas restrições, como a de apesar de permitir a ordenação de indivíduos, por meio de sua favorabilidade a um determinado aspecto atitudinal, não apresenta uma base de quanto um indivíduo é mais favorável que o outro^{22, 25, 26, 67}. É importante salientar o fato de freqüentemente a média geral de pontos de um indivíduo não apresentar um significado muito claro, pois diferentes padrões de respostas podem conduzir a mesma média de pontos^{25, 26}. O próprio sujeito da pesquisa pode determinar um fator de erro quando apresenta desejo de uma imagem socialmente aceitável ou uma tendência de concordar (ou discordar) com afirmações independentes do seu conteúdo^{22, 24, 25, 26, 67}. Para restringir estes possíveis fatores de erro, foi necessário na construção levar em conta o critério de conteúdo e do construto, e foram analisados as médias de pontos que caracterizaram as atitudes, a tendência sob o aspecto do nível de concordância e os itens de maneira isolada.

Nos últimos anos foram construídos vários métodos para mensuração de características que os estudantes adquirem durante o período de graduação que sejam indicações que possam predizer a boa prática médica^{1, 2, 8, 27, 44}. Observou-se que em alguns estudos a escala foi construído baseada em objetivos educacionais da instituição e em declarações de reconhecimento da aquisição de uma determinada habilidade, de maneira global ou em subescalas^{4, 5, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 45, 47, 50, 55, 58}. Miller²⁴ considerou que o importante para este tipo de estudo seria a filosofia geral da profissão médica, com atitudes construtivas e aprovadas socialmente e pelos membros da profissão, não considerando vital que o estudante tenha ou não atitudes favoráveis a segmentos sociais ou a práticas isoladas. A escala proposta neste estudo teve a intenção de avaliar a direção atitudinal em relação a aspectos da

aprendizagem e da prática médica de maneira que pudesse torná-la insensível ao estágio cognitivo ou psicomotor do estudante ²⁵.

A consistência interna da escala foi avaliada pelo coeficiente α de Cronbach, sendo encontrado um α de 0,87. Resultado considerado satisfatório, pois a variação do coeficiente α de Cronbach é de zero a um. Foi observado pouca variação nas respostas e pouca variância do conjunto de itens, fato que poderia ter subestimado o coeficiente obtido. Apesar de alguns itens terem correlação muito baixa, optou-se por não retirar nenhum item permitindo o estudo dos aspectos propostos ^{22, 67}.

O índice do teste de correlação das metades foi de 0,86, considerado razoável e demonstrando uma fidedignidade aceitável de cada metade da escala de atitude. O mesmo fato foi demonstrado pelo índice de Guttman-Flanagan de 0,86. Dessa forma indicando a possibilidade de dividir a escala de atitudes em duas metades, cada uma contendo 51 itens ^{22,26, 67}. Ou seja, a escala de atitudes poderia ser utilizada em outras pesquisas na forma de 51 itens.

Ao se analisar as dimensões da escala de atitude, o coeficiente α de Cronbach foi aquém do esperado, influenciado pelo número pequeno de itens e pela pouca variação das respostas.

Streit ² em um estudo de coorte para mensuração de aspectos atitudinais em estudantes de Medicina, com perfil socioeconômico semelhante ao encontrada nesta amostra, encontrou escores atitudinais que foram considerados altamente positivos. Apesar disso encontrou escores mais altos no primeiro ano, em relação ao terceiro ano. Considerou duas explicações para o ocorrido: um possível fator de erro decorrente da motivação para padrões considerados aceitáveis pela sociedade, ou porque os estudantes apresentarem um maior idealismo devido a uma média de idade de 19,8 anos no primeiro ano, e que possivelmente a diminuição dos escores não tenha sido consequência do impacto curricular e sim pelo seu amadurecimento.

Wolf et al ²⁷ observaram em seu estudo a percepção do aumento do cinismo pelos estudantes e no interesse de ganhar dinheiro durante a graduação, que consideram ser decorrentes da ambiência da escola de Medicina e dos altos custos da educação médica. Todavia, houve um aumento da empatia e sensibilidade ao paciente.

As mudanças atitudinais que ocorrem durante o processo de formação médica poderiam ser decorrentes das modificações na concepção do estudante de “bom médico” e das expectativas em relação ao curso. Segundo Dini e Batista, inicialmente os estudantes idealizam o curso, no terceiro e quarto ano é mantido a imagem de uma prática humanizada, mas passam

a questionar a dinâmica do processo de formação. No quinto e sexto ano evidenciam certo desencanto com o processo vivenciado ⁹⁶.

Apesar das atitudes serem mutáveis e a ambiência da aprendizagem apresentarem os fatores que concorrem para a mudança, elas são caracterizadas por serem mais ou menos persistentes e de ser de difícil mudança ou substituição, sendo considerado mais fácil aprender um novo aspecto atitudinal ^{11, 14, 24, 25}.

A análise fatorial demonstrou que o comportamento dos estudantes na aplicação da escala de atitude ao início do semestre apresentou uma provável homogeneidade. Foram observados comportamentos diferenciados dos estudantes em poucos itens da escala de atitude.

Neste estudo ficou evidenciado um maior percentual de estudantes com tendência atitudinal positivas e foram observados resultados semelhantes ao início e ao final do semestre letivo, quando analisado as possíveis diferenças na média dos pontos (M) das aplicações. Esta tendência atitudinal foi mantida quando a análise foi realizada por fase, excetuando a sétima fase na qual se observou um maior percentual de estudantes com atitudes conflitantes.

Esta tendência atitudinal positiva ficou demonstrada quando foi observada a média de pontos obtido na escala de atitudes ao início do semestre letivo. A provável homogeneidade do comportamento dos sujeitos pesquisados pode ser observado no desvio padrão da média da pontuação encontrado na análise da amostra e quando a análise foi realizada por fase. A primeira fase obteve média dos pontos mais elevada, com uma diferença significativa em relação à sétima fase. Levando em conta o aspecto curricular do curso, poderia ser sugerido que esta diminuição seja decorrente do conflito gerado pelo terceiro ano no qual o estudante é inserido na prática clínica inerente ao ciclo vital do ser humano, da pré-concepção à morte.

A abordagem das atitudes utilizando a categoria gênero foi decorrente do reconhecimento da parceria estabelecida entre a sensibilidade do gênero e prática médica. A perspectiva da diversidade dos papéis de gênero e as definições do masculino e feminino, resultantes de escolhas e preferências socioculturais, provocaram mudanças estruturais na compreensão social e foi sendo incorporada gradativamente na Medicina. *Woloschuk et al* ⁴⁴ em um estudo de coorte apontaram que as mulheres apresentaram escores atitudinais mais elevados que os homens, o mesmo foi encontrado por *Price et al* ⁸ que explicaram esta diferença devido às mulheres serem mais “cuidadoras”. *Santina e Perez* ⁵³ encontraram similaridades a respeito de atitudes entre homens e mulheres. *Ávila* ⁹⁸ ao descrever o perfil do médico infrator aos ditames da ética médica em Santa Catarina apontou como uma das características serem do gênero masculino, pois em seu estudo as médicas foram menos denunciadas, menos condenadas e quando condenadas receberam apenações consideradas leves, aspecto importante a ser

observado, pois infrações éticas caracterizam atitude socialmente inadequada à profissão médica, portanto atitude negativa. *Haidet et al*⁴⁷ em um estudo de coorte verificaram que na avaliação global, as mulheres apresentaram mais atitudes positivas. *Glick et al*⁵⁴, estudando aspectos atitudinais referentes a benevolência e hostilidade, encontraram que as mulheres apresentavam atitudes mais positivas e discutiu a ambivalência do estereótipo do gênero quando concebido como forças e fraquezas complementares e a preferência pelo gênero masculino em indicadores de respeito, apesar de terem sido avaliados de maneira menos positivas em avaliações globais.

Neste estudo, o gênero feminino apresentou na escala geral um maior percentual de estudantes com tendência atitudinal positiva do que o gênero masculino, ao início e ao final do semestre letivo. O mesmo ocorreu quando foi analisado por fase, exceto na sétima fase. Contudo ocorreu uma migração de sujeitos, de ambos os gêneros, na aplicação final para atitude conflitante. Na análise do resultado obtido ao início do semestre letivo, 100% das mulheres da primeira e segunda fase apresentaram uma tendência atitudinal positiva. Foi observado que a quinta, sétima e oitava fase apresentaram um maior movimento para atitude conflitantes no gênero masculino. Estes fatos poderiam refletir uma possibilidade do ambiente acadêmico e o desenvolvimento pessoal serem potenciais fatores de conflito, sugerindo que tenham ocorrido de uma maneira mais importante no gênero masculino.

O médico parte de evidências técnicas para tratar o paciente, necessitando saber que a doença se apresenta personalizada, em uma pessoa que vivenciará a sua doença de acordo com o seu ser pessoal, um universo que o médico necessita penetrar para poder trabalhar e cuidar do ser humano na sua totalidade. Os critérios lógicos (cognitivos) com uma abordagem subjetiva, observando sentimentos, experiências, contextos e valores permitem a visão do paciente na sua realidade concreta, no seu “estar doente” (*sickness*)⁹⁹. Desta forma, o relacionamento médico-paciente ultrapassa condições técnicas, ou seja, o médico necessita de determinadas posturas, atitudes, percepções, solidariedade, sensibilidade para uma comunicação adequada com o paciente, sua família, com a equipe de saúde e com a sociedade. Sendo assim, a comunicação não deveria ser encarada como um *dom*, ou algo que se adquire ao longo de anos de prática profissional, mas como parte do processo educacional para o seu desenvolvimento e aperfeiçoamento^{46, 47, 99}.

Na dimensão social onde foi abordada a responsabilidade social, a relação médico-paciente e a comunicação, foi observado que o maior número de sujeitos apresentaram tendência atitudinal positiva, ocorrendo uma diminuição deste percentual ao final do semestre letivo. Esta tendência atitudinal positiva também ficou demonstrada quando foi observado a

média de pontos dos itens obtida na dimensão social ao início do semestre letivo. Sendo importante salientar que na análise realizada por fase, todas as fases se caracterizaram com atitudes positivas. A sexta fase apresentou a maior média de pontos, com uma diferença considerada significativa em relação a sétima e a segunda fase.

As escolas de Medicina tem a responsabilidade social de buscar formas de viabilizar a universalização da saúde. O seu objetivo de graduar médicos com nível de qualidade satisfatório para a população brasileira poderia ser atingido de maneira mais efetiva por meio da valorização dos problemas de saúde pública e da reavaliação do seu campo social²⁸. O reconhecimento da saúde como direito e a competência para administrar os recursos em saúde com cidadania foi apontado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Os estudos que pesquisaram atitudes referentes à doença mental^{3, 10, 17, 13, 14}, pacientes geriátricos^{4, 5, 6, 55}, indivíduos considerados sem teto¹⁸ e de cuidados paliativos¹⁹ apresentaram uma preocupação de diagnosticar e/ou de intervir na sensibilização de estudantes de Medicina para substituir atitudes negativas ou aprender atitudes positivas para o aspecto atitudinal de reconhecimento “da garantia da saúde como um direito de todos”.

*Masson & Lester*¹⁸, em seus estudos sobre atitudes dos estudantes de Medicina consideraram a responsabilidade da escola médica de inserir na graduação grupos de diferentes status sociais, para diminuir a mudança atitudinal negativa involuntária durante a graduação para aspectos da socialização profissional, com o objetivo de garantir tratamento igualitário aos pacientes. Podendo ser interpretado como uma sugestão de que a inserção do estudante na diversidade da realidade social da população promoveria aspectos atitudinais positivos para o exercício da Medicina segundo os princípios da Bioética (*autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e proporcionalidade*).

Devido a inserção do estudante na realidade social e da saúde local, com a interação do conhecimento científico com a realidade durante todo o processo de formação, a tendência atitudinal positiva encontrado nos itens um a oito que abordaram a responsabilidade social era o esperado. Observou-se que apenas o item cinco que abordava a importância do conhecimento de políticas de saúde foi caracterizado como atitude conflitante ao início do semestre letivo, todavia houve um movimento atitudinal evolutivo caracterizando uma atitude positiva ao final do semestre letivo. Chamou atenção a mudança atitudinal referente ao item sete, que abordava a integração do médico na comunidade. Este item apresentou um M de 4,63 pontos ao início e de 1,48 pontos ao final do semestre letivo, caracterizando um movimento atitudinal involutivo. Não foi encontrada explicação levando em conta os eventos ocorridos no semestre letivo pesquisado que pudessem determinar este impacto.

Apesar do reconhecimento da importância da relação médico-paciente para uma prática médica de qualidade, a educação médica é mais focalizada nos mecanismos biomédicos da doença. Esta abordagem pode ser decorrente da resistência de professores e estudantes devido à valorização das especialidades médicas, dos aspectos técnico-científicos, da eficácia dos procedimentos e da perda do prestígio do profissional não vinculado à utilização da “tecnologia de ponta” na sociedade atual ^{28, 57, 99}. O modelo holístico da Medicina, garantindo a autonomia conceitual-afetiva da pessoa e considerando os aspectos físicos, espirituais, sociais e ambientais como uma unidade, estabeleceu um tipo de relação médico-paciente que visa a melhoria dos serviços de saúde e respostas mais eficientes aos problemas sociais. *Streit* ² encontrou em sua pesquisa atitudes positivas para a importância dos fatores psicossociais como determinante de saúde e doença. *Haidet et al* ⁵⁷ observaram em sua pesquisa que apesar da tendência internacional indicar a relação centrada no paciente, a estrutura da educação médica e da cultura medicamentosa corrompem as atitudes em relação a este tipo de cuidado. Estes autores relataram em seu estudo que as atitudes para o cuidado centrado no paciente foi obscurecido pelas experiências do treinamento clínico e apresentaram uma tendência progressiva para o cuidado centrado no médico. *Troncon* ¹⁴ verificou em seu estudo a presença de atitudes positivas em graduandos em Medicina frente aos aspectos psicológicos e emocionais presentes na evolução das doenças orgânicas e mentais.

No presente estudo, observou-se quanto a relação médico-paciente (itens nove a 16) a presença de uma tendência atitudinal positiva. Na análise dos itens foi observado que apesar das atitudes positivas frente à importância de aspectos psicossociais, foi demonstrado um provável conflito em relação à vivência do paciente da sua doença e a importância de dificuldades pessoais no processo saúde-doença (itens 11) e do “estar doente” (item 13). O único item da relação médico-paciente com M caracterizando atitude negativa foi o item 15. Este item abordava o aspecto da relação médico-paciente centrado no médico, considerado como atitude negativa por não respeitar a autonomia do paciente. Este resultado não era o esperado, pois o curso tem como marco conceitual a visão holística da saúde e as atividades acadêmicas são integradas e abordadas de maneira reflexiva visando à promoção deste modelo de Medicina nos estudantes. Este fato levou a pensar que o modelo centrado no médico possa estar presente no imaginário do estudante por meio das influências de suas vivências ao ingressar no curso, e que a ausência de modificação da tendência atitudinal poderia indicar valores mais profundamente arraigados, sendo pouco afetados pelas ações educacionais. Desde modo, poderia ser ressaltado a importância da ambiência das atividades acadêmicas na formação da identidade profissional a

partir de sistemas referenciais fornecidos pela universidade e pelos professores para mudanças atitudinais positivas.

Apesar de certa escassez de estudos explorando atitudes dos estudantes de Medicina em relação à aprendizagem da habilidade de comunicação, as pesquisas apontaram a necessidade do desenvolvimento de bons programas curriculares para que estudantes adquiram e demonstrem atitudes apropriadas sobre este aspecto, assegurando uma maior competência na relação interpessoal ^{28,57,99}.

Analisando os itens que abordaram aspectos atitudinais da comunicação (itens 16 a 24), verificou-se uma tendência atitudinal positiva à importância da habilidade de comunicação na prática médica. Todavia nos itens 22 e 24, quando abordado a importância da comunicação ser uma competência a ser desenvolvida na sua formação médica, foi observado um provável conflito, podendo sugerir que devido não constar na grade curricular ou não ter um espaço previsto para uma atividade exclusiva, possa não se mostrar oficial no imaginário do estudante.

A importância da ambiência na saúde individual e coletiva é um dos preceitos da Medicina holística. No artigo 6º, inciso II das Diretrizes Curriculares Nacionais ³⁹ foi estabelecida a necessidade do conhecimento e compreensão dos determinantes sociais e ecológicos relacionados ao processo saúde-doença individual, familiar e coletiva para permitir a integralidade das ações do cuidar em Medicina. A Universidade dos estudantes pesquisados tem como missão "Promover o Desenvolvimento Regional para melhorar a Qualidade do Ambiente de Vida" ⁶³. O "meio ambiente" refere-se a uma visão de ecossistema do qual o homem faz parte intrinsecamente. A compreensão do ser humano em seu ciclo de vida associado aos fatores do meio ambiente que interferem em sua harmonia no âmbito familiar, do trabalho e de aprendizagem permitiu a abordagem desta dimensão por meio de itens sobre aspectos atitudinais relacionados a fenômenos físicos do meio ambiente e da ambiência do trabalho, levando em conta a importância do trabalho em equipe para a qualidade das ações em saúde.

O reconhecimento da importância dos fatores ambientais em estudantes de Medicina foi observado em estudo realizado em Ribeirão Preto ¹⁴. Os dados observados nesta pesquisa sugerem uma tendência atitudinal positiva aos aspectos ambientais, demonstrado na média dos pontos obtido nos itens que compõem a dimensão ambiência ao início do semestre letivo. Quando a análise foi realizado por fase, foi observado uma tendência atitudinal positiva caracterizando a primeira, terceira, quinta e sexta fase. A observação das atitudes individuais trouxe uma melhor interpretação visando observar metas educacionais. O fato de o maior número dos sujeitos na dimensão ambiência ter apresentado atitude positiva, poderia sugerir a consecução satisfatória dos objetivos afetivos presentes no planejamento curricular e na

metodologia adotada no curso. Salienta-se que houve aumento do número de sujeitos com atitudes positivas ao final do semestre letivo.

A análise dos itens que abordaram aspectos físicos e sociais do meio ambiente (itens 25 a 32) sugerem tendência atitudinal positiva presentes em todas as fases, pois apenas um item (item 26) apresentou um M caracterizando atitude negativa ao início do semestre letivo (1,20 pontos), contudo apresentou um movimento evolutivo atitudinal ao final do semestre letivo (4,88 pontos) indicando atitude positiva. Este fato, apesar de ser considerado positivo, não foi observado nenhum fator interveniente curricular ou extracurricular que pudesse sugerir uma possível explicação.

Parsell e Bligh^{9, 100} argumentaram que partindo da premissa da importância do trabalho em equipe para o cuidado da saúde individual ou coletiva, seria essencial que este conhecimento e habilidade fossem desenvolvidos pelo estudante de Medicina durante sua formação. Ressaltaram a dificuldade de o ambiente acadêmico oferecer estas vivências devido aspectos organizacionais e estruturais. Analisando os itens que compuseram a escala adotada naquele estudo, verificaram uma indicação de que o desenvolvimento de conhecimento e habilidade de maneira multidisciplinar poderia ajudar para o desenvolvimento de atitudes positivas para o trabalho em equipe.

Os grupos tutoriais e a dinâmica das sessões tutoriais proporcionam um contato face a face, sugerindo que possam ser potenciais espaços estratégicos para promoção da aprendizagem cooperativa, do desenvolvimento de lideranças e da abordagem holística da saúde. A argumentação unilateral ou bilateral, a credibilidade do persuasor, a natureza racional e emocional da comunicação presentes na sessão tutorial, são princípios que concorrem para uma mudança atitudinal positiva^{11, 24, 26, 37}. Foi considerada que o processo de aprendizagem em pequenos grupos, poderia apresentar melhores condições para a aprendizagem da atitude, pois podem promover um efeito mais profundo do que modelos tradicionais⁸⁸.

A análise dos itens da dimensão ambiência sugerem que a maior parte dos estudantes consideraram importante a aprendizagem de trabalhar em equipe para sua formação profissional, pois os itens que abordaram aspectos relacionados a adoção da aprendizagem multidisciplinar para o desenvolvimento da habilidade em trabalhar em grupo (itens 33 e 35) apresentaram um M caracterizando atitude positiva, ocorrendo o mesmo quando analisado por fase. Foi observado também que todas as fases foram caracterizadas por atitudes positivas quando foi abordado a necessidade de saber trabalhar em equipe (item 38) e a qualidade do ambiente de trabalho (item 34). Apesar disso observou-se a presença de alguns conflitos, pois nos aspectos relacionados à valoração médica em relação a outros da equipe (itens 36, 37, 39 e

40), foram identificados que a maior parte das fases apresentaram atitude conflitante e ou negativa. Este fato poderia ser decorrente da imagem social do médico e da influência do papel do médico na história da civilização diante de uma percepção da elitização da sua prática prévios ao ingresso do curso e pela interação com a ambiência acadêmica e do sistema de saúde

A Portaria INEP nº 119, de 6 de agosto de 2004, no artigo 6º, inciso I, definiu como uma das habilidades e competências a serem avaliada nos estudantes de Medicina no Brasil seria o reconhecimento “de que a boa prática médica depende da compreensão e do relacionamento com o paciente e a família respeitando-se a diversidade cultural, crenças e a autonomia”. Os indivíduos possuem sistemas de crenças e atitudes internamente coerentes que identificam pessoas ou grupos de referências, podendo ser originadas de instituições religiosas, políticas e culturais, que interagem com a percepção subjetiva do processo saúde e doença. O desenvolvimento da compreensão das crenças individuais e coletivas durante a formação médica redefine as práticas médicas e amplia a capacidade de autonomia do paciente. A formação da identidade profissional entre os estudantes são influenciadas por suas próprias crenças decorrentes de uma representação anterior a entrada do curso sobre a profissão médica que serão reavaliadas a partir das relações formais e informais com práticas e crenças de formadores de opinião (professores) ^{11, 24, 26, 28, 37, 41, 57, 99}.

Na dimensão crença, na qual os itens (itens 41 a 56) abordaram aspectos relacionados à percepção das crenças em relação à identidade profissional do médico e de compreensão e respeito à diversidade de crenças presentes na sociedade, foi observado que o maior número de sujeitos apresentaram atitudes conflitantes ao início e ao final do semestre letivo. A presença de conflito também ficou demonstrada quando considerado a média dos pontos dos itens desta dimensão obtida ao início do semestre letivo da amostra total e quando analisado por fase, excetuando a terceira e sexta fase que apresentaram atitude positiva. Este fato poderia ser decorrente do processo da formação da identidade profissional.

Os resultados dos itens que abordam aspectos da crença na relação médico-paciente (item 44 e 46) sugerem a provável presença da crença do modelo paternalista e autoritário. O M obtido nos itens que abordaram a provável crença na identidade profissional do médico denotou um provável processo da construção desta identidade sugerindo um afastamento do imaginário social (itens 41, 49, 50, 51, 55, 56). O mesmo foi observado quando analisado o M obtido nos itens 52 e 55, quando fica sugerido que os estudantes concordaram que ingressaram no curso para salvar pessoas e em que a Medicina não é somente para salvar pessoas.

Os resultados obtidos quanto a necessidade da compreensão das culturas populares demonstraram uma tendência atitudinal positiva (itens 42, 43, 45 e 48). Esta tendência não foi encontrada quando da necessidade de se abordar as crenças populares na graduação (item 47). O resultado obtido poderia sugerir a presença de conflito entre os estudantes da necessidade de desenvolver este conhecimento de maneira formal, podendo sugerir uma tolerância e não uma necessidade da compreensão das crenças populares.

Os aspectos atitudinais positivos referentes à participação ativa na construção do conhecimento e da avaliação como parte do processo de aprendizagem para o desenvolvimento da competência e habilidade para a educação permanente é um dos objetivos da formação médica. Desta forma se torna necessário o desenvolvimento da capacidade de auto-avaliação na graduação, para que o estudante/profissional construa a percepção de sua efetividade e estabeleça responsabilidade pela aprendizagem permanente e cooperativa.

O currículo e a metodologia do curso tem como meta a construção do conhecimento em uma contextualização do indivíduo integral, respeitando o seu entorno, em suas dimensões, tanto física, emocional e espiritual, determinando no aluno uma necessidade do desenvolvimento de atitudes, permitindo a articulação entre o conhecimento e a cidadania ^{64, 65}.

A situação problema oportuniza que o estudante saia da inércia e reelabore o seu conhecimento, pondo em prática suas próprias conceituações, sendo uma estratégia pedagógica/didática centrada no aluno, onde estudantes auto-dirigidos constroem ativamente seu conhecimento ^{37, 101, 102}.

É importante salientar que foi encontrada nesta pesquisa uma tendência atitudinal positiva na dimensão conhecimento (itens 57 a 86). O maior número de estudantes apresentou individualmente um M nesta dimensão que os caracterizou como tendo atitudes positivas ao início e ao final do semestre letivo, contudo ocorreu um movimento de estudantes para atitude conflitante ao final do semestre letivo. Aspecto a ser evidenciado seria a presença de um provável nível de estresse dos estudantes ao final do semestre letivo decorrente da complexidade da aprendizagem da Medicina, da carga horária, a participação dos estudantes em inúmeros cenários e pelos processos avaliativos presentes durante todo o semestre letivo e com algum grau de intensificação neste período.

Esta tendência atitudinal positiva na dimensão conhecimento ficou demonstrada quando observado a média de pontos dos itens desta dimensão obtida ao início do semestre letivo. A primeira fase apresentou a maior média de pontos e com diferença significativa, mas não consistente com a sétima fase, sugerindo a homogeneidade dos estudantes do curso sobre estes aspectos.

*Cooke*⁵⁶ encontrou uma concordância de 81% em sua pesquisa quanto ao dever do médico ser competente e que sua competência deveria ser por meio de instrução continuada, e haver um exame periódico de competência. Foi observado uma favorabilidade à educação permanente nos estudantes pesquisados, considerando que todas as fases foram caracterizadas como tendo atitudes positivas nos itens que abordaram este aspecto (itens 57 a 62).

A análise dos itens que abordaram a responsabilidade da auto-aprendizagem sugere a tendência atitudinal positiva em todas as fases. Apesar disso, quando foi analisado o resultado do item 66, que aborda o modelo de ensino, poderia sugerir uma tendência atitudinal negativa para o modelo de aprendizagem centrado no aluno, sugerindo a presença do modelo de ensino do segundo grau como referência do estudante. A abordagem da pesquisa como estratégia de ensino apresentou uma tendência atitudinal positiva nos itens 63, 64 e 70, apresentando conflito apenas no item 69. Os estudantes apresentaram atitude conflitante na abordagem da Residência Médica como o momento único da aprendizagem da Medicina como uma atitude negativa (item 68), e foi observado uma maior discordância a atitude esperada na primeira e oitava fase e um movimento involutivo atitudinal ao final do semestre letivo considerando o M da amostra. Na primeira fase poderia sugerir a presença da valoração do especialista. Na oitava fase, o entendimento do estudante que seu papel é “aprender fazendo”, sua ênfase na assistência e capacitação profissional e a presença de conflitos inerentes a percepção de sua efetividade poderiam ser um fator gerador deste resultado.

*Middlemass & Siriwardena*⁴⁹ encontraram em seu estudo uma concordância de 53,7% de seus pesquisados que consideram que o principal propósito da avaliação foi considerado como educacional. Os estudantes pesquisados apresentaram atitudes positivas quando a avaliação faz parte integrante do processo de aprendizagem (itens 71 a 77). O item 78 abordou a percepção da assimetria da relação professor e estudante presente no processo avaliativo, e foi observada a presença de atitude conflitante e/ou negativa em todas as fases ao início e ao final do semestre letivo. Fato que poderia sugerir um conflito no processo avaliativo, pois apesar de apresentaram atitudes positivas o mesmo não ocorreu quando a avaliação foi personificada na figura do professor.

Os itens que analisaram a aprendizagem cooperativa e multidisciplinar (itens 79 a 86) apresentaram uma tendência atitudinal positiva na maioria das fases. Porém os resultados encontrados nos itens 82, 85 e 86 que abordaram a aprendizagem multidisciplinar de aspectos relativos a prática médica poderiam sugerir uma possível presença de conflito.

A estratégia de aprendizagem adotada no curso pesquisado é a abordagem dos aspectos éticos e bioéticos nos problemas pré-elaborados, em situações clínicas e no exercício e reflexão da integridade acadêmica nas atividades por eles desenvolvidas.

Neste estudo a dimensão da ética (itens 87 a 102) abordou os aspectos morais da atitude, pois os aspectos da moralidade têm um importante papel na relação médico paciente ³⁷.
101, 102.

O treinamento médico é um processo de “encultramento” moral, permitindo a reconstrução da imagem da Medicina nos estudantes envolvidos ^{15, 19, 28, 41, 88}. *Price et al* ⁸ consideraram em sua pesquisa que um fator que poderia explicar o aumento de atitudes positivas, em relação a ética, na comparação do primeiro ano em relação ao quinto e sexto ano, poderia ser determinada devido os últimos anos estarem mais relacionados com a prática clínica. Quando a ênfase é dada ao conhecimento teórico e habilidades, *Goldie et al* ¹⁵ afirmaram que a exposição dos alunos ao currículo determina um deterioramento do raciocínio moral, sendo mais freqüente nos homens. *Grisard* ¹⁰³ considerou que o ensino de ética médica e da bioética durante toda a graduação, chamando atenção para os direitos e deveres de médicos e pacientes, determinou uma mudança de atitudes nos estudantes, expressadas pelos estudantes como “nos sentimos mais responsáveis (...)”. *Olthuis & Dekkers* ¹⁹ consideraram que poderia haver uma distração do aspecto moral das atitudes nos períodos onde a ênfase das disciplinas fossem do ciclo básico do curso e enfatizou a importância do equilíbrio dos tripé da educação médica ou seja, aspectos cognitivos, psicomotores e afetivos.

Na dimensão ética ficou demonstrada a presença de conflito considerando a média dos pontos dos itens desta dimensão obtida ao início do semestre letivo. Quando analisado por fase, encontrou-se tendência atitudinal positiva na primeira, terceira e sexta fase, sendo observado uma provável presença de conflito nas demais fases. A primeira fase apresentou uma diferença significativa em relação a quarta e sétima fase. A média dos pontos obtidos nos itens desta dimensão, talvez não tenha refletido o aspecto atitudinal predominante nos estudantes do curso, pois foi observado que o maior percentual de sujeitos apresentaram tendência atitudinal positiva ao início e ao final do semestre letivo, excetuando a quinta fase. Ao final do semestre letivo ocorreu um movimento de estudantes das primeiras cinco fases para atitude conflitante e a manutenção do número dos sujeitos com atitudes positivas nas três últimas fases pesquisadas. O desenvolvimento do estudante do ensino superior ocorre em ciclos, incluindo momentos de estabilidade e de transição. Estes resultados denotaram a estabilidade dos aspectos abordados nesta dimensão em fases que apresentam predomínio das atividades clínicas ambulatoriais, com o exercício diário dos preceitos éticos pessoais e da profissão médica.

A ética da relação estudante e professor perpassa pela assimetria hierárquica do ponto de vista da afetividade, da autonomia, do poder, das obrigações e das responsabilidades de cada um dos agentes. Esta relação pode ser comprometida tanto pelo autoritarismo (ditatorial ou totalitário) como pelo anarquismo. O equilíbrio do contrato pedagógico exige um constante esforço de explicitação e de ajustes das regras do jogo, respeitando a vulnerabilidade e dignidade do estudante. A autoridade institucional e pessoal do professor deveriam ser usadas de maneira ética para garantir o desenvolvimento das competências necessárias ao exercício profissional por parte de cada um dos estudantes, pois os professores de Medicina são responsáveis perante a sociedade por quem transformam em médicos^{34, 81, 102}. No curso pesquisado as sessões tutoriais são desenvolvidas em pequenos grupos, assim como a maioria das atividades do curso devido a metodologia utilizada e da adequação das atividades clínicas aos ambientes de aprendizagem. Perrenoud⁸¹ referiu o processo de desnudamento e do jogo de sedução na relação professor e estudante em sala de aula, apontando o aumento de intensidade desse processo quando o grupo de estudantes é menor e na vigência de um novo contrato pedagógico, onde a aprendizagem é centrada no aluno. A proximidade da relação do tutor ou preceptor com um pequeno grupo de estudantes na construção do conhecimento de maneira cooperativa, poderia ter determinado uma possível distorção da percepção do papel do professor se for levado em conta o M do item 99 (2,07 pontos) que abordava este aspecto.

A integridade acadêmica foi reconhecida como uma característica de grande relevância na educação médica. Inúmeros exemplos de violações tem sido identificadas em todos os níveis da educação médica. Atividades como “colar” ou facilitar a “cola”, plagiar, apresentar trabalhos como seus indevidamente, deixar que outros assumam trabalhos seus, não referenciar os autores são atividades que estão aumentando. Estes processos fazem parte de uma informal socialização que podem refletir em comportamentos, pois muitas vezes os estudantes de Medicina não consideram estas atividades como sendo uma atividade não ética, demonstrando uma “confusão” nestes conceitos. Estas práticas podem refletir na sua futura vida profissional, pois a aquisição de valores, atitudes e comportamento requerem uma prática ética.^{34, 58}. *Elzubeir & Risk*⁵⁸ relataram que 93.2% dos estudantes consideraram estas atividades como erradas, contudo não consideraram de responsabilidade deles relatarem a desonestidade de colegas e quando consideraram possíveis penalidade, foram brandos. Estes autores salientaram que os educadores em Medicina têm a obrigação de examinar atributos e determinantes da integridade acadêmica dos estudantes durante a graduação.

Encontrou-se tendência atitudinal positiva em relação à integridade acadêmica. Os itens que abordaram aspectos relacionados à responsabilidade pelas suas tarefas acadêmicas

(itens 96, 98) e o ato de referenciar autores ou obras em trabalhos acadêmicos (item 92), apresentaram um M em todas as fases caracterizando esta tendência. Contudo quando abordado o empréstimo de trabalhos para colegas apresentarem como seus (item 97) e o da “cola” (item 100) algumas fases obtiveram um M que caracterizariam atitude conflitante. Estes dados podem sugerir a presença de uma confusão de conceitos aos aspectos relacionados à integridade acadêmica como uma prática diária da ética.

As Diretrizes Curriculares Nacionais de Educação ³⁹, artigo 5 inciso VIII, indicou a necessidade do reconhecimento da auto-limitação técnica. O resultado obtido na análise dos itens que abordaram estes aspectos (itens 88, 89 e 93) indicaram a presença de atitude positiva na maioria das fases analisadas, sugerindo a apropriação desse aspecto pelos estudantes pesquisados.

O princípio da autonomia do paciente, que reconhece o domínio do paciente sobre a própria vida foi abordado nos itens 87 e 94. Uma das causas mais frequentes de denúncias contra médicos esta relacionada com a falta de informação ao paciente, porém o artigo 57 do Código de Ética Médico possibilita que diante da possibilidade de provocar dano ao paciente, o médico deva comunicar ao seu responsável legal ³⁵. Portanto, o discernimento de quem deva receber a informação é do médico. Observando o M destes itens, foi encontrado uma caracterização de atitude positiva em relação ao direito de informação e decisão em todas as fases (item 94), e atitude conflitante em seis das oito fases quanto ao direito de omitir informação ao paciente (87). Podendo sugerir uma tendência atitudinal positiva a autonomia do paciente, não ficando claro quanto à informação.

A caracterização de atitude positiva em todas as fases em relação à importância da ética na prática clínica (item 95) foi considerado um dado importante devido a abordagem da ética reflexiva e normativa perpassando todo o período da graduação no curso estudado.

Cooke ⁵⁶ em sua pesquisa observou que 94% dos sujeitos concordaram que os médicos não são responsáveis somente pelos seus atos e que 82% concordaram que era dever destes comunicar a direção do serviço caso um colega não estivesse agindo competentemente. O item 101 abordou este aspecto e o resultado obtido poderia indicar a presença de um possível conflito nos estudantes pesquisados.

O artigo 6 do Código de Ética Médica no Brasil aborda como um dos princípios fundamentais da profissão médica, o respeito absoluto pela vida humana e a proibição da utilização de seus conhecimentos para o extermínio do ser humano ³⁵. Portanto, na ética médica codificada do Brasil é proibida a prática da eutanásia. Assunto polêmico na classe médica e na sociedade em geral. Discussões nos órgãos de comunicação em massa geraram mobilizações de

sentimentos a favor ou contra a prática da eutanásia no semestre letivo analisado, decorrente de um evento de expressão internacional. O aspecto atitudinal referente à eutanásia foi abordado no item 102, obtendo um M que caracterizou uma tendência atitudinal negativa considerando a ética médica codificada. Este resultado foi obtido ao início e ao final do semestre letivo e poderia estar refletindo o aspecto subjetivo dos estudantes suplantando os princípios estabelecidos para a profissão no Brasil.

Ao se analisar os estudantes quanto ao nível de concordância as assertivas propostas da escala de atitude, foi verificado um maior percentual de respostas concordantes em todas as fases, havendo uma diferença significativa entre a sétima fase e a primeira, ao início e ao final do semestre letivo.

Na análise de agrupamento pelo nível de concordância considerando todos os 102 itens da escala de atitude, identificou-se ao início e ao final do semestre letivo, dois grupos de estudantes que apresentaram atitudes semelhantes entre os sujeitos do mesmo grupo, porém diferentes entre os grupos.

Os estudantes apresentaram atitudes positivas frente a alguns aspectos relevantes ao exercício da Medicina. Esta tendência atitudinal estava presente nos estudantes que ingressaram no curso de graduação em Medicina no período pesquisado. Foram detectadas diferenças estatisticamente significantes entre os estudantes da primeira fase em relação a sétima fase na escala de atitude e nas dimensões ambiência, conhecimento e ética.

Não houve diferenças consistentes ou que implicaram mudanças substanciais da tendência atitudinal nas oito fases estudadas no período pesquisado. Por outro lado, a ausência de diferenças consistentes entre as fases sugere que as atitudes detectadas seriam aspectos que refletissem opiniões, juízos e valores mais profundamente arraigados na sociedade, portanto apresentando uma maior dificuldade a mudanças atitudinais.

Neste sentido, alguns dados sugerem que aspectos abordados relacionados à dimensão social e conhecimento apresentam uma tendência atitudinal positiva presente em todas as fases. O mesmo não ocorrendo nas outras dimensões.

Analisando os aspectos abordados, por meio do M dos itens, oportunizou uma melhor percepção de possíveis conflitos atitudinais na dimensão estudada, permitindo uma reflexão para uma possível associação às questões educacionais.

Espera-se que estes resultados estimulem o diálogo entre educadores, estudantes e instituição para estratégias de acompanhamento da formação de atitudes durante todo o curso de Medicina, e que estes dados possam fornecer subsídios para estudos futuros, eventuais providências de reforço de atitudes desejáveis e para a discussão do papel das atividades

curriculares e da ambiência acadêmica e social no desenvolvimento de atitudes positivas para aspectos relevantes da prática médica.

CONCLUSÃO

1. Os estudantes apresentam atitudes positivas frente a alguns aspectos relevantes ao exercício da Medicina.
2. Os procedimentos para validação aparente e de conteúdo da escala de atitude construída, permitiram eliminar itens inadequados e comprovar que a escala é dotada de alta consistência interna (coeficiente α de Cronbach = 0,87). O trabalho desenvolvido resultou na definição de uma escala de atitude adequada: com validade e fidedignidade para a medida de atitudes em estudantes de Medicina.
3. Presença de tendência atitudinal positiva nos estudantes nas dimensões conhecimento, social e ambiência, e expressão de conflito nas dimensões crença e ética.
4. Não houve diferenças significativas ou que implicaram mudanças substanciais da tendência atitudinal nas oito fases estudadas no período analisado.

REFERÊNCIAS

1. Parlow J, Rothman AI. ATSIM: a scale to measure attitudes towards psychosocial in health care. *J. Med Educ* 1974; 49: 385-6.
2. Streit U. Attitudes towards psychosocial factors in medicine: an appraisal of the ATSIM scale. *Med Educ* 1980; 14: 259-66.
3. Burra P, Kalin R, Leichener S, Waldron J, Handforth JR, Jarret FJ, Amara IB. The ATP-30: a scale for measuring medical students attitudes to psychiatry. *Med Educ* 1982; 16: 31-8.
4. Sainsbury R, Wilkinson TJ, Smith CW. Attitudes of medical students to old people: a cross-national comparative study. *Med Educ* 1992; 26: 285-9.
5. Deary IJSR, Mitchell C, MacLennan WJ. Geriatric medicine: does reaching alter medical students attitudes to elderly people? *Med Educ* 1993; 27: 309-405.
6. Sainsbury R, Wilkinson TJ, Smith CW. Do the clinical years change medical students' attitudes to old people? *Med Educ* 1994; 28: 307-11.
7. Singh, SP. Baxter H, Standen P, Duggan C. Changing the attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods. *Med Educ* 1988;32(2): 115-120.
8. Price J, Price D, Williams G, Hoffenberg R. Changes in medical students attitudes as they progress through a medical course *J Med Ethics* 1998; 24: 110-7.
9. Parsell G, Bligh, J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med Educ* 1999; 33(2): 95-100.
10. Baxter H, Singh SP, Standen P, Duggan C. The attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: changes during the final undergraduate year. *Med Educ* 2001; 35(4): 381-3.
11. Rodrigues, A. *Psicologia Social para principiantes*. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002.
12. Goldie J, Schwartz L, McConnachie A, Morrison J. The impact of 3 years ethics teaching in an integrate curriculum on students proposed behaviour on meeting ethical dilemmas. *Med Educ* 2002; 36 (5): 489-97.
13. Colares MFA, et al. Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. *Rev Bras de Educ Méd* 2002; 26(3): 194-203.
14. Troncon LEA, et al. Atitudes de Graduandos em Medicina em relação a Aspectos Relevantes da Prática Médica. *Rev Bras Educ Méd* 2003; 27(1): 20-28.

15. Goldie J, Schwartz L, McConnachie A, Morrison J. Students' attitudes and potential behaviour with regard to whistle blowing as they pass through a modern medical curriculum. *Med Educ* 2003; 37(4): 368-75.
16. Zardo, L.A.;Bozzetti, M.C. Medical education in pediatrics: attitude assessment in health promotion and preventive care. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant* 2003; 3(2): 181-86.
17. McParland M, Noble LM, Livingston G, McManus C. The effect of a psychiatric attachment on students' attitudes to and intention to pursue psychiatry as a career *Med Educ* 2003; 37(5): 447-54.
18. Masson N, Lester H. The attitudes of medical students towards homeless people: does medical school make a difference? *Med Educ* 2003; 37(10): 869-72.
19. Olthuis G, Dekkers W. Medical education, palliative care and moral attitude: some objectives and future perspectives. *Med Educ* 2003; 37(10): 928-33.
20. Eagly, A. H. Uneven progress: Social Psychology and the study of attitudes. *J Pers Soc Psychol*, 1992; 63(5):693-710.
21. Jung CG. *Tipos psicológicos*. Petrópolis (RJ): Ed. Vozes; 1991.
22. Pasquali L. *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília (DF): UnB; 1997.
23. Portolano, M; Evans; RB The experimental psychology of attitude change and the tradition of classic rhetoric. *American Journal of Psychology* 2005; 118(1): 123-140.
24. Miller GE.(org.) *Ensino e aprendizagem nas escolas médicas*. (trad. Maria Helena Caldas de Oliveira). São Paulo: Nacional; 1967.
25. Summers GF; Bohrnstedt GW. *Medición de actitudes*. México: Trillas; 1976.
26. Selltiz C. *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: EPU, 1987. v.2.
27. Wolf TM, Balson PM, Faucett JM, Randall HM. A retrospective study of attitude change during medical education. *Med Educ* 1989; 23: 19-23.
28. Ronzani TM, Ribeiro, MS. Identidade e Formação profissional dos médicos. *Rer Bras de Educ Méd* 2003; 27(3): 229-36.
29. Holbrook AL; Berent MK; Krosnick JA; Visser PS; Boninger DS. Attitude importance and the accumulation of attitude-relevant knowledge in memory. *J Pers Soc Psychol* 2005; 88(5): 749-69.
30. Ribeiro, MS *Medicina, Ciência e Ética: Filosofar é Preciso*. *Rev Bras Educ Méd* 2004; 28(2): 156-63.
31. Wierzchon, PM. O ensino Médico no Brasil esta Mudando? Transpondo Desafios para concretizar Mudanças. *Rev Bras Educ Méd* 2002; 26(1): 62-66.

32. Ferreira RA, Peret Filho LA, Goulart EMA, et al. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2000; 46(3): 224-231.
33. Kottow M, Schramm FR. Desarrollo Moral en Bioética: Etapas, Esquemas o Ámbitos Morales? *Rev Bras Educ Méd* 2001; 29(2): 25-31.
34. Sá Jr LSM. Ética do professor de Medicina . *Bioética* 2002; 10(1): 49-84..
35. Grisard Nelson. Manual de orientação ética e disciplinar. Florianópolis: Conselho Regional de Medicina; 2000.
36. Almeida MJ. Educação Médica e Saúde: Possibilidades de Mudança. Londrina: UEL; 1999.
37. Mamede S, Penaforte J, Schmidt H et al. Aprendizagem Baseada em Problemas: Anatomia de uma nova abordagem Educacional. Fortaleza: HuciteC; 2001.
38. Tavares FM. As Contribuições da Medicina Psicossomática à formação. *Rev Bras Educ Méd* 2005; 29(1): 64-69.
39. Diretrizes Curriculares: Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=view&id=430&Itemid=420>
40. Rezler AG. Attitudes changes during medical school: a review of the literature. *J Med Educ* 1974; 49(11):1023-30.
41. Castro FC. Os temores na Formação e Prática da Medicina: Aspectos Psicológicos *Rev Bras Educ Méd* 2004; 28 (1): 38-45.
42. Schwartz, PL; Loten, EG.. Effects of a Revised Preclinical Curriculum on Students' Perceptions of Their Cognitive Behaviors, Attitudes to Social Issues in Medicine, and the Learning Environment. *Teaching & Learning in Medicine*, 2003; 15(2): 76-83.
43. Schwartz PL.; Loten, EG. Influence of Type of Curriculum on Students' Perceptions of the Medical Course: A Compilation of Results from the Cognitive Behavior Survey, Attitudes Toward Social Issues in Medicine Survey. *Learning Environment Questionnaire Teaching & Learning in Medicine*, 2004; 16(2) : 123-132.
44. Woloschuk W, Harasym PH, Temple W. Attitude change during medical school: a cohort study. *Med Educ* 2004; 38(5): 522-534..
45. Rolfe IE, Pearson SA, Cleary EG, Gannon C. Attitudes towards community medicina: a comparison of students from traditional and community-oriented medical schools. *Med Educ* 1999; 33: 606-11.
46. Langille DB, Kaufman DM, Laidlaw TA, Sargeant J, MacLeod H. Faculty attitudes towards medical communication and their perceptions of students' communication skills training at Dalhousie University *Med Educ* 2001; 35(6): 548-54.

47. Rees C, Sheard C, Davies S. The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS). *Med Educ* 2002; 36(2): 141-7.
48. Rees C, Sheard, C. The relationship between medical students' attitudes towards communication skills learning and their demographic and education-related characteristics. *Med Educ* 2002; 36: 1017-27.
49. Middlemass J, Siriwardena AN. General practitioners, revalidation and appraisal: a cross sectional survey of attitudes, beliefs and concerns in Lincolnshire. *Med Educ*. 2003 Sep; 37(9): 778-85.
50. Hren D, Lukic IK, Marusic A, Vodopivec I, Vujaklija A, Hrabak M, Marusic M. Teaching research methodology in medical schools: students' attitudes towards and knowledge about science. *Med Educ* 2004; 38(1): 81-86.
51. Diniz D. Educação Médica: também uma Questão de Gênero. *Rev Bras Educ Méd* 2003; 27(3): 169-170.
52. Woodward CA. Medical students' attitudes toward women: Are medical schools microcosms of society? *CAMJ* 1999; 160(3): 347-348.
53. Santana M, Perez J. Health professionals' sex and attitudes of health science students to health claims. *Med Educ*. 2003 Jun; 37(6): 509-13.
54. Glick P, Lameiras M, Fiske ST et al. Bad but Bold: Ambivalent Attitudes Toward Men Predict Gender Inequality in 16 Nations. American Psychological Association, Inc. 2004; 86(5): 713-728.
55. Green SK, Keith KJ, Pawlson LG. Medical students attitudes toward the elderly. *J. Am geriatr Soc* 1983; 31:305-9.
56. Cooke L, Hutchinson M. Doctors' professional values: results from a cohort study of United Kingdom medical graduates. *Med Educ* 2001; 35(8): 735-42.
57. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, Rogers JC. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ* 2002; 36(6): 568-74.
58. Elzubeir MA, Rizk DE. Exploring perceptions and attitudes of senior medical students and interns to academic integrity. *Med Educ* 2003; 37(7): 589-96.
59. Troncon, LEA, Figueiredo JF de C, Rodrigues M De LV. et al. Implantação de um programa de avaliação terminal do desempenho dos graduandos para estimar a eficácia do currículo na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. *Rev Bras Educ Méd* 1999; 45(3): 217-224.

60. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.251 de 05/08/97. Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <http://www.unesc.net/pesquisa/docs/20051/reso196.doc>
61. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196 de 10/10/96. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. DOU 1996 Out 16, n.201. seção 1:21082-85.
62. IBGE - Censo Demográfico 2000: Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>
63. UNESCO – <http://www.unesc.net>
64. Pires MM, Pereima ML, Nassar SM. Projeto de Reengenharia do Curso de Medicina da UNESC; 2000.
65. Pires MMS, Nassar SM, Pereima MJL. O Ensino do Presente para o Médico do Futuro. Rev.Ciências da Saúde, 2001; 29(1/2): 27-33.
66. Anastasi, Anne. Testes psicológicos. 2 ed. São Paulo: EPU; 1977.
67. Cronbach, Lee J. Fundamentos da Testagem Psicológica. Do original Essentials of Psychological Tests. Tradução de Carlos Alberto Silveira Neto e Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
68. Pasquali, Luiz. Principios de elaboracao de escalas psicologicas / Principles of elaboration of psychological scales. São Paulo: Rev. Psiquiatr. Clin 1998; 25(5):206-13.
69. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas; 2002.
70. IBGE Tabela 1969 – População residente por situação de domicílio, sexo e religião. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?c=1969&z=t&o=21>
71. Richardson RJ. Pesquisa Social: Métodos e Técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.
72. Gouveia VV. A natureza motivacional dos valores humanos: evidências acerca de uma nova tipologia. Estud Psicol 2003; 8(3): 431-443.
73. Gouveia VV, Martinez E, Meira M, et al. A estrutura e o conteúdo universais dos valores humanos: análise fatorial confirmatória da tipologia de Schwartz. Estud Psicol 2001; 6 (2): 133-142.
74. Classificações Brasileira de Ocupações - CBO- 2002 - Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/concla/classocupacoes/classocupacoes.php?sl=1>
75. Doron R, Parot F. Dicionário de Psicologia. São Paulo: Ática; 2000.

76. Fishbein M, Ajzen I. The AB scales: an operational definition of belief and attitude. *Human Relations* 1962; 12: 32-44.
77. Krosnick JA, Schuman, H Attitude Intensity, Importance, and Certainty and Susceptibility to Response Effects. *Journal of Personality & Social Psychology* 1988; 54 (6): 940-952.
78. Boudon R, Bourricaud F. *Dicionário crítico de sociologia*. São Paulo: Ática; 2000.
79. Rees C, Sheard C, Davies, S. Undergraduate medical students' views about a reflective portfolio assessment of their communication skills learning. *Med Educ* 2004; 38(2): 125-128.
80. Lalande A. *Vocabulário Técnico e crítico da filosofia*. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
81. Bem, D. *Convicções, atitudes e assuntos humanos*. São Paulo: EPU; 1973.
82. Perrenoud P, Ramos PC. *Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens: entre duas lógicas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
83. Anastasiou GC (org), Alves LP *Processos de Ensino na Universidade : pressupostos para as estratégias de trabalho em aula*. Joinville: UNIVILLE; 2003.
84. Johnston JM, Leung GM, Fielding R, Tin KY, Ho LM The development and validation of a knowledge, attitude and behaviour questionnaire to assess undergraduate evidence-based practice teaching and learning. *Med Educ* 2003; 37(11): 992-1000.
85. Minayo MCS(org), Deslandes, SF; Cruz Neto, O; Gomez, R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Ed. Vozes; 2003.
86. Pimentel AJP (org), Peixoto AJ(org), Barbosa GA. (org) *Os estudantes de medicina e o ato médico: atitudes e valores que norteiam o posicionamento*. Brasília. Conselho Federal de Medicina; 2004.
87. Régo PM, Dick ML teaching and learning population and preventive health: challenges for medical curricula. *Med Educ* 2005; 39(2):202-13.
88. Goldie J, Schwartz L, Mcconnachie A, Morrison J. The impact of a modern medical curriculum on students' proposed behaviour on meeting ethical dilemmas. *Med Educ* 2004; 38(9):942-949.
89. Lima-Gonçalves, E. *Médicos e Ensino da Medicina no Brasil*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002.
90. Sousa GMBS, Cruz EMTN, Cordeiro JA. Perfil do Egresso da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto *Rev Bras Educ Méd* 2002; 26(2): 105-114.
91. Marins, JJN (org) *Formação de Médicos no Brasil : estudos dos egressos no período de 1982 a 2003*. Rio de Janeiro: Abem; 2005.

92. Carneiro MB, Gouveia VG, Araújo EJ. O médico e seu trabalho: resultados da região sul e seus estados. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2005
93. Macedo LMC, Taquette SR, Alvarenga FBF. Da adolescência à maturidade: Estudo prospectivo dos estudantes de medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rev. Bras Educ Méd 2003; 27(1): 29-35.
94. Grosseman S, Patrício ZM Do desejo à realidade de ser médico: a educação e a prática como um processo contínuo de construção individual e coletiva. Florianópolis : Ed. UFSC; 2004.
95. Feuerwerker LCM. Mudanças na Educação Médica: Os Casos de Londrina e Marília. Tese [Doutorado] - Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, área de concentração Administração Hospitalar. Universidade de São Paulo; 2002.
96. Dini PS, Batista NA. Graduação e Prática Médica: Expectativas e Concepções de Estudante de Medicina do 1^o ao 6^o ano. Rev. Bras Educ Méd; 2004; 28(3): 198-203.
97. Brorsson A, Hellquist G, Bjorkelund, C, Rastam, L. Serious, frightening and interesting conditions: differences in values and attitudes between first-year and final-year medical students. Med Educ 2002; 36(6): 555-560.
98. Ávila RL É possível ensinar Ética Médica em um curso formal curricular. Bioética 2002; 10 (1): 115-26.
99. González Blasco, P Medicina de familia & cinema. Recursos humanísticos na educação médica. São Paulo : Casa do psicólogo; 2002.
100. Parsell G, Bligh, J. Recent perspectives on clinical teaching. Med Educ 2001; 35(4): 409-414.
101. Koschman T, Glenn P, Conlee M. Analyzing the Emergence of a Learning Issue in a Problem-Based Learning Meeting. Med Educ 1997; 2(2). Disponível em: <http://www.utmb.edu/meo>
102. Angeli OA, Loureiro SR. A Aprendizagem Baseada em Problemas e os Recursos Adaptativos de Estudantes do Curso Médico. Rev Bras Educ Méd 2002; 25(2): 32-40.
103. Grisard, N. Ética Médica e Bioética: a disciplina em falta na graduação médica Bioética 2002; 10 (1): 97-114.

NORMAS ADOTADAS

Ficha catalográfica (descritores)

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde.

DeCs – Descritores em ciência da saúde. Disponível em: <http://www.decs.bvs.br/>

Relatório

Norma adotada pelo mestrado em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Referências

Normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Vancouver).

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Ann Intern Med* 1997;126:36-47.

APÊNDICE 1

Processo de construção da escala de atitude

1 Tipo de escala

Considerando a finalidade de medir a intensidade das atitudes na forma mais objetiva possível, foi construído um conjunto de itens a respeito dos aspectos atitudinais considerados na pesquisa. Deste modo, foi construído uma *escala de atitude* entre julgamentos que exprimam uma avaliação, atribuindo magnitudes que possam indicar tendências de comportamentos com base em preceitos teóricos, variando entre "opostos" ^{1, 2, 3, 4, 6, 7}.

A escala construída foi tipo Likert, sendo analisada por meio da pontuação total e em faixas. Foram atribuídos valores de um a cinco as categorias de declarações, de acordo com o nível de concordância a cada item. Assim determinou-se a pontuação individual de cada estudante em relação ao conteúdo da escala de acordo com o Quadro 1 ^{1, 2, 3, 4, 6, 7}.

QUADRO 1 - Valores atribuídos às categorias de declarações de acordo com o nível de concordância aos itens da escala de atitude. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Abreviatura	Declaração de Resposta	Valores atribuídos nos itens de atitudes positivas	Valores atribuídos nos itens de atitudes negativas
DT	Estou totalmente em desacordo	1	5
DP	Discordo em parte	2	4
D	Estou em dúvida	3	3
CP	Concordo em parte	4	2
CT	Estou totalmente de acordo	5	1

2 Fontes dos Itens^{5,6}

2.1 - Literatura: outros testes que medem o construto, diretrizes curriculares, código de ética da profissão e pesquisas em que foram abordados aspectos atitudinais referente ao estudante de medicina, aspectos referentes ao processo de aprendizagem de aspectos relevantes da profissão médica.

2.2 - Categorias comportamentais: estão demonstradas no Quadro 2.

QUADRO 2 – Distribuição dos construtos da escala de atitudes construída para aplicação em estudantes. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

1 -Social:

1. Responsabilidade social
2. Relação médico-paciente
3. Comunicação

2-Ambiência

1. Eco-medicina
2. Ambiente de trabalho

3- Crenças :

1. Reconhecimento das crenças
2. Auto-crenças

4-Conhecimento:

1. Aprendizagem permanente
2. Responsabilidade pela auto-aprendizagem
3. Avaliação
4. Aprendizagem cooperativa

5- Ética

2.3- Pertinência dos itens ao contexto teórico do construto: foram construídos para representar comportamentalmente os construtos de interesses.

3 Regras de construção de itens seguidas para a construção do instrumento ^{5, 6}

- a) Critério comportamental: os itens expressam um comportamento
- b) Critério de objetividade: os itens foram construídos para a expressão de comportamentos desejáveis.
- c) Critério de simplicidade: cada item expressam uma única idéia
- d) Critério de clareza: cada item deve ser claro e sem ambigüidades
- e) Critério de variedade: foram construídos buscando variar os termos evitando a monotonia e formulados a metade dos itens em termos favoráveis e metade em termos desfavoráveis .
- f) Critério da modalidade: foi evitado o uso de expressões extremadas.
- g) Critério da tipicidade: foi formado frases com expressões condizentes com o atributo
- h) Critério da amplitude: foram construídos com a intensionalidade de poder discriminar e diferenciar os sujeitos
- i) Critério do equilíbrio: a totalidade dos itens cobriu itens fracos, moderados e extremos em relação ao construto.

4 Análise dos juízes

Aos juízes foi solicitado que opinassem quanto a semântica, facilidade de compreensão e à adequação da representação comportamental e vinculação das assertivas propostas às respectivas dimensões elencadas ^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7}.

Exemplos de alguns itens eliminados por meio da análise do construto:

- ? Acredito que o médico especialista não tem que se preocupar com aspectos preventivos das doenças.
- ? Acredito que o paciente psiquiátrico tenha seu direito à saúde garantido em todos os níveis de complexidade.

- ? Moradores de rua são um sério problema de nossa sociedade.
- ? Deve ser proibido mais de um familiar acompanhando um paciente hospitalizado.
- ? Minha habilidade de comunicação não interfere na minha graduação em medicina.

- ? Eu tenho dificuldade para admitir que tenho algum problema com comunicação.
- ? Devido a grande distância cultural existente entre o médico e o paciente, aumenta o problema de comunicação.
- ? A ventilação adequada deve ser uma orientação dada ao paciente.
- ? O médico é co-responsável pelas falhas na estrutura de atendimento ao seu paciente.
- ? Moradores de rua são vítimas.
- ? Moradores de rua são agressivos.
- ? Penso que um médico generalista deve estar preparado para atender pacientes psiquiátricos dentro das limitações da formação geral.
- ? Acredito que as escolas médicas devem alertar os estudantes de medicina sobre os perigos pessoais e profissionais do exercício da atividade médica.
- ? Respeitar a vida é coisa de religioso
- ? Penso que os registros médicos não necessitam ser sigilosos.

5 Análise semântica dos itens por membros da população estudada

Foi realizada por meio da participação de oito estudantes do curso pesquisado em sessões individuais e de grupo. Participaram na análise da apresentação da escala, das explicações necessárias e na formulação do item para que o mesmo expressa-se o que foi pretendido mensurar.

6- Escala segundo dimensão e valores atribuídos ao nível de concordância

6.1 Dimensão social:

Foram selecionados 24 itens, sendo que as assertivas representaram 12 atitudes positivas e 12 atitudes negativas. Os itens e os valores atribuídos são demonstrados no Quadro 3.

QUADRO 3 - Dimensão social: itens e valores atribuídos ao nível de concordância. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Itens	Pontuação atribuída					Número. na dimensão
	DT	DP	D	CP	CT	
1. Acredito que o médico como parte da equipe multiprofissional deve visitar as comunidades próximas ao Centro de Saúde em que trabalha.	1	2	3	4	5	1.1.1
2. Acredito que é função do médico denunciar, aos órgãos competentes, os serviços sem condições adequadas ao atendimento da comunidade.	1	2	3	4	5	1.1.2
3. Acredito que o médico não tem responsabilidade apenas pelo o ato técnico, mas sim de buscar a resolução do problema.	1	2	3	4	5	1.1.3
4. Como médico quero atuar para garantir ao paciente o direito a saúde em todos os níveis de complexidade.	1	2	3	4	5	1.1.4
5. Considero importante que o médico conheça as políticas atuais de saúde somente em áreas que atua.	5	4	3	2	1	1.1.5
6. Penso que não compete ao médico a tarefa de dar orientações a pacientes e comunidade sobre cuidados básicos de saúde.	5	4	3	2	1	1.1.6
7. Acredito que o médico não deve participar em atividades culturais ou associativas promovidas pela comunidade atendida no Centro de Saúde.	5	4	3	2	1	1.1.7
8. Penso que não é de responsabilidade do médico a racionalização do uso dos recursos terapêuticos e diagnósticos para obter melhor relação custo benefício para o paciente.	5	4	3	2	1	1.1.8
9. Considero importante investigar se o paciente teve algum sofrimento emocional prévio ao aparecimento da doença	1	2	3	4	5	1.2.1
10. Penso que um médico precisa estar atento ao estado emocional dos pacientes.	1	2	3	4	5	1.2.2
11. Acredito que cabe ao médico investigar dificuldades pessoais do paciente.	1	2	3	4	5	1.2.3

Continua

Continuação

12. Médicos só devem cuidar de problemas físicos dos pacientes.	5	4	3	2	1	1.2.4
13. Por questões práticas o médico não deve se ocupar dos sentimentos do paciente em relação a sua enfermidade.	5	4	3	2	1	1.2.5
14. Escutar o paciente falar de um problema emocional é tão importante quanto escutar o paciente falar sobre um problema físico.	1	2	3	4	5	1.2.6
15. Acredito que o médico tem o poder de decisão quanto a investigação e tratamento do paciente	5	4	3	2	1	1.2.7
16. O médico é remunerado para diagnosticar e tratar problemas médicos e não para escutar pacientes falarem sobre seus problemas pessoais.	5	4	3	2	1	1.2.8
17. A habilidade de comunicar adequadamente um prognóstico ruim a um paciente deve ser aprendido durante o curso de medicina	1	2	3	4	5	1.3.1
18. Comunicar a morte de um paciente à sua família não é tarefa para médico..	5	4	3	2	1	1.3.2
19. Para eu ser um bom médico , eu preciso ter uma boa habilidade de comunicação	1	2	3	4	5	1.3.3
20. Eu não vejo a importância da aprendizagem da habilidade de comunicação no curso de medicina	5	4	3	2	1	1.3.4
21. Eu penso que é realmente útil aprender habilidades de comunicação na graduação de medicina	1	2	3	4	5	1.3.5
22. A comunicação adequada não é aprendida, é inata.	5	4	3	2	1	1.3.6
23. Desenvolver minha habilidade de comunicação é tão importante quanto desenvolver o meu conhecimento médico	1	2	3	4	5	1.3.7
24. Obter notas mais altas nas disciplinas é mais importante do que aprender a se comunicar	5	4	3	2	1	1.3.8

DT: Totalmente em desacordo, DP: discordo em parte, D: dúvida, CP: concordo em parte, CT: concordo totalmente.

6.2 Dimensão ambiência:

Foram selecionados 16 itens, sendo que as assertivas representaram oito atitudes positivas e oito atitudes negativas. Os itens e os valores atribuídos são demonstrados na Quadro 4.

QUADRO 4 - Dimensão ambiência: itens e valores atribuídos ao nível de concordância. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Itens	Pontuação atribuída					Número na dimensão
	DT	DP	D	CP	CT	
25. Acredito que condições de moradia adequadas podem prevenir agravos	1	2	3	4	5	2.1.1
26. Não interessa ao médico as condições de moradia do paciente	5	4	3	2	1	2.1.2
27. É importante que o médico tenha conhecimento do rendimento escolar de seu paciente	1	2	3	4	5	2.1.3
28. Dificuldade de aprendizagem do paciente não é problema médico.	5	4	3	2	1	2.1.4
29. É importante para o médico saber sobre os hábitos de vida de seu paciente	1	2	3	4	5	2.1.5
30. Não interessa ao médico o tipo de trabalho ou ocupação de seu paciente.	5	4	3	2	1	2.1.6
31. Não é da competência do médico saber sobre as atividades sociais do seu paciente	5	4	3	2	1	2.1.7
32. É importante para o médico saber da habilidade "de fazer amigos" de seus pacientes.	1	2	3	4	5	2.1.8
33. Eu gostaria de trabalhar em projetos com outros estudantes da área da saúde	1	2	3	4	5	2.2.1
34. Não interessa ao médico as condições em que seu trabalho se desenvolve	5	4	3	2	1	2.2.2
35. Na graduação aprender em conjunto com estudantes da área da saúde poderia melhorar as inter-relações na vida profissional médica	1	2	3	4	5	2.2.3
36. Eu tenho adquirido muito mais conhecimentos e habilidades do que outros estudantes da área da saúde.	5	4	3	2	1	2.2.4
37. A opinião de todos os membros de uma equipe multidisciplinar tem o mesmo valor.	1	2	3	4	5	2.2.5

continua

39. Habilidade de trabalhar em equipe não é essencial para os estudantes de medicina	5	4	3	2	1	2.2.6
40. A liderança de uma equipe multidisciplinar de saúde deverá ser do profissional mais adequado, não necessariamente de um médico.	1	2	3	4	5	2.2.7
41. Médicos são líderes naturais de equipe multidisciplinar.	5	4	3	2	1	2.2.8

DT: Totalmente em desacordo, DP: discordo em parte, D: dúvida, CP: concordo em parte, CT: concordo totalmente

6.3 Dimensão crenças:

Foram selecionados 16 itens, sendo que as assertivas representaram seis atitudes positivas e 10 atitudes negativas. Os itens e os valores atribuídos são demonstrados no Quadro 5.

QUADRO 5 - Dimensão crença: itens e valores atribuídos ao nível de concordância. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Itens	Pontuação atribuída					Número na dimensão
	DT	DP	D	CP	CT	
41. A imagem do médico para o paciente influencia na sua adesão à terapêutica,	1	2	3	4	5	3.1.1
42. Acredito que o médico ao permitir que seu paciente use práticas populares perde a sua autoridade.	5	4	3	2	1	3.1.2
43. A qualidade do atendimento ao paciente fica comprometida se o médico ignorar as crenças e valores do paciente e da família.	1	2	3	4	5	3.1.3
44. Somente o médico é quem sabe dos cuidados à saúde do seu paciente.	5	4	3	2	1	3.1.4
45. O médico deve respeitar práticas populares que não ofereçam perigo à saúde do paciente (por ex. uso de amuletos).	1	2	3	4	5	3.1.5
46. A sociedade deve sempre seguir a opinião do médico em relação a assuntos de saúde, independente de suas crenças	5	4	3	2	1	3.1.6
47. Crenças populares deveriam ser abordados durante o curso de medicina.	1	2	3	4	5	3.1.7

48. Membros de uma equipe de saúde não podem aceitar crenças populares.	5	4	3	2	1	3.1.8
49. Acredito que fazer novas descobertas em medicina é para quem trabalha em hospital-escola e não para os outros médicos em geral.	5	4	3	2	1	3.2.1
50. O médico especialista é um profissional preparado para atender enfermidades complexas independente do nível sócio econômico do paciente.	1	2	3	4	5	3.2.2
51. Os médicos são imunes ao vício, pois eles são instruídos sobre drogas.	5	4	3	2	1	3.2.3
52. Eu ingressei na medicina porque eu queria salvar pessoas.	5	4	3	2	1	3.2.4
53. Alcoolismo é uma fraqueza da personalidade.	5	4	3	2	1	3.2.5
54. A especialidade médica não torna o médico mais importante para a sociedade	1	2	3	4	5	3.2.6
55. Penso que a medicina é somente para salvar vidas.	5	4	3	2	1	3.2.7
56. Médico é um ser superior, pois tem a vida do paciente em suas mãos.	5	4	3	2	1	3.2.8

DT: Totalmente em desacordo, DP: discordo em parte, D: dúvida, CP: concordo em parte, CT: concordo totalmente

6.4 - Dimensão conhecimento :

Foram selecionados 30 itens, sendo que as assertivas representaram 15 atitudes positivas e 15 atitudes negativas. Os itens e os valores atribuídos são demonstrados no Quadro 6.

QUADRO 6 - Dimensão conhecimento: itens e valores atribuídos ao nível de concordância. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Itens	Nível de concordância e pontuação atribuída					Número na dimensão
	DT	DP	D	CP	CT	
57. Participar de encontros médico-científicos não traz novos conhecimentos.	5	4	3	2	1	4.1.1
58. Conhecer um outro idioma é necessário para um médico se manter atualizado.	1	2	3	4	5	4.1.2
59. Atualmente todo médico deve ter conhecimentos de informática.	1	2	3	4	5	4.1.3
60. Para se manter atualizado o médico não necessita ler periódicos científicos.	5	4	3	2	1	4.1.4
61. Médicos não necessitam de eventos de atualização pois já aprendem com sua prática.	5	4	3	2	1	4.1.5
62. Penso que uma discussão em grupo da prática médica me acrescentaria mais do que eu poderia aprender sozinho.	1	2	3	4	5	4.1.6
63. Acredito que preciso conhecer metodologia científica para compreender artigos técnicos-científicos.	1	2	3	4	5	4.2.1
64. Considero importante conhecer pesquisa médica para ser um bom médico.	1	2	3	4	5	4.2.2
65. O estudante durante o curso tem responsabilidade de garantir sua competência e habilidade em medicina.	1	2	3	4	5	4.2.3
66. Acredito que não é obrigação do professor fazer com que o aluno aprenda.	1	2	3	4	5	4.2.4
67. Minha aprendizagem está centrada no que espero que caia na prova.	5	4	3	2	1	4.2.5
68. Acredito que vou aprender mesmo medicina quando eu estiver cursando uma residência médica.	5	4	3	2	1	4.2.6
69. Penso que a preocupação em desenvolver pesquisas pode afastar um médico da verdadeira Medicina	5	4	3	2	1	4.2.7

Continua

Continuação

70. Penso que no curso de Medicina desperdiça-se um tempo enorme tentando transformar estudantes em cientistas.	5	4	3	2	1	4.2.8
71. A auto-avaliação é importante durante o curso de Medicina para aprender a reconhecer minhas limitações.	1	2	3	4	5	4.3.1
72. Sou contra a auto-avaliação.	5	4	3	2	1	4.3.2
73. A avaliação é uma atividade para minha aprendizagem.	1	2	3	4	5	4.3.3
74. Considero toda avaliação uma perseguição.	5	4	3	2	1	4.3.4
75. Considero que o médico tem que reconhecer suas limitações de conhecimento de medicina	1	2	3	4	5	4.3.5
76. Considero que o médico após a sua graduação não precisa mais ser avaliado.	5	4	3	2	1	4.3.6
77. Considero que o professor deva também avaliar a conduta pessoal do aluno.	1	2	3	4	5	4.3.7
78. Avaliação é mais um meio de poder para o professor.	5	4	3	2	1	4.3.8
79. Penso que se eu estudar com outros estudantes me ajudará a ser um membro mais efetivo em uma equipe de saúde.	1	2	3	4	5	4.4.1
80. Não ensino o que eu sei pois meus colegas serão meus concorrentes no mercado de trabalho.	5	4	3	2	1	4.4.2
81. Pacientes seriam mais beneficiados se estudantes da área da saúde aprendessem a trabalhar juntos para resolver problemas de saúde.	1	2	3	4	5	4.4.3
82. Se eu trabalho em equipe, minha responsabilidade termina quando realizo a tarefa que me coube.	5	4	3	2	1	4.4.4
83. Aprender cooperativamente ajudar-me-ia a entender minhas próprias limitações.	1	2	3	4	5	4.4.5
84. Eu não quero desperdiçar meu tempo estudando com outros estudantes da área da saúde.	5	4	3	2	1	4.4.6
85. Estudar junto com outros estudantes da área da saúde aumentaria a minha habilidade de entender a natureza dos problemas dos pacientes	1	2	3	4	5	4.4.7
86. Habilidade de resolver problemas clínicos podem somente ser aprendidos com médicos.	5	4	3	2	1	4.4.8

DT: Totalmente em desacordo, DP: discordo em parte, D: dúvida, CP: concordo em parte, CT: concordo totalmente

6.5 Dimensão ética

Foram selecionados 16 itens, sendo que as assertivas representaram oito atitudes positivas e oito atitudes negativas. Os itens e os valores atribuídos são demonstrado no Quadro 7.

QUADRO 7 - Dimensão ética: itens e valores atribuídos ao nível de concordância. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Itens	Pontuação atribuída					Número. na dimensão
	DT	DP	D	CP	CT	
87. O médico não pode omitir uma informação para o paciente mesmo que julgue que é o melhor a ser feito..	1	2	3	4	5	5.1.1
88. Sempre que o médico não souber resolver o problema do paciente deve encaminhá-lo adequadamente.	1	2	3	4	5	5.1.2
89. A responsabilidade do médico não se encerra ao encaminhar o paciente para outro médico.	1	2	3	4	5	5.1.3
90. Penso que o médico não pode registrar no prontuário: ‘abdômen normal’ pelo aspecto aparente do paciente.	1	2	3	4	5	5.1.4
91. Acredito que, mesmo entre médicos, não é permitido conversar sobre as particularidades das pessoas que atendem.	1	2	3	4	5	5.1.5
92. Penso que em trabalhos acadêmicos é necessário referenciar a obra consultada.	1	2	3	4	5	5.1.6
93. Penso que é dever do médico alertar à equipe de saúde sobre os perigos profissionais da atividade em saúde.	1	2	3	4	5	5.1.7
94. Os médicos devem informar as opções de investigação e tratamento ao paciente e respeitar a decisão do paciente.	1	2	3	4	5	5.1.8
95. A menos que esteja envolvido com pesquisa médica, não é necessário a um médico estudar ética.	5	4	3	2	1	5.1.9
96. Penso que não há problema se um aluno apresentar um trabalho de um colega como se fosse seu.	5	4	3	2	1	5.1.10
97. Penso que se o trabalho é meu, posso empresta-lo para meus colegas apresentarem como seus.	5	4	3	2	1	5.1.11
98. Se eu ganhar alguma coisa não me importo em realizar a tarefa: acadêmico de um colega.	5	4	3	2	1	5.1.12

Continua

Continuação

99. Penso que tenho direito de falar “de igual para igual” com meu professor.	5	4	3	2	1	5.1.13
100. Concordo que “quem não cola não sai da escola”.	5	4	3	2	1	5.1.14
101. Os médicos são responsáveis somente pelos seus atos.	5	4	3	2	1	5.1.15
102. Acredito que, em situações específicas, justifica-se a interrupção da vida por meio do ato médico (eutanásia ativa).	5	4	3	2	1	5.1.16

DT: Totalmente em desacordo, DP: discordo em parte, D: dúvida, CP: concordo em parte, CT: concordo totalmente

7 Coeficiente de confiabilidade

7.1 Delineamento:

Aplicação da escala aos sujeitos da pesquisa e analisados os dados em termos da consistência interna dos itens por meio da técnica a de Cronbach, análise de Guttman e das metades conforme literatura pesquisada ^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7}.

7.1.1 Coeficiente a de Cronbach

$$\text{Fórmula : } a = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{Ss_i^2}{st^2} \right]$$

n = número de itens

S si^2 = soma das variâncias do n itens

St² = variância total dos pontos da escala

O coeficiente a de Cronbach varia de 0 a 1, indicando o zero a ausência total de consistência interna dos itens, e ao 1, presença de consistência de 100%. Considera-se que existe um satisfatório nível de confiabilidade para valores iguais ou maiores que 0,80.

A obtenção do coeficiente a de Cronbach demanda o cálculo de três parâmetros: a variância total do teste (st²), a variância de cada item individualmente (si²) e a soma desses itens (Ssi²). Uma variância é um desvio padrão ao quadrado, sendo que a variância descreve a

distribuição dos escores, sendo uma espécie de média dos afastamentos dos escores em relação à média do grupo.

O coeficiente α de Cronbach da escala de atitude foi de 0,87 na aplicação ao início e de 0,89 ao final do semestre letivo. Para a consistência interna da escala foi considerada a aplicação do início do semestre letivo, pois foi a primeira interação dos estudantes pesquisados com a escala em estudo. Foi levada em conta uma possível influência ao final do semestre decorrente da aplicação anterior. As correlações de cada item da escala construída estão demonstradas na Tabela 1.

TABELA 1 - Coeficiente α de Cronbach de uma escala de atitude construída nesta pesquisa.

Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Coeficiente α de Cronbach = 0,87				
Média = 421,47 Desvio padrão = 26,08 Casos válidos = 170				
ITEM	Média	Desvio padrão	Correlação item total	Coeficiente α caso o item fosse retirado
1.	417,36	27,41	0,52	0,86
2.	416,97	27,82	0,18	0,87
3.	417,02	27,87	0,13	0,87
4.	416,76	27,82	0,23	0,87
5.	417,55	27,68	0,23	0,87
6.	416,75	27,67	0,40	0,86
7.	416,87	27,79	0,22	0,87
8.	417,32	27,48	0,40	0,86
9.	416,74	27,76	0,36	0,87
10.	416,63	27,88	0,19	0,87
11.	417,91	27,76	0,17	0,87
12.	416,71	27,74	0,38	0,87
13.	417,68	27,59	0,28	0,87
14.	416,81	27,74	0,34	0,87
15.	419,72	27,77	0,19	0,87
16.	417,02	27,73	0,29	0,87
17.	416,84	27,87	0,16	0,87
18.	416,90	27,72	0,32	0,87
19.	416,84	27,72	0,39	0,86
20.	416,58	27,87	0,25	0,87
21.	416,68	27,88	0,17	0,87
22.	417,53	27,80	0,15	0,87
23.	416,83	27,84	0,20	0,87
24.	417,51	27,64	0,28	0,87
25.	416,61	27,96	0,10*	0,87
26.	420,29	28,01	-0,03	0,87
27.	417,66	27,77	0,16	0,87
28.	417,20	27,76	0,20	0,87
29.	416,52	27,96	0,14	0,87
30.	416,67	27,90	0,12	0,87
31.	416,93	27,80	0,23	0,87
32.	417,26	27,76	0,20	0,87
33.	417,39	27,51	0,41	0,86
34.	416,67	27,80	0,35	0,87
35.	417,05	27,56	0,44	0,86
36.	418,46	27,53	0,34	0,86
37.	417,82	27,50	0,33	0,86
38.	416,74	27,77	0,28	0,87
39.	417,63	27,47	0,35	0,86
40.	418,82	27,54	0,30	0,87
41.	416,79	27,89	0,17	0,87
42.	417,25	27,67	0,30	0,87
43.	417,19	27,48	0,43	0,86

continua

continuação

44.	418,24	27,54	0,31	0,86
45.	416,90	27,68	0,33	0,87
46.	418,68	27,60	0,29	0,87
47.	418,23	27,72	0,18	0,87
48.	417,36	27,59	0,34	0,86
49.	416,86	27,77	0,27	0,87
50.	417,05	27,90	0,08	0,87
51.	416,62	28,00	-0,02	0,87
52.	419,01	27,93	0,03	0,87
53.	417,60	27,78	0,15	0,87
54.	418,54	27,87	0,06	0,87
55.	417,15	27,68	0,30	0,87
56.	416,95	27,50	0,48	0,86
57.	416,59	27,91	0,15	0,87
58.	416,66	27,81	0,35	0,87
59.	416,68	27,84	0,28	0,87
60.	416,80	27,79	0,24	0,87
61.	416,54	27,89	0,26	0,87
62.	416,86	27,79	0,28	0,87
63.	417,46	27,58	0,33	0,86
64.	416,99	27,70	0,29	0,87
65.	416,91	27,91	0,10	0,87
66.	418,86	27,73	0,15	0,87
67.	416,94	27,68	0,31	0,87
68.	418,32	27,73	0,16	0,87
69.	417,68	27,56	0,32	0,86
70.	417,25	27,57	0,39	0,86
71.	416,99	27,65	0,33	0,86
72.	417,31	27,74	0,21	0,87
73.	417,26	27,72	0,25	0,87
74.	416,90	27,74	0,30	0,87
75.	416,84	27,88	0,13	0,87
76.	417,09	27,68	0,28	0,87
77.	417,39	27,79	0,15	0,87
78.	418,36	27,76	0,15	0,87
79.	417,17	27,58	0,36	0,86
80.	416,65	27,93	0,09	0,87
81.	417,04	27,64	0,36	0,86
82.	417,58	27,83	0,10	0,87
83.	416,90	27,65	0,44	0,86
84.	417,04	27,54	0,45	0,86
85.	417,50	27,52	0,36	0,86
86.	418,50	28,41	-0,31	0,87
87.	417,63	27,74	0,18	0,87
88.	416,62	27,93	0,15	0,87
89.	417,31	27,60	0,33	0,86
90.	417,75	27,69	0,19	0,87
91.	417,87	27,70	0,19	0,87
92.	416,81	27,76	0,25	0,87

continua

continuação

93.	417,05	27,78	0,21	0,87
94.	416,86	27,85	0,21	0,87
95.	416,63	27,83	0,28	0,87
96.	416,84	28,01	-0,02	0,87
97.	417,25	27,68	0,23	0,87
98.	417,16	27,63	0,33	0,86
99.	419,38	27,89	0,07	0,87
100.	417,54	27,76	0,14	0,87
101.	417,99	27,59	0,25	0,87
102.	418,92	27,68	0,23	0,87

* = em negrito correlação igual ou menor do que 0,10

Observando-se que devido ter sido um teste com grande número de itens, cada item afeta o coeficiente em apenas 0,98%, portanto a retirada de um item específico não determinaria um aumento significativo na consistência interna da escala.

Decidiu-se não impor restrições da análise estatística de correlação, sendo mantido o número de itens (102 itens) da escala de atitude construída. O coeficiente α de Cronbach poderia ter sido subestimado devido a ausência de um modelo axiomatizado para explicar tais atitudes e o desvio padrão das respostas aos itens pelos sujeitos da pesquisa ter sido pequeno.

O coeficiente α de Cronbach e as correlações dos itens que constituem as dimensões da escala de atitude podem ser observadas nas Tabelas 2, 3, 4, 5, 6.

TABELA 2 - Coeficiente α de Cronbach na dimensão social da escala de atitude construída nesta pesquisa. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Coeficiente α de Cronbach = 0,69				
Média = 103,72 Desvio padrão = 7,89 Casos válidos = 193				
ITEM	Média	Desvio padrão	Correlação item total	Coeficiente α caso o item fosse retirado
1.	99,59	7,28	0,48	0,66
2.	99,19	7,63	0,21	0,69
3.	99,26	7,65	0,19	0,69
4.	99,03	7,65	0,24	0,68
5.	99,81	7,52	0,18	0,69
6.	98,98	7,51	0,41	0,67
7.	99,10	7,63	0,21	0,69
8.	99,56	7,44	0,27	0,68
9.	98,98	7,62	0,34	0,68
10.	98,90	7,69	0,24	0,68
11.	100,15	7,59	0,15	0,70
12.	98,96	7,54	0,44	0,67
13.	99,91	7,50	0,19	0,69
14.	99,05	7,49	0,45	0,67
15.	101,98	7,69	0,10	0,70
16.	99,27	7,57	0,27	0,68
17.	99,11	7,64	0,24	0,68
18.	99,13	7,56	0,33	0,68
19.	99,08	7,57	0,40	0,67
20.	98,82	7,70	0,32	0,68
21.	98,91	7,75	0,13	0,69
22.	99,82	7,62	0,13	0,70
23.	99,07	7,72	0,16	0,69
24.	99,76	7,51	0,22	0,69

* = em negrito correlação igual ou menor do que 0,10

TABELA 3 - Coeficiente a de Cronbach da dimensão ambiência da escala de atitude construída nesta pesquisa. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina,

* = em negrito correlação igual ou menor do que 0,10

Coeficiente a de Cronbach = 0,57				
Média = 64,07 Desvio padrão = 6,01 Casos válidos = 193				
ITEM	Média	Desvio padrão	Correlação item total	Coeficiente a caso o item fosse retirado
25.	59,21	5,94	0,09	0,57
26.	62,87	6,02	-0,10	0,59
27.	60,24	5,60	0,20	0,56
28.	59,77	5,69	0,19	0,56
29.	59,12	5,96	0,11	0,57
30.	59,27	5,86	0,12	0,57
31.	59,52	5,78	0,18	0,56
32.	59,80	5,74	0,15	0,57
33.	59,99	5,53	0,30	0,54
34.	59,30	5,90	0,09	0,57
35.	59,62	5,53	0,42	0,52
36.	61,04	5,51	0,27	0,54
37.	60,41	5,51	0,24	0,55
38.	59,32	5,81	0,19	0,56
39.	60,22	5,31	0,39	0,51
40.	61,39	5,40	0,31	0,53

TABELA 4 - Coeficiente alfa de Cronbach da dimensão crença da escala de atitude construída nesta pesquisa. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Coeficiente α de Cronbach = 0,53				
Média = 66,29 Desvio padrão = 6,42 Casos válidos = 196				
ITEM	Média	Desvio padrão	Correlação item total	Coeficiente α caso o item fosse retirado
42.	58,56	6,30	0,11	0,53
43.	59,02	5,99	0,33	0,49
44.	58,98	5,91	0,33	0,49
45.	59,97	5,95	0,23	0,51
46.	58,66	6,14	0,23	0,51
47.	60,43	5,90	0,30	0,49
48.	60,00	6,09	0,11	0,54
49.	59,15	5,91	0,34	0,49
50.	58,64	6,31	0,04	0,54
51.	58,80	6,45	-0,12	0,57
52.	58,37	6,41	-0,04	0,54
53.	60,70	6,11	0,11	0,54
54.	59,27	6,13	0,12	0,53
55.	60,30	5,98	0,16	0,53
56.	58,90	6,07	0,26	0,51
57.	58,69	5,88	0,47	0,47

* = em negrito correlação igual ou menor do que 0,10

TABELA 5 - Coeficiente α de Cronbach da dimensão conhecimento da escala de atitude construída nesta pesquisa. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Coeficiente a de Cronbach = 0,66				
Média = 127,39 Desvio padrão = 9,45 Casos válidos = 194				
ITEM	Média	Desvio padrão	Correlação item total	Coeficiente a caso o item fosse retirado
57.	122,50	9,31	0,19	0,66
58.	122,56	9,27	0,27	0,65
59.	122,59	9,28	0,24	0,65
60.	122,72	9,26	0,15	0,66
61.	122,47	9,36	0,10	0,66
62.	122,78	9,21	0,25	0,65
63.	123,37	8,94	0,34	0,64
64.	122,87	9,09	0,30	0,64
65.	122,86	9,31	0,09	0,66
66.	124,78	9,03	0,18	0,66
67.	122,84	9,09	0,30	0,64
68.	124,23	9,19	0,09	0,67
69.	123,56	8,90	0,36	0,64
70.	123,11	9,07	0,29	0,64
71.	122,94	9,05	0,32	0,64
72.	123,21	9,08	0,24	0,65
73.	123,18	9,14	0,23	0,65
74.	122,85	9,17	0,25	0,65
75.	122,74	9,36	0,03	0,66
76.	122,97	9,08	0,28	0,65
77.	123,34	9,15	0,16	0,66
78.	124,22	9,09	0,17	0,66
79.	123,08	9,02	0,31	0,64
80.	122,57	9,36	0,07	0,66
81.	122,94	9,13	0,27	0,65
82.	123,49	9,18	0,11	0,66
83.	122,81	9,14	0,34	0,64
84.	122,94	9,00	0,40	0,64
85.	123,43	8,96	0,31	0,64
86.	124,41	9,60	-0,20	0,70

* = em negrito correlação igual ou menor do que 0,10

TABELA 6 - Coeficiente a de Cronbach da dimensão ética da escala de atitude construída nesta pesquisa. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Coeficiente a de Cronbach = 0,49				
Média = 63,92 Desvio padrão = 6,14 Casos válidos = 195				
ITEM	Média	Desvio padrão	Correlação item total	Coeficiente a caso o item fosse retirado
87.	60,06	5,71	0,24	0,46
88.	59,07	6,09	0,05	0,49
89.	59,75	5,71	0,25	0,46
90.	60,17	5,78	0,13	0,49
91.	60,34	5,74	0,17	0,48
92.	59,26	5,87	0,22	0,47
93.	59,51	5,91	0,14	0,48
94.	59,29	5,99	0,15	0,48
95.	59,08	6,02	0,13	0,48
96.	59,28	5,91	0,17	0,48
97.	59,75	5,73	0,21	0,47
98.	59,60	5,68	0,32	0,44
99.	61,84	5,94	0,04	0,51
100	59,96	5,85	0,08	0,50
101.	60,38	5,63	0,24	0,46
102.	61,42	5,79	0,17	0,48

7.1.2 Método das metades

A escala de 102 itens foi dividida em duas partes equivalentes^{3, 5}. O critério utilizado foi de dividir por dimensão, sendo metade dos itens referentes a atitudes positivas e metade negativa, como abaixo representado. (Tabela 7)

TABELA 7 - Divisão dos itens da escala de atitude construída nesta pesquisa para obter o coeficiente de fidedignidade por meio da correlação com a técnica de duas metades. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Método das metades Coeficiente de correlação = 0,86											
Metade A Coeficiente a de Cronbach = 0,79 Média de pontos 217,30 DP = 14,74						Metade B Coeficiente a de Cronbach = 0,75 Média de pontos 204,17 DP = 15,20					
Identificação dos 51 itens						Identificação dos 51 itens					
Atitudes Positivas			Atitudes negativas			Atitudes Positivas			Atitudes negativas		
1	2	9	5	6	12	3	4	11	7	8	15
10	17	19	13	18	20	14	21	23	16	22	24
25	27	33	26	28	34	29	31	37	30	32	38
35	41	43	36	42	44	39	45	47	40	46	48
50	52	58	49	51	57	54	56	62	53	55	60
59	63	64	67	68	72	65	66	75	61	69	70
71	73	79	74	80	82	77	83	85	76	78	84
81	87	88	95	96	97	91	92	93	86	99	100
89	90		98			94			101	102	

DP= desvio padrão

O coeficiente de correlação representa o nível de relação ou correspondência que existe entre as metades. Quando há uma correspondência igual a 100% , o coeficiente de correlação será igual a 1. ⁵

O coeficiente de correlação igual à 0,86 indica que 73,96% ($=0,86^2$) da classificação que ocorreu na metade A foi idêntica ao que ocorreu na metade B da escala.

Coeficientes de correlação em torno de 0,90 são os esperados, sendo que em torno de 0,80 é considerado razoável e abaixo de 0,70 não são normalmente suficientes como demonstração de uma confiabilidade aceitável resultante da divisão da escala em dois conjuntos menores de itens.

Sua fórmula⁵:

$$S_x = \sqrt{\frac{\sum X^2}{N}}$$

$$S_y = \sqrt{\frac{\sum Y^2}{N}}$$

$$R_{XY} = \frac{\sum XY}{N S_x S_y}$$

X e Y = desvios padrões em relação as médias dos escores

N = número de itens

7.1.3 Guttman- Flanagan⁵

Aplicado a escala de atitude do estudo o coeficiente de Guttman-Flanagan de a foi de 0,86, portando indicando a possibilidade de dividir o teste em duas metades.

Sua fórmula⁵:

$$a = \frac{2}{2-1} \left[1 - \frac{s_1^2 + s_2^2}{s_t^2} \right]$$

s_1^2 = variância dos escores na primeira metade
 s_2^2 = variância dos escores na segunda metade
 s_t^2 = variância total da escala

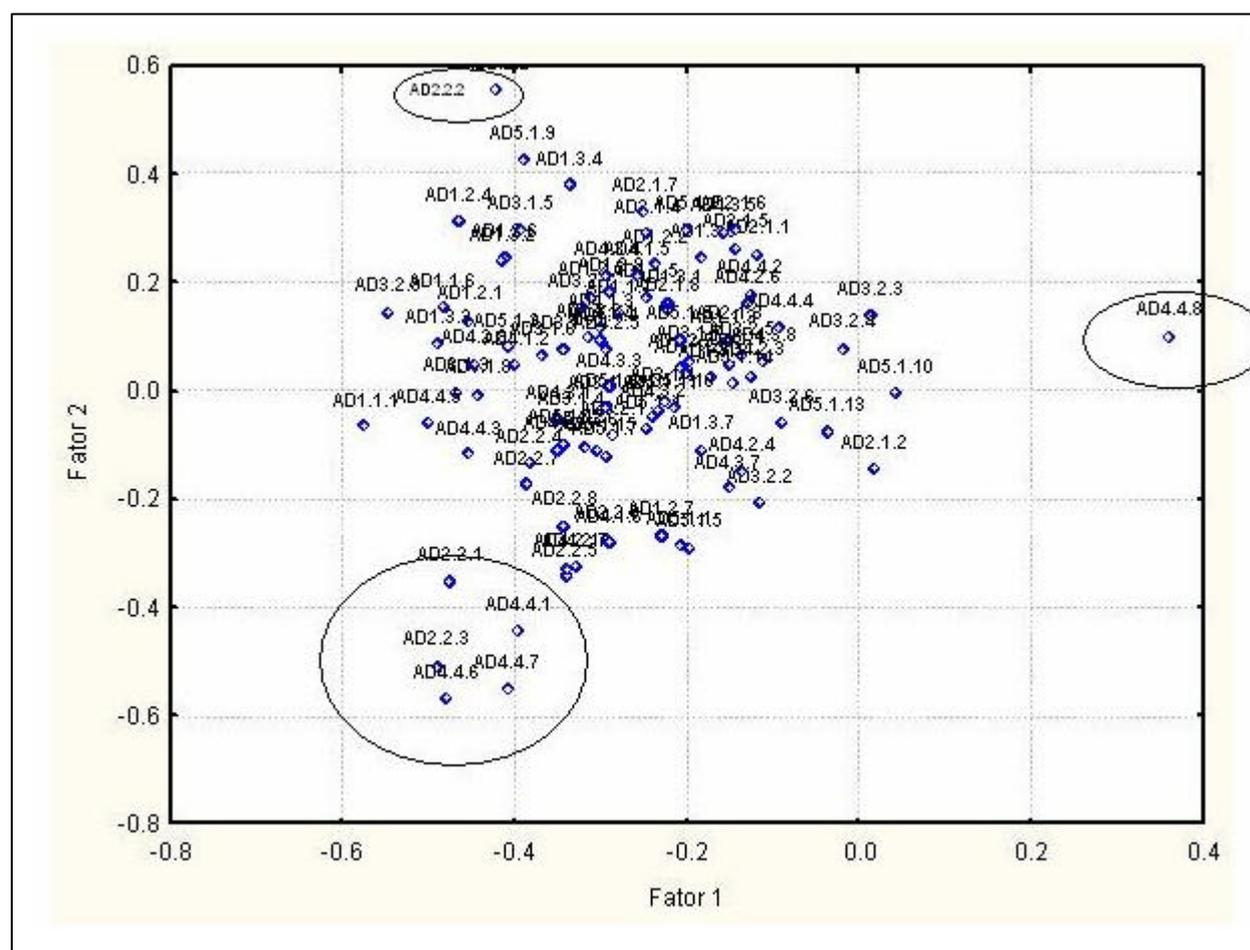
Aplicado a escala de atitude do estudo o coeficiente de Guttman-Flanagan de a foi de 0,86, portando indicando a possibilidade de dividir o teste em duas metades.

8 Análise Fatorial

A análise fatorial foi utilizada visando verificar evidências de atitudes diferenciadas dos sujeitos dentro do conjunto de itens da escala e das dimensões.

8.1 Escala de atitude

A análise fatorial demonstrou que o comportamento dos estudantes na aplicação da escala de atitude ao início do semestre apresentou uma provável homogeneidade (Figura 1).



Legenda:

- A letra **A** é referente as respostas ao início do semestre letivo.
- A letra **D** é referente a dimensão.
- O primeiro número indica a dimensão (1= social , 2 = ambiência, 3 = crença, 4 = conhecimento e 5 = ética)
- O segundo número indica o construto dentro da dimensão.
- O terceiro número indica o item dentro do construto.
- Por exemplo: considerando os quadros II e VI do apêndice 1, tem-se: AD4.4.8 – significa a resposta ao início do semestre letivo na dimensão quatro (conhecimento), no construto quatro (aprendizagem cooperativa), referente ao oitavo item (86-habilidade de resolver problemas clínicos podem somente ser aprendido com médicos).

FIGURA 1 – Análise fatorial da aplicação da escala de atitude construída nesta pesquisa em estudantes ao início do semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

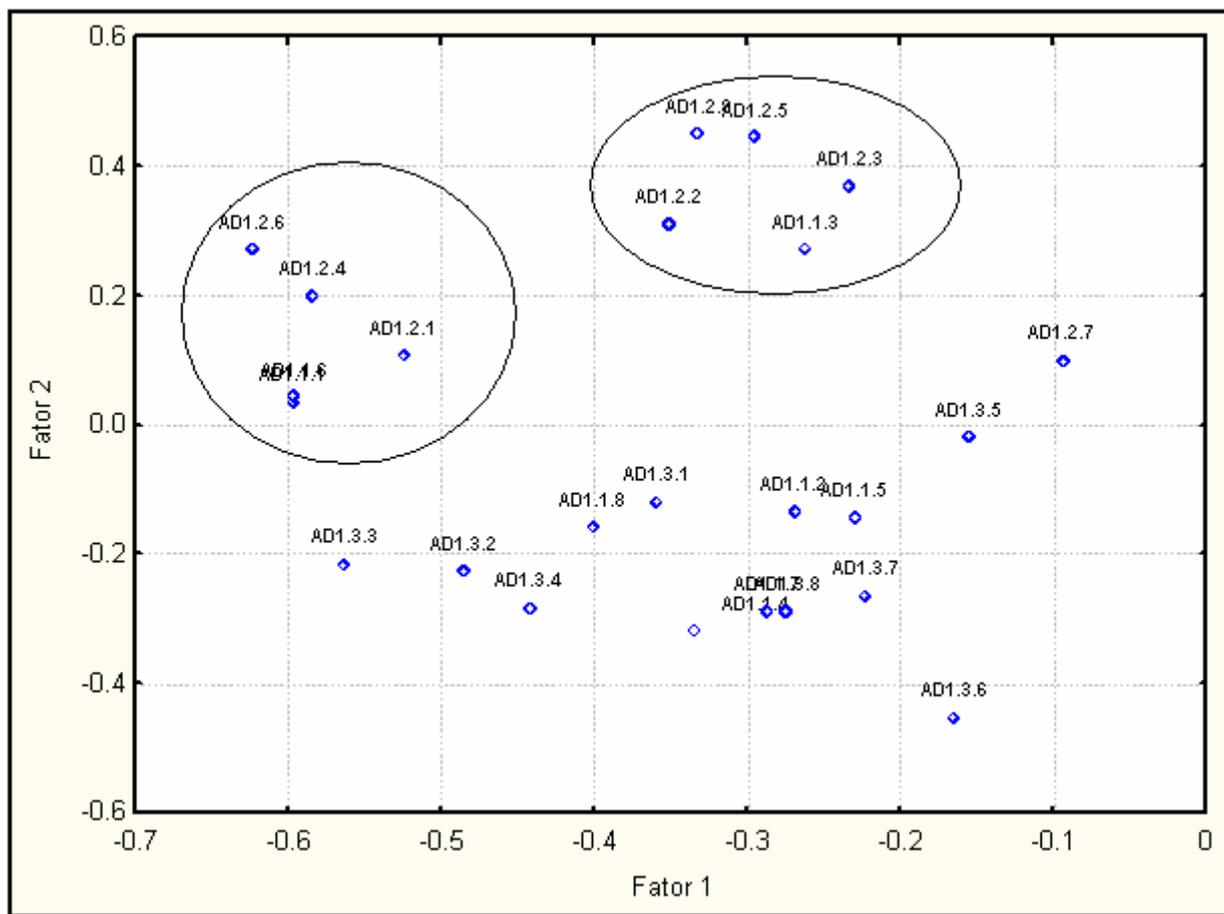
Os estudantes apresentaram comportamentos diferenciados em alguns itens, como o observado no item 86 (AD 4.4.8). Este item apresentou um índice de correlação negativa na

análise da escala de atitude. A média dos pontos (M) neste item indicou uma tendência atitudinal negativa ao aspecto abordado, quando considerado a amostra total.

A análise fatorial evidenciou um comportamento diferenciado dos estudantes nos itens 33 (AD 2.2.1), 35 (AD 2.2.3) que abordaram aspectos atitudinais referentes a aprendizagem para o trabalho em equipe em relação aos outros itens, e nos itens 79 (AD 4.4.1), 84 (AD4.4.6), e 85 (AD 4.4.7) que abordam aspecto atitudinal relacionado a aprendizagem multidisciplinar e cooperativa. O comportamento dos estudantes nestes itens demonstra uma aparente correlação desses itens entre si. Os estudantes apresentaram uma tendência atitudinal positiva nos itens mencionados.

8.2 Escalas das dimensões atitudinais

Na dimensão social (Figura 2) foi observado um comportamento diferenciado dos estudantes em itens que aparentemente formaram dois conjuntos de itens que apresentaram maior correlação. Nos itens 1 (AD 1.1.1) e 6 (AD1.1.6) que abordam aspectos da responsabilidade social e no item 9 (AD1.2.1), 12 (AD1.2.4) e 14 (AD1.2.6) que abordam aspectos da relação médico-paciente, apresentaram um comportamento semelhante e aparentemente demonstraram uma diferenciação dos demais da mesma dimensão. Salienta-se que em todos estes itens mencionados os estudantes apresentaram uma tendência atitudinal positiva. O outro grupo de itens identificado foi o formado pelo item 3 (AD1.1.3), que aborda aspectos da responsabilidade social, e pelos itens 10 (AD 1.2.2), 11 (AD 1.2.3), 13 (AD1.2.5) e 16 (AD 1.2.8) que abordam aspectos da relação médico-paciente. Nestes itens foi observado atitude positiva nos itens 3,10 e 16 e conflito nos itens 11 e 13.

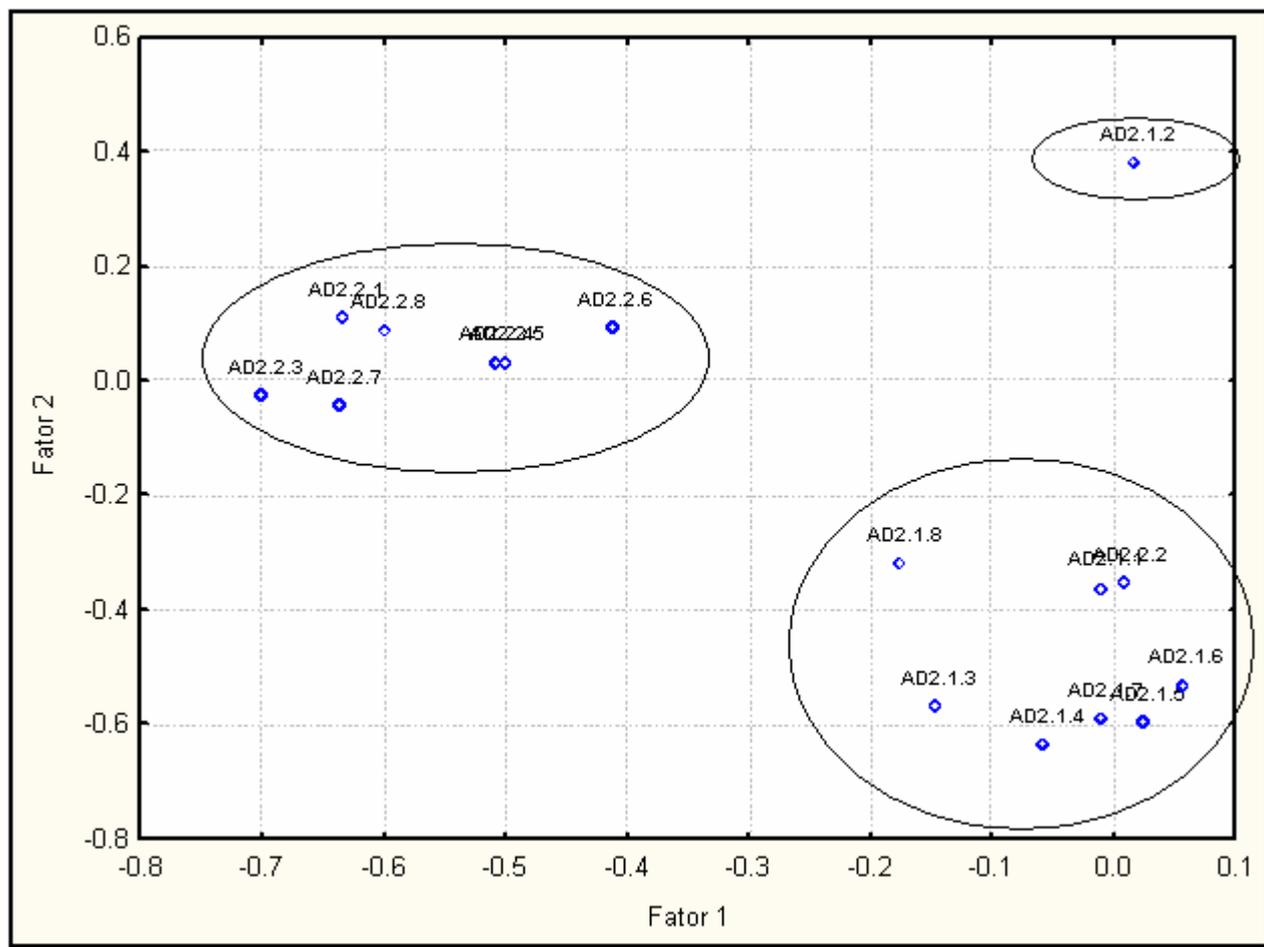


Legenda:

- A letra **A** é referente as respostas ao início do semestre letivo.
- A letra **D** é referente a dimensão.
- O primeiro número indica a dimensão (1= social).
- O segundo número indica o construto dentro da dimensão.
- O terceiro número indica o item dentro construto.

FIGURA 2 – Dimensão social: análise fatorial da aplicação da escala de atitude construída nesta pesquisa em estudantes ao início do semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Na dimensão ambiência (Figura 3) observamos que os itens 25 (AD2.1.1), 27 (AD 2.1.3), 28 (AD 2.1.4), 29 (AD 2.1.5), 30 (AD 2.1.6), 31 (AD 2.1.7) e 32 (AD 2.1.8) que abordam aspectos da eco-medicina e o item 34 (AD 2.2.2) que aborda as condições de trabalho, os estudantes apresentaram um comportamento homogêneo com tendência atitudinal positiva. O mesmo ocorrendo nos itens 33 (AD 2.2.1), 35 (AD 2.2.3), 36 (AD 2.2.4), 37 (AD 2.2.5), 38 (AD 2.2.8), 39 (AD 2.2.7) e 40 (AD 2.2.8) que abordam aspectos relacionados ao ambiente de trabalho. No item 26 (AD 2.1.2) observamos um comportamento dos estudantes diferenciado, com uma tendência atitudinal negativa.

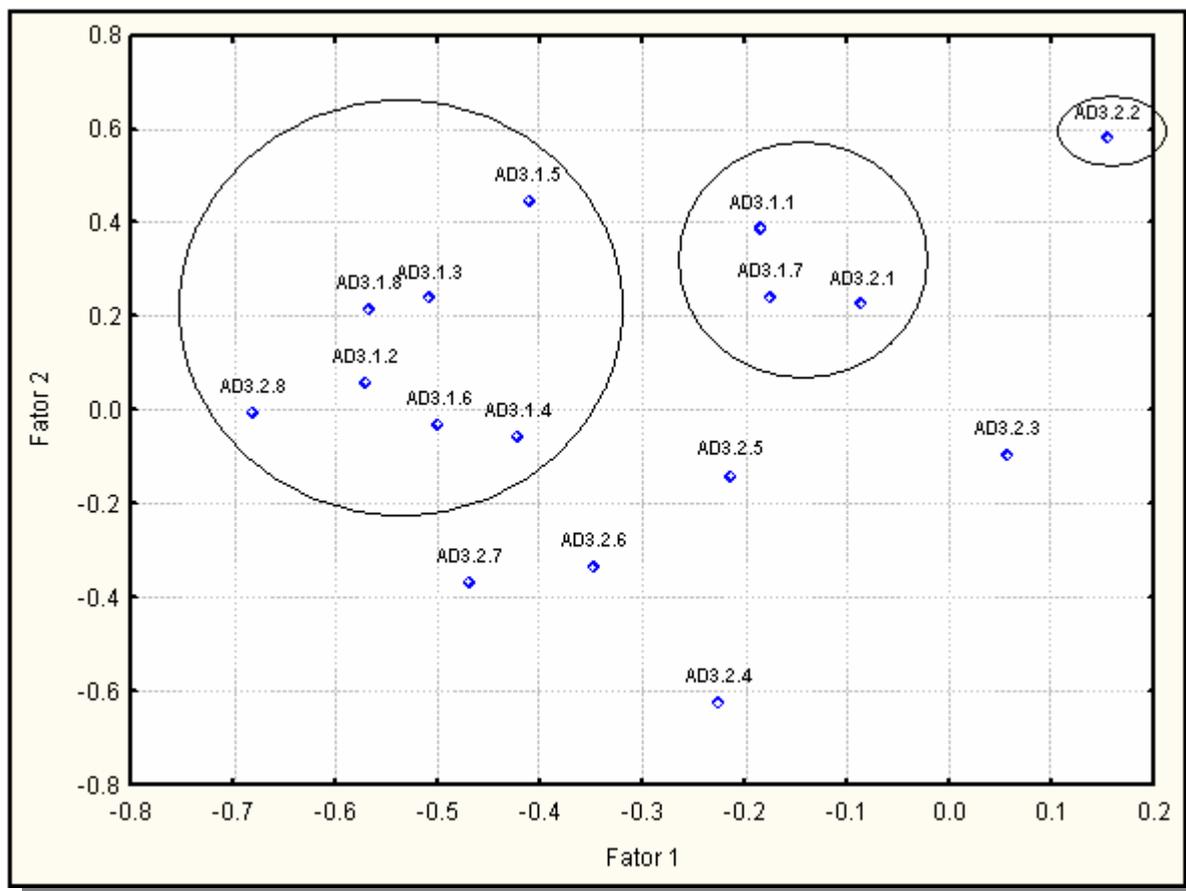


Legenda:

- A letra **A** é referente as respostas ao início do semestre letivo.
- A letra **D** é referente a dimensão.
- O primeiro número indica a dimensão (2 = ambiência).
- O segundo número indica o construto dentro da dimensão.
- O terceiro número indica o item dentro construto.

FIGURA 3 – Dimensão ambiência: análise fatorial da aplicação da escala de atitude construída nesta pesquisa em estudantes ao início do semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Na dimensão crença (Figura 4), os estudantes apresentaram um comportamento diferenciado no item 50 (AD 3.2.2), apresentando uma tendência atitudinal positiva ao aspecto relacionado a sua crença em relação à profissão médica. Observamos que nos itens 42 (AD 3.1.2), 43 (AD 3.1.3), 44 (AD 3.1.4), 45 (AD 3.1.5), 46 (AD 3.1.6), 48 (AD 3.1.8) que abordam aspectos relacionados as crenças da sociedade os estudantes apresentaram um comportamento homogêneo, porem observou-se tendências atitudinais diferenciadas.

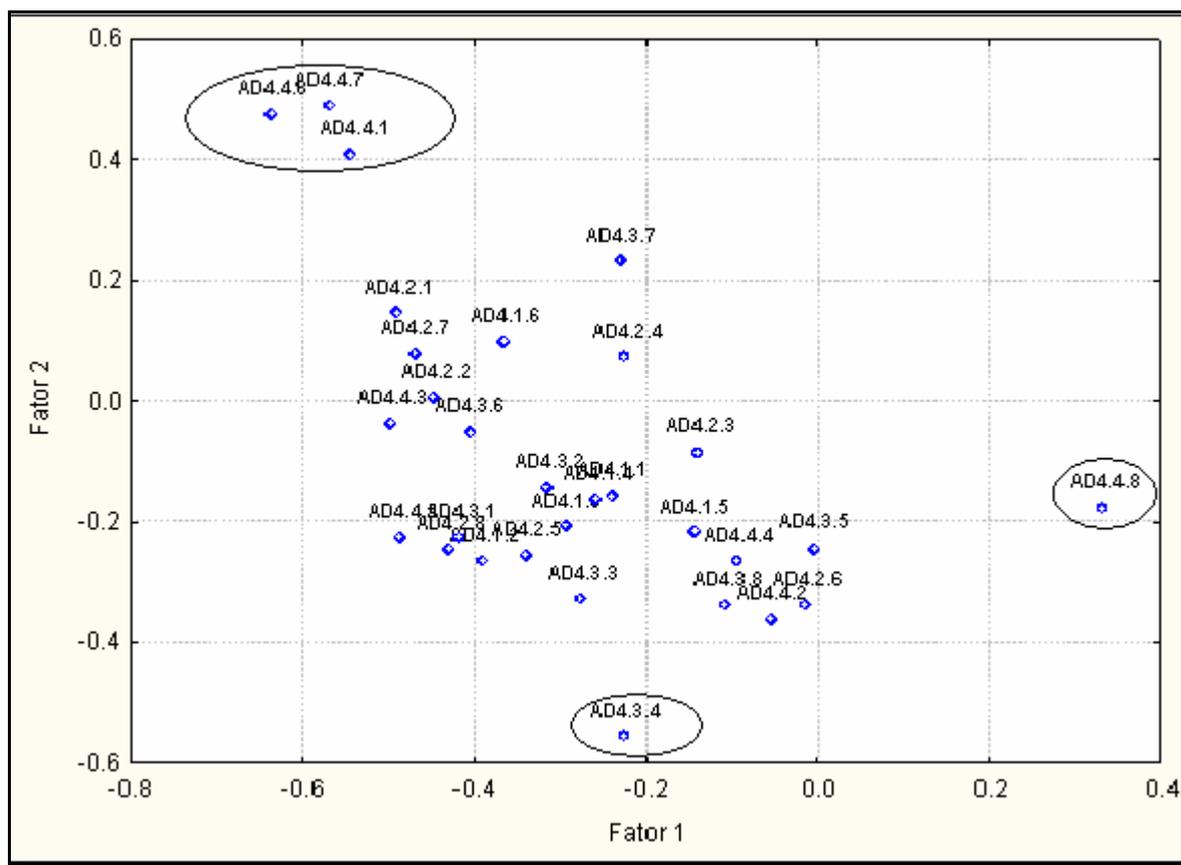


Legenda:

- A letra **A** é referente as respostas ao início do semestre letivo.
- A letra **D** é referente a dimensão.
- O primeiro número indica a dimensão (3 = crença)
- O segundo número indica o construto dentro da dimensão
- O terceiro número indica o item dentro construto

FIGURA 4 – Dimensão crença: análise fatorial da aplicação da escala de atitude construída nesta pesquisa em estudantes ao início do semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Na dimensão conhecimento (Figura 5), observamos que os estudantes apresentaram comportamento homogêneos na maioria dos itens. Nos itens 79 (AD 4.4.1), 84 (AD 4.4.6) e 85 (4.4.7), que abordam aspectos da aprendizagem cooperativa os estudantes apresentaram comportamento semelhante entre si, porem observa-se tendência atitudinais diferenciadas nos itens mencionados. Porém em relação aos demais itens da dimensão os estudantes apresentaram comportamento diferenciado. No item 86 (AD 4.4.8) os estudantes apresentaram um comportamento diferenciados em relação ao conjunto de itens da dimensão e com uma tendência atitudinal negativa. Este comportamento diferenciado do conjunto também foi observado no item 74 (AD 4.3.4) contudo neste item foi apresentado uma tendência atitudinal positiva.

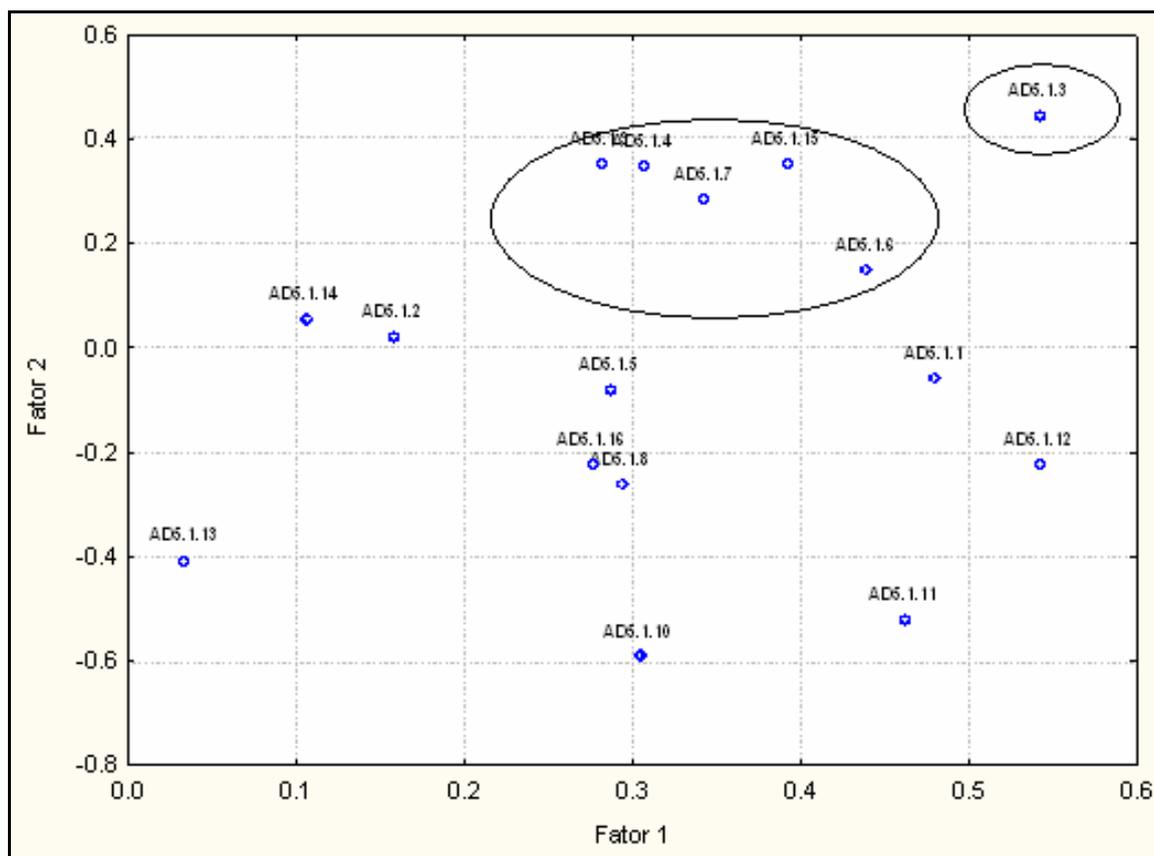


Legenda:

- A letra **A** é referente as respostas ao início do semestre letivo.
- A letra **D** é referente a dimensão.
- O primeiro número indica a dimensão (4 = conhecimento).
- O segundo número indica o construto dentro da dimensão.
- O terceiro número indica o item dentro construto.

FIGURA 5 – Dimensão conhecimento: análise fatorial da aplicação da escala de atitude construída nesta pesquisa em estudantes ao início do semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Na dimensão ética o comportamento dos estudantes não apresentou uma homogeneidade. Nos itens 90 (AD 5.1.4), 92 (AD 5.1.6), 93 (AD 5.1.7), 95 (AD 5.1.9) e 101 (AD 5.1.15) observou-se uma possível homogeneidade do comportamentos dos estudantes, porém apresentaram tendências atitudinais diferenciadas nos aspectos abordados. No item 89 (AD 5.1.3) os estudantes apresentaram um comportamento diferenciado em relação aos demais itens do conjunto.



Legenda:

- A letra **A** é referente as respostas ao início do semestre letivo.
- A letra **D** é referente a dimensão.
- O primeiro número indica a dimensão (5 = ética).
- O segundo número indica o construto dentro da dimensão.
- O terceiro número indica o item dentro construto.

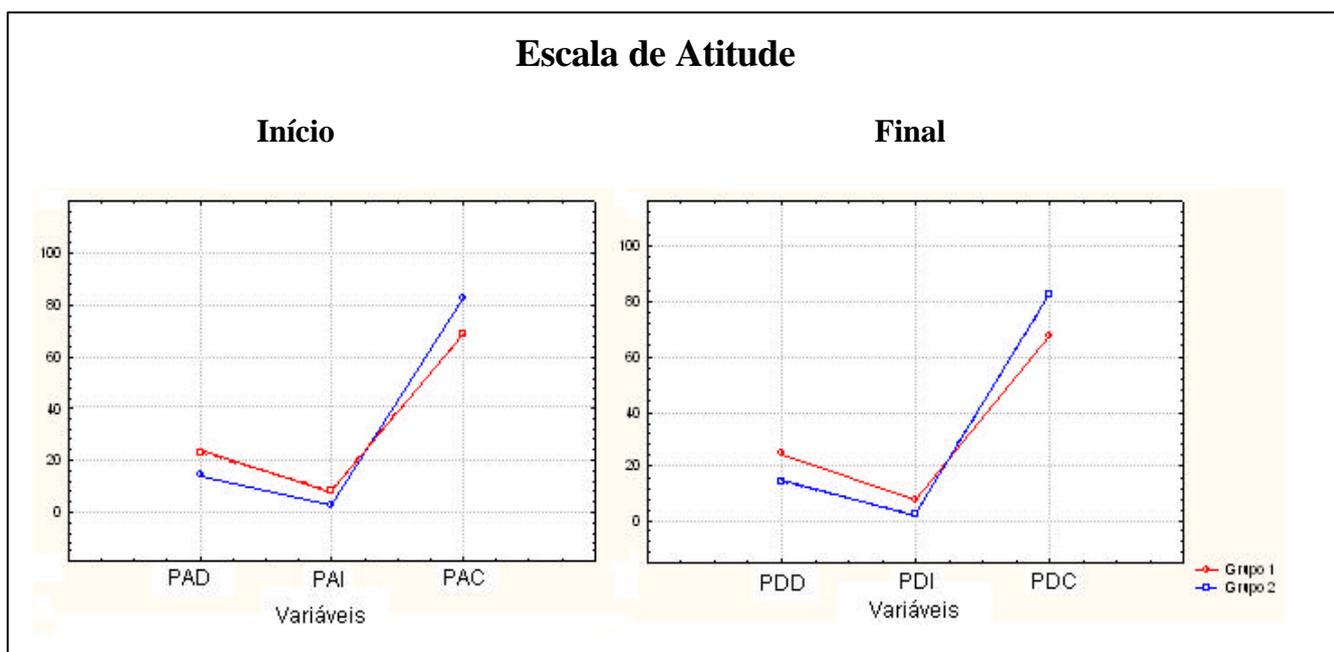
FIGURA 6 – Dimensão conhecimento: análise fatorial da aplicação da escala de atitude construída nesta pesquisa em estudantes ao início do semestre letivo. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

9 Análise de agrupamentos utilizando o procedimento K médias (cluster)

A clusterização (ou agrupamento) de estudantes teve como principal objetivo identificar grupos de estudantes que possuíssem atitudes semelhantes entre si, não havendo uma discriminação prévia de classes.

A análise identificou 2 grupos de estudantes que apresentaram atitudes semelhantes entre os sujeitos do mesmo grupo, porém diferentes entre os grupos (cluster 1 e cluster 2), no entanto esta diferença entre os grupos foi pequena.

Foi observada a manutenção dos dois grupos nas duas aplicações da escala de atitudes (Figura 7) e em todas as dimensões.



PAD = percentagem de respostas discordantes

PAI = percentagem de respostas indefinidas

PAC = percentagem de respostas concordante

PDD = percentagem de respostas discordantes

PDI = percentagem de respostas indefinidas

PDC = percentagem de respostas concordantes

FIGURA 7 – Agrupamento dos estudantes na aplicação de uma escala de atitude ao início e ao final do semestre letivo, segundo o nível de concordância. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

10 Referências

- 1 - Summers, G F; Bohrnstedt, GW. Medicion de actitudes. Mexico: Trillas; 1976.
- 2 - Anastasi, A. Testes psicológicos. São Paulo: EPU;1977.
- 3 - Selltiz, C. Métodos de pesquisa nas relações sociais.. São Paulo: EPU; 1987.
- 4 - Cronbach, L J. Fundamentos da Testagem Psicológica. Do original Essentials of Psychological Tests. Tradução de Carlos Alberto Silveira Neto e Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
- 5 - Pasquali, L Psicometria: Teoria e aplicações . Brasília: UnB; 1997.
- 6 - Pasquali, L. Principios de elaboracao de escalas psicologicas / Principles of elaboration of psychological scales Rev Psiquiatr Clin São Paulo; 25(5):206-13; 1998.

- 7 - Marconi, M A; Lakatos, E M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas; 2002.

APÊNDICE 2

Escala de atitude segundo as atitudes e seus itens

Escala de atitude

Atitude conforme a aceitabilidade social	Pontuação da resposta				
	Estou totalmente em desacordo (DT)	Discordo em parte (DP)	Estou em dúvida (D)	Concordo em parte (CP)	Estou totalmente de acordo (CT)
					
Positiva	1	2	3	4	5
Negativa	5	4	3	2	1

1 Dimensão social

Itens	Nível de concordância e pontuação atribuída					Sorteio
	DT	DP	D	CP	CT	
1. Acredito que o médico como parte da equipe multiprofissional deve visitar as comunidades próximas ao Centro de Saúde em que trabalha.	1	2	3	4	5	79
2. Acredito que é função do médico denunciar, aos órgãos competentes, os serviços sem condições adequadas ao atendimento da comunidade.	1	2	3	4	5	29
3. Acredito que o médico não tem responsabilidade apenas pelo o ato técnico, mas sim de buscar a resolução do problema.	1	2	3	4	5	12
4. Como médico quero atuar para garantir ao paciente o direito a saúde em todos os níveis de complexidade.	1	2	3	4	5	58
5. Considero importante que o médico conheça as políticas atuais de saúde somente em áreas que atua.	5	4	3	2	1	61
6. Penso que não compete ao médico a tarefa de dar orientações a pacientes e comunidade sobre cuidados básicos de saúde.	5	4	3	2	1	66
7. Acredito que o médico não deve participar em atividades culturais ou associativas promovidas pela comunidade atendida no Centro de Saúde.	5	4	3	2	1	102
8. Penso que não é de responsabilidade do médico a racionalização do uso dos recursos terapêuticos e diagnósticos para obter melhor relação custo benefício para o paciente.	5	4	3	2	1	96
9. Considero importante investigar se o paciente teve algum sofrimento emocional prévio ao aparecimento da doença	1	2	3	4	5	92
10. Penso que um médico precisa estar atento ao estado emocional dos pacientes.	1	2	3	4	5	65
11. Acredito que cabe ao médico investigar dificuldades pessoais do paciente.	1	2	3	4	5	16

Continua

continuação

12. Médicos só devem cuidar de problemas físicos dos pacientes.	5	4	3	2	1	93
13. Por questões práticas o médico não deve se ocupar dos sentimentos do paciente em relação a sua enfermidade.	5	4	3	2	1	25
14. Escutar o paciente falar de um problema emocional é tão importante quanto escutar o paciente falar sobre um problema físico.	1	2	3	4	5	70
15. Acredito que o médico tem o poder de decisão quanto a investigação e tratamento do paciente .	5	4	3	2	1	85
16. O médico é remunerado para diagnosticar e tratar problemas médicos e não para escutar pacientes falarem sobre seus problemas pessoais.	5	4	3	2	1	38
17. A habilidade de comunicar adequadamente um prognóstico ruim a um paciente deve ser aprendido durante o curso de medicina	1	2	3	4	5	91
18. Comunicar a morte de um paciente à sua família não é tarefa para médico..	5	4	3	2	1	51
19. Para eu ser um bom médico , eu preciso ter uma boa habilidade de comunicação	1	2	3	4	5	80
20. Eu não vejo a importância da aprendizagem da habilidade de comunicação no curso de medicina	5	4	3	2	1	64
21. Eu penso que é realmente útil aprender habilidades de comunicação na graduação de medicina	1	2	3	4	5	42
22. A comunicação adequada não é aprendida, é inata.	5	4	3	2	1	86
23. Desenvolver minha habilidade de comunicação é tão importante quanto desenvolver o meu conhecimento médico	1	2	3	4	5	31
24. Obter notas mais altas nas disciplinas é mais importante do que aprender a se comunicar	5	4	3	2	1	78

2 . Dimensão ambiência

Itens	Nível de concordância e pontuação atribuída					Sorteio
	DT	DP	D	CP	CT	
25. Acredito que condições de moradia adequadas podem prevenir agravos	1	2	3	4	5	2
26. Não interessa ao médico as condições de moradia do paciente	5	4	3	2	1	22
27. É importante que o médico tenha conhecimento do rendimento escolar de seu paciente	1	2	3	4	5	82
28. Dificuldade de aprendizagem do paciente não é problema médico.	5	4	3	2	1	40
29. É importante para o médico saber sobre os hábitos de vida de seu paciente	1	2	3	4	5	17
30. Não interessa ao médico o tipo de trabalho ou ocupação de seu paciente.	5	4	3	2	1	43
31. Não é da competência do médico saber sobre as atividades sociais do seu paciente	5	4	3	2	1	39
32. É importante para o médico saber da habilidade ‘de fazer amigos’ de seus pacientes.	1	2	3	4	5	46
33. Eu gostaria de trabalhar em projetos com outros estudantes da área da saúde	1	2	3	4	5	60
34. Não interessa ao médico as condições em que seu trabalho se desenvolve	5	4	3	2	1	55
35. Na graduação aprender em conjunto com estudantes da área da saúde poderia melhorar as inter-relações na vida profissional médica	1	2	3	4	5	54
36. Eu tenho adquirido muito mais conhecimentos e habilidades do que outros estudantes da área da saúde.	5	4	3	2	1	83
37. A opinião de todos os membros de uma equipe multidisciplinar tem o mesmo valor.	1	2	3	4	5	15
38. Habilidade de trabalhar em equipe não é essencial para os estudantes de medicina	5	4	3	2	1	4
39. A liderança de uma equipe multidisciplinar de saúde deverá ser do profissional mais adequado, não necessariamente de um médico.	1	2	3	4	5	98
40. Médicos são líderes naturais de equipe multidisciplinar.	5	4	3	2	1	77

3 Dimensão Crença

Itens	Nível de concordância e pontuação atribuída					Sorteio
	DT	DP	D	CP	CT	
41. A imagem do médico para o paciente influencia na sua adesão à terapêutica,	1	2	3	4	5	69
42. Acredito que o médico ao permitir que seu paciente use práticas populares perde a sua autoridade.	5	4	3	2	1	62
43. A qualidade do atendimento ao paciente fica comprometida se o médico ignorar as crenças e valores do paciente e da família.	1	2	3	4	5	21
44. Somente o médico é quem sabe dos cuidados à saúde do seu paciente.	5	4	3	2	1	6
45. O médico deve respeitar práticas populares que não ofereçam perigo à saúde do paciente (por ex. uso de amuletos).	1	2	3	4	5	50
46. A sociedade deve sempre seguir a opinião do médico em relação a assuntos de saúde, independente de suas crenças	5	4	3	2	1	27
47. Crenças populares deveriam ser abordados durante o curso de medicina.	1	2	3	4	5	10
48. Membros de uma equipe de saúde não podem aceitar crenças populares.	5	4	3	2	1	95
49. Acredito que fazer novas descobertas em medicina é para quem trabalha em hospital-escola e não para os outros médicos em geral.	5	4	3	2	1	13
50. O médico especialista é um profissional preparado para atender enfermidades complexas independente do nível sócio econômico do paciente.	1	2	3	4	5	9
51. Os médicos são imunes ao vício, pois eles são instruídos sobre drogas.	5	4	3	2	1	35
52. Eu ingressei na medicina porque eu queria salvar pessoas.	5	4	3	2	1	100
53. Alcoolismo é uma fraqueza da personalidade.	5	4	3	2	1	28
54. A especialidade médica não torna o médico mais importante para a sociedade	1	2	3	4	5	30
55. Penso que a medicina é somente para salvar vidas.	5	4	3	2	1	59
56. Médico é um ser superior, pois tem a vida do paciente em suas mãos.	5	4	3	2	1	63

5 Dimensão Conhecimento

Itens	Nível de concordância e pontuação atribuída					Sorteio
	DT	DP	D	CP	CT	
57. Participar de encontros médico-científicos não traz novos conhecimentos.	5	4	3	2	1	47
58. Conhecer um outro idioma é necessário para um médico se manter atualizado.	1	2	3	4	5	52
59. Atualmente todo médico deve ter conhecimentos de informática.	1	2	3	4	5	45
60. Para se manter atualizado o médico não necessita ler periódicos científicos.	5	4	3	2	1	84
61. Médicos não necessitam de eventos de atualização pois já aprendem com sua prática.	5	4	3	2	1	36
62. Penso que uma discussão em grupo da prática médica me acrescentaria mais do que eu poderia aprender sozinho.	1	2	3	4	5	33
63. Acredito que preciso conhecer metodologia científica para compreender artigos técnicos-científicos.	1	2	3	4	5	5
64. Considero importante conhecer pesquisa médica para ser um bom médico.	1	2	3	4	5	73
65. O estudante durante o curso tem responsabilidade de garantir sua competência e habilidade em medicina.	1	2	3	4	5	57
66. Acredito que não é obrigação do professor fazer com que o aluno aprenda.	1	2	3	4	5	76
67. Minha aprendizagem está centrada no que espero que caia na prova.	5	4	3	2	1	41
68. Acredito que vou aprender mesmo medicina quando eu estiver cursando uma residência médica.	5	4	3	2	1	99
69. Penso que a preocupação em desenvolver pesquisas pode afastar um médico da verdadeira Medicina	5	4	3	2	1	8
70. Penso que no curso de Medicina desperdiça-se um tempo enorme tentando transformar estudantes em cientistas.	5	4	3	2	1	94
71. A auto-avaliação é importante durante o curso de Medicina para aprender a reconhecer minhas limitações.	1	2	3	4	5	32
72. Sou contra a auto-avaliação.	5	4	3	2	1	101
73. A avaliação é uma atividade para minha aprendizagem.	1	2	3	4	5	97
74. Considero toda avaliação uma perseguição.	5	4	3	2	1	11

Continua

continuação

75. Considero que o médico tem que reconhecer suas limitações de conhecimento de medicina	1	2	3	4	5	75
76. Considero que o médico após a sua graduação não precisa mais ser avaliado.	5	4	3	2	1	56
77. Considero que o professor deva também avaliar a conduta pessoal do aluno.	1	2	3	4	5	20
78. Avaliação é mais um meio de poder para o professor.	5	4	3	2	1	3
79. Penso que se eu estudar com outros estudantes me ajudará a ser um membro mais efetivo em uma equipe de saúde.	1	2	3	4	5	26
80. Não ensino o que eu sei pois meus colegas serão meus concorrentes no mercado de trabalho.	5	4	3	2	1	72
81. Pacientes seriam mais beneficiados se estudantes da área da saúde aprendessem a trabalhar juntos para resolver problemas de saúde.	1	2	3	4	5	48
82. Se eu trabalho em equipe, minha responsabilidade termina quando realizo a tarefa que me coube.	5	4	3	2	1	19
83. Aprender cooperativamente ajudar-me-ia a entender minhas próprias limitações.	1	2	3	4	5	90
84. Eu não quero desperdiçar meu tempo estudando com outros estudantes da área da saúde.	5	4	3	2	1	23
85. Estudar junto com outros estudantes da área da saúde aumentaria a minha habilidade de entender a natureza dos problemas dos pacientes	1	2	3	4	5	14
86. Habilidade de resolver problemas clínicos podem somente ser aprendidos com médicos.	5	4	3	2	1	49

6. Dimensão Ética

Itens	Nível de concordância e pontuação atribuída					Sorteio
	DT	DP	D	CP	CT	
87. O médico não pode omitir uma informação para o paciente mesmo que julgue que é o melhor a ser feito..	1	2	3	4	5	81
88. Sempre que o médico não souber resolver o problema do paciente deve encaminhá-lo adequadamente.	1	2	3	4	5	87
89. A responsabilidade do médico não se encerra ao encaminhar o paciente para outro médico.	1	2	3	4	5	68
90. Penso que o médico não pode registrar no prontuário: ‘abdômen normal’ pelo aspecto aparente do paciente.	1	2	3	4	5	74
91. Acredito que, mesmo entre médicos, não é permitido conversar sobre as particularidades das pessoas que atendem.	1	2	3	4	5	18
92. Penso que em trabalhos acadêmicos é necessário referenciar a obra consultada.	1	2	3	4	5	53
93. Penso que é dever do médico alertar à equipe de saúde sobre os perigos profissionais da atividade em saúde.	1	2	3	4	5	89
94. Os médicos devem informar as opções de investigação e tratamento ao paciente e respeitar a decisão do paciente.	1	2	3	4	5	7
95. A menos que esteja envolvido com pesquisa médica, não é necessário a um médico estudar ética.	5	4	3	2	1	67
96. Penso que não há problema se um aluno apresentar um trabalho de um colega como se fosse seu.	5	4	3	2	1	24
97. Penso que se o trabalho é meu, posso empresta-lo para meus colegas apresentarem como seus.	5	4	3	2	1	44
98. Se eu ganhar alguma coisa não me importo em realizar a tarefa: acadêmico de um colega.	5	4	3	2	1	34
99. Penso que tenho direito de falar “de igual para igual” com meu professor.	5	4	3	2	1	71
100. Concordo que “quem não cola não sai da escola”.	5	4	3	2	1	88
101. Os médicos são responsáveis somente pelos seus atos.	5	4	3	2	1	37
103. Acredito que, em situações específicas, justifica-se a interrupção da vida por meio do ato médico (eutanásia ativa).	5	4	3	2	1	1

APÊNDICE 3

Escala de atitude aplicada nos sujeitos da pesquisa

Para cada assertiva há cinco (5) opções, você escolhe a que melhor expresse sua opinião, não existe resposta certa nem errada:

Estou totalmente em desacordo 	Discordo em parte	Estou em dúvida 	Concordo em parte	Estou totalmente de acordo 
1	2	3	4	5

Nº	Assertivas	Nível de Concordância				
		1	2	3	4	5
1.	Acredito que, em situações específicas, justifica-se a interrupção da vida por meio do ato médico (eutanásia ativa).	1	2	3	4	5
2.	Acredito que condições de moradia adequadas podem prevenir agravos.	1	2	3	4	5
3.	Avaliação é mais um meio de poder para o professor.	1	2	3	4	5
4.	Habilidade de trabalhar em equipe não é essencial para os estudantes de medicina.	1	2	3	4	5
5.	Acredito que preciso conhecer metodologia da pesquisa para compreender artigos técnicos-científicos.	1	2	3	4	5
6.	Somente o médico é quem sabe dos cuidados à saúde do seu paciente.	1	2	3	4	5
7.	Os médicos devem informar as opções de investigação e tratamento ao paciente e respeitar a decisão do paciente.	1	2	3	4	5
8.	Penso que a preocupação em desenvolver pesquisas pode afastar um médico da verdadeira Medicina.	1	2	3	4	5
9.	O médico especialista é um profissional preparado para atender enfermidades complexas independente do nível sócio econômico do paciente.	1	2	3	4	5
10.	Crenças populares deveriam ser abordados durante o curso de medicina.	1	2	3	4	5
11.	Considero toda avaliação uma perseguição.	1	2	3	4	5
12.	Acredito que o médico não tem responsabilidade apenas pelo o ato técnico, mas sim de buscar a resolução do problema.	1	2	3	4	5
13.	Acredito que fazer novas descobertas em medicina é para quem trabalha em hospital-escola e não para os outros médicos em geral.	1	2	3	4	5
14.	Estudar junto com outros estudantes da área da saúde aumentaria a minha habilidade de entender a natureza dos problemas dos pacientes	1	2	3	4	5
15.	A opinião de todos os membros de uma equipe multidisciplinar tem o mesmo valor.	1	2	3	4	5
16.	Acredito que cabe ao médico investigar dificuldades pessoais do paciente.	1	2	3	4	5

Para cada assertiva há cinco (5) opções, você escolhe a que melhor expresse sua opinião, não existe resposta certa nem errada:

Estou totalmente em desacordo 	Discordo em parte	Estou em dúvida 	Concordo em parte	Estou totalmente de acordo 
1	2	3	4	5

Nº	Assertivas	Nível de Concordância				
		1	2	3	4	5
17.	É importante para o médico saber sobre os hábitos de vida de seu paciente.	1	2	3	4	5
18.	Acredito que, mesmo entre médicos, não é permitido conversar sobre as particularidades das pessoas que atendem.	1	2	3	4	5
19.	Se eu trabalho em equipe, minha responsabilidade termina quando realizo a tarefa que me coube.	1	2	3	4	5
20.	Considero que o professor deva também avaliar a conduta pessoal do aluno.	1	2	3	4	5
21.	A qualidade do atendimento ao paciente fica comprometida se o médico ignorar as crenças e valores do paciente e da família.	1	2	3	4	5
22.	Não interessa ao médico as condições de moradia do paciente	1	2	3	4	5
23.	Eu não quero desperdiçar meu tempo estudando com outros estudantes da área da saúde.	1	2	3	4	5
24.	Penso que não há problema se um aluno apresentar um trabalho de um colega como se fosse seu.	1	2	3	4	5
25.	Por questões práticas o médico não deve se ocupar dos sentimentos do paciente em relação a sua enfermidade.	1	2	3	4	5
26.	Penso que se eu estudar com outros estudantes me ajudará a ser um membro mais efetivo em uma equipe de saúde.	1	2	3	4	5
27.	A sociedade deve sempre seguir a opinião do médico em relação a assuntos de saúde, independente de suas crenças	1	2	3	4	5
28.	Alcoolismo é uma fraqueza da personalidade.	1	2	3	4	5
29.	Acredito que é função do médico denunciar, aos órgãos competentes, os serviços sem condições adequadas ao atendimento da comunidade.	1	2	3	4	5
30.	A especialidade médica não torna o médico mais importante para a sociedade.	1	2	3	4	5
31.	Desenvolver minha habilidade de comunicação é tão importante quanto desenvolver o meu conhecimento médico	1	2	3	4	5
32.	A auto-avaliação é importante durante o curso de Medicina para aprender a reconhecer minhas limitações.	1	2	3	4	5

Para cada assertiva há cinco (5) opções, você escolhe a que melhor expresse sua opinião, não existe resposta certa nem errada:

Estou totalmente em desacordo 	Discordo em parte	Estou em dúvida 	Concordo em parte	Estou totalmente de acordo 
1	2	3	4	5

Nº	Assertivas	Nível de Concordância				
		1	2	3	4	5
33.	Penso que uma discussão em grupo da prática médica me acrescentaria mais do que eu poderia aprender sozinho.	1	2	3	4	5
34.	Se eu ganhar alguma coisa não me importo em realizar a tarefa acadêmica de um colega.	1	2	3	4	5
35.	Os médicos são imunes ao vício, pois eles são instruídos sobre drogas.	1	2	3	4	5
36.	Médicos não necessitam de eventos de atualização pois já aprendem com sua prática.	1	2	3	4	5
37.	Os médicos são responsáveis somente pelos seus atos.	1	2	3	4	5
38.	O médico é remunerado para diagnosticar e tratar problemas médicos e não para escutar pacientes falarem sobre seus problemas pessoais.	1	2	3	4	5
39.	Não é da competência do médico saber sobre as atividades sociais do seu paciente.	1	2	3	4	5
40.	Dificuldade de aprendizagem do paciente não é problema médico.	1	2	3	4	5
41.	Minha aprendizagem está centrada no que espero que caia na prova.	1	2	3	4	5
42.	Eu penso que é realmente útil aprender habilidades de comunicação na graduação de medicina	1	2	3	4	5
43.	Não interessa ao médico o tipo de trabalho ou ocupação de seu paciente.	1	2	3	4	5
44.	Penso que se o trabalho é meu, posso emprestá-lo para meus colegas apresentarem como seus.	1	2	3	4	5
45.	Atualmente todo médico deve ter conhecimentos de informática.	1	2	3	4	5
46.	É importante para o médico saber da habilidade ‘de fazer amigos’ de seus pacientes.	1	2	3	4	5
47.	Participar de encontros médico-científicos não traz novos conhecimentos.	1	2	3	4	5

Para cada assertiva há cinco (5) opções, você escolhe a que melhor expresse sua opinião, não existe resposta certa nem errada:

Estou totalmente em desacordo 	Discordo em parte	Estou em dúvida 	Concordo em parte	Estou totalmente de acordo 
1	2	3	4	5

N°	Assertivas	Nível de Concordância				
		1	2	3	4	5
48.	Pacientes seriam mais beneficiados se estudantes da área da saúde aprendessem a trabalhar juntos para resolver problemas de saúde.	1	2	3	4	5
49.	Habilidade de resolver problemas clínicos podem somente ser aprendidos com médicos.	1	2	3	4	5
50.	O médico deve respeitar práticas populares que não ofereçam perigo à saúde do paciente (por ex. uso de amuletos).	1	2	3	4	5
51.	Comunicar a morte de um paciente à sua família não é tarefa para médico..	1	2	3	4	5
52.	Conhecer um outro idioma é necessário para um médico se manter atualizado.	1	2	3	4	5
53.	Penso que em trabalhos acadêmicos é necessário referenciar a obra consultada.	1	2	3	4	5
54.	Na graduação aprender em conjunto com estudantes da área da saúde poderia melhorar as inter-relações na vida profissional médica	1	2	3	4	5
55.	Não interessa ao médico as condições em que seu trabalho se desenvolve.	1	2	3	4	5
56.	Considero que o médico após a sua graduação não precisa mais ser avaliado.	1	2	3	4	5
57.	O estudante durante o curso tem responsabilidade de garantir sua competência e habilidade em medicina.	1	2	3	4	5
58.	Como médico quero atuar para garantir ao paciente o direito a saúde em todos os níveis de complexidade.	1	2	3	4	5
59.	Penso que a medicina é somente para salvar vidas.	1	2	3	4	5
60.	Eu gostaria de trabalhar em projetos com outros estudantes da área da saúde	1	2	3	4	5
61.	Considero importante que o médico conheça as políticas atuais de saúde somente em áreas que atua.	1	2	3	4	5
62.	Acredito que o médico ao permitir que seu paciente use práticas populares perde a sua autoridade.	1	2	3	4	5
63.	Médico é um ser superior, pois tem a vida do paciente em suas mãos.	1	2	3	4	5

Para cada assertiva há cinco (5) opções, você escolhe a que melhor expresse sua opinião, não existe resposta certa nem errada:

Estou totalmente em desacordo 	Discordo em parte	Estou em dúvida 	Concordo em parte	Estou totalmente de acordo 
1	2	3	4	5

Nº	Assertivas	Nível de Concordância				
		1	2	3	4	5
64.	Eu não vejo a importância da aprendizagem da habilidade de comunicação no curso de medicina.	1	2	3	4	5
65.	Penso que um médico precisa estar atento ao estado emocional dos pacientes.	1	2	3	4	5
66.	Penso que não compete ao médico a tarefa de dar orientações a pacientes e comunidade sobre cuidados básicos de saúde.	1	2	3	4	5
67.	A menos que esteja envolvido com pesquisa médica, não é necessário a um médico estudar ética.	1	2	3	4	5
68.	A responsabilidade do médico não se encerra ao encaminhar o paciente para outro médico.	1	2	3	4	5
69.	A imagem do médico para o paciente influencia na sua adesão à terapêutica.	1	2	3	4	5
70.	Escutar o paciente falar de um problema emocional é tão importante quanto escutar o paciente falar sobre um problema físico.	1	2	3	4	5
71.	Penso que tenho direito de falar “de igual para igual” com meu professor.	1	2	3	4	5
72.	Não ensino o que eu sei pois meus colegas serão meus concorrentes no mercado de trabalho.	1	2	3	4	5
73.	Considero importante conhecer pesquisa médica para ser um bom médico.	1	2	3	4	5
74.	Penso que o médico não pode registrar no prontuário: ‘abdômen normal’ pelo aspecto aparente do paciente.	1	2	3	4	5
75.	Considero que o médico tem que reconhecer suas limitações de conhecimento de medicina	1	2	3	4	5
76.	Acredito que não é obrigação do professor fazer com que o aluno aprenda.	1	2	3	4	5
77.	Médicos são líderes naturais de equipe multidisciplinar.	1	2	3	4	5
78.	Obter notas mais altas nas disciplinas é mais importante do que aprender a se comunicar	1	2	3	4	5

Para cada assertiva há cinco (5) opções, você escolhe a que melhor expresse sua opinião, não existe resposta certa nem errada:

Estou totalmente em desacordo 	Discordo em parte	Estou em dúvida 	Concordo em parte	Estou totalmente de acordo 
1	2	3	4	5

Nº	Assertivas	Nível de Concordância				
		1	2	3	4	5
79.	Acredito que o médico como parte da equipe multiprofissional deve visitar as comunidades próximas ao Centro de Saúde em que trabalha.	1	2	3	4	5
80.	Para eu ser um bom médico , eu preciso ter uma boa habilidade de comunicação.	1	2	3	4	5
81.	O médico não pode omitir uma informação para o paciente mesmo que julgue que é o melhor a ser feito.	1	2	3	4	5
82.	É importante que o médico tenha conhecimento do rendimento escolar de seu paciente	1	2	3	4	5
83.	Eu tenho adquirido muito mais conhecimentos e habilidades do que outros estudantes da área da saúde.	1	2	3	4	5
84.	Para se manter atualizado o médico não necessita ler periódicos científicos.	1	2	3	4	5
85.	Acredito que o médico tem o poder de decisão quanto a investigação e tratamento do paciente .	1	2	3	4	5
86.	A comunicação adequada não é aprendida, é inata.	1	2	3	4	5
87.	Sempre que o médico não souber resolver o problema do paciente deve encaminhá-lo adequadamente.	1	2	3	4	5
88.	Concordo que “quem não cola não sai da escola”.	1	2	3	4	5
89.	Penso que é dever do médico alertar à equipe de saúde sobre os perigos profissionais da atividade em saúde.	1	2	3	4	5
90.	Aprender cooperativamente ajudar-me-ia a entender minhas próprias limitações.	1	2	3	4	5
91.	A habilidade de comunicar adequadamente um prognóstico ruim a um paciente deve ser aprendido durante o curso de medicina	1	2	3	4	5
92.	Considero importante investigar se o paciente teve algum sofrimento emocional prévio ao aparecimento da doença	1	2	3	4	5
93.	Médicos só devem cuidar de problemas físicos dos pacientes.	1	2	3	4	5
94.	Penso que no curso de Medicina desperdiça-se um tempo enorme tentando transformar estudantes em cientistas.	1	2	3	4	5

Para cada assertiva há cinco (5) opções, você escolhe a que melhor expresse sua opinião, não existe resposta certa nem errada:

Estou totalmente em desacordo 	Discordo em parte	Estou em dúvida 	Concordo em parte	Estou totalmente de acordo 
1	2	3	4	5

N°	Assertivas	Nível de Concordância				
		1	2	3	4	5
95.	Membros de uma equipe de saúde não podem aceitar crenças populares.	1	2	3	4	5
96.	Penso que não é de responsabilidade do médico a racionalização do uso dos recursos terapêuticos e diagnósticos para obter melhor relação custo benefício para o paciente.	1	2	3	4	5
97.	A avaliação é uma atividade para minha aprendizagem.	1	2	3	4	5
98.	A liderança de uma equipe multidisciplinar de saúde deverá ser do profissional mais adequado, não necessariamente de um médico.	1	2	3	4	5
99.	Acredito que vou aprender mesmo medicina quando eu estiver cursando uma residência médica.	1	2	3	4	5
100.	Eu ingressei na medicina porque eu queria salvar pessoas.	1	2	3	4	5
101.	Sou contra a auto-avaliação.	1	2	3	4	5
102.	Acredito que o médico não deve participar em atividades culturais ou associativas promovidas pela comunidade atendida no Centro de Saúde.	1	2	3	4	5

APÊNDICE 4

Questionário para identificar características dos estudantes

3- Quando ingressou no curso de Medicina da UNESC: _____ /200__
mês ano

4- Em que idade você se interessou pela primeira vez pelo estudo da medicina?

- zero à 6 anos 15 à 17 anos
 6 à 9 anos 18 à 19anos
 10 à 14 anos mais do que 20 anos

5- O que determinou o seu interesse pela medicina?

6- Você considera que sua família o influenciou? () sim () não

7- Você considera que foi bom ter sido ou não influenciado? () sim () não

8- Por quê você quer ser médico?

9- O que você gostaria de fazer depois de seu internato? Escolha uma opção

- Trabalhar em serviço público
 Trabalhar exclusivamente como médico do Programa da Saúde da Família
 Trabalhar em serviço privado e público
 Residência
 Trabalhar em serviço privado

10- Você já desenvolveu algum trabalho de pesquisa? () Sim () Não

11- Foi idéia original sua? () Sim () Não

APÊNDICE 5

Termo de Consentimento Pós informado

Termo de Consentimento Pós Informado

Eu, _____, declaro que estou ciente desta pesquisa e que fui informado (a) sobre os procedimentos para a coleta de dados. Todas as minhas dúvidas foram respondidas de forma precisa e fui informado (a) de que poderei solicitar o esclarecimento de outras dúvidas que possam surgir no decorrer do estudo.

Concordo, também, que os dados fornecidos, em respostas ao instrumento de pesquisa, tornam-se propriedade exclusiva do programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade federal de Santa Catarina e da Universidade do Extremo Sul Catarinense, por meio de seus pesquisadores, ao qual dou pelo direito de retenção, uso para quaisquer fins de ensino, pesquisa e extensão, bem como o resultado ser divulgado em jornais e/ou revistas e/ou congressos do país ou estrangeiros, desde que respeitando o sigilo absoluto da minha pessoa e as exigências do código de ética de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme estabelece a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Declaro, ainda, que a qualquer momento posso cancelar esta autorização, bastando informar a minha vontade ao responsável desta pesquisa, e este documento não terá mais nenhum efeito de autorização e/ou divulgação.

Estas informações me foram prestadas pelo pesquisador deste projeto, aluno regularmente matriculado no Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina e professora do Curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Sra. Silvana Maria de Miranda, residente à rua José Bonifácio, 185, apto. 603, Centro, em Criciúma(SC)- 88 802-140 – Fone: (48) 437 0967.

Desta forma, concordo em participar nesta pesquisa, sob as condições em que fui informado.

Local: _____

Data: _____

Assinatura do Pesquisado: _____

APÊNDICE 6

**Categorização da determinação e motivação de ser médico
segundo funções psicossociais**

Categorização da determinação e motivação de ser médico

Foi realizada pela análise de conteúdo, visando um tratamento quantitativo, pelo critério da presença ou ausência de determinados elementos e categorizados por critérios semânticos segundo as seis funções psicossociais (experimentação, realização, existência, suprapessoal, interacional e normativo) ^{1, 2, 3, 4}.

Este modelo de categorização foi considerado levando em conta que as funções psicossociais são somatórias de valores, permitindo minorar o efeito do erro de medida quando um único item é considerado, assegurando a organização e a interpretação mais eficazes dos resultados ^{3, 4}.

Na proposição desse modelo assumiu-se que valores básicos expressam um propósito em si mesmo e foram considerados como representações cognitivas das necessidades humanas ^{2, 4}.

As funções psicossociais representam afinidades dentro de um conjunto de valores, segundo padrões comportamentais ou princípios de orientação adotados pelas pessoas. Os 24 valores básicos formam um sistema valorativo baseado em três critérios de orientação, cada um subdividido em duas funções psicossociais: orientação pessoal (função de experimentação e realização), central (função de existência e suprapessoal) e social (função interacional e normativo) ^{2, 4}.

As funções psicossociais expressam uma ênfase na relação social onde as funções de experimentação, suprapessoal e interacional primam pelo princípio de igualdade entre as pessoas. Por outro lado, as funções que sugerem que as pessoas são diferentes são as funções de realização, existência e normativa ².

A função de experimentação é baseada nos valores emoção, estimulação, prazer e sexual. As pessoas que se orientam por esses valores geralmente são abertas à mudança e apreciam estímulos novos, excitantes e buscam satisfação sexual ^{2, 4}.

A função de realização é baseada nos valores de autodireção, êxito, poder, prestígio e privacidade. As pessoas que se orientam por esses valores tendem a primar por uma carreira que corresponda sua autopromoção, correspondendo ao sentimento de ser importante e poderoso, ser uma pessoa com identidade e espaço próprio ².

A função de existência é baseada nos valores estabilidade pessoal, saúde e sobrevivência. As pessoas que se pautam por essa função valorativa priorizam garantir a própria existência orgânica, considerando fundamental um ambiente seguro, ter estabilidade pessoal e

gozar de boa saúde. Não têm como ênfase à individualidade pessoal, portanto não são incompatíveis com a orientação pessoal e/ou social^{2, 4}.

A função suprapessoal é baseada nos valores como beleza, conhecimento, justiça social e maturidade. As pessoas que assumem esses valores costumam ter preocupações menos materialistas, procurando estabelecer condições de igualdade e respeito, em que todas as pessoas tenham os mesmos direitos e deveres. Salienta-se que a maturidade tem como particular ênfase em ideais na vida, podendo ser interpretado nos estudantes de Medicina como a de conseguir tornar-se um médico com reconhecida capacidade profissional^{2, 4}.

A função interacional é baseada nos valores de afetividade, apoio social, convivência e honestidade. Os valores dessa função cumprem uma orientação social, e sua orientação tem como especificidade o interesse de ser amado, ter uma amizade verdadeira, privilegiando idéias em lugar de objeto e o desejo de ter uma referência, um alguém que lhe sirva de espelho e âncora primando por relações sociais harmoniosas. Estes valores costumam ser adotados em maior medida por pessoas com formação mais humanista^{2, 4}.

A função normativa é baseada em valores como obediência, ordem social, religiosidade e tradição. As pessoas que assumem estes valores enfatizam a vida social porém tem como prioridade à manutenção do *status quo* e o respeito e obediência por símbolos e padrões culturais (como: família, escola, igreja)^{2, 4}.

No Quadro 1 foram exemplificadas algumas respostas dos estudantes do fator determinante do desejo de ser médico, categorizados segundo funções valorativas psicossociais quanto à determinação de ser médico.

QUADRO 1: Exemplos de respostas dos estudantes quanto a determinação do desejo de ser médico, segundo funções psicossociais. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Fator de determinação do desejo de ser médico		
Orientação	Função psicossocial	Respostas dos estudantes
Pessoal	Experimentação	Desafio de um curso difícil Admiração pela profissão Curiosidade
	Realização	Importância dessa profissão. Bem estar próprio. Deve ser bom as pessoas precisarem de mim na hora que mais necessitam..
Central	Existência	Retorno financeiro Possibilidade de emprego Pretensão salarial
	Suprapessoal	Interesse pela biologia Conhecimento do ser humano Saber atuar no tratamento das pessoas
Social	Interacional	Gosto de pessoas Ajudar outras pessoas Salvar vidas, cuidar da saúde das pessoas.
	Normativo	Meus pais serem médicos Influência familiar Vocação familiar

No Quadro 2 foram exemplificadas algumas respostas dos estudantes do motivo de querer ser médico categorizados segundo funções valorativas, psicossociais.

QUADRO 2: Exemplos de respostas dos estudantes do motivo do desejo de ser médico, segundo funções psicossociais. Curso de Graduação em Medicina, Santa Catarina, 2006.

Fator de motivação para querer ser médico		
Orientação	Função psicossocial	Respostas dos estudantes
Pessoal	Experimentação	Profissão bem dinâmica Profissão surpreendente, dinâmica e desafiadora. Ser desafiado a resolver problemas, ser testado sempre
	Realização	Prestigio pessoal Realização Profissional Satisfação pessoal Status da profissão
Central	Existência	Bem remunerado Para ter um salário digno Mercado de trabalho
	Suprapessoal	Entender o funcionamento do corpo humano Construir meu conhecimento Contribuir para saúde da população Ser útil a sociedade
Social	Interacional	Ajudar a sociedade Ajudar as pessoas Gostar de trabalhar com pessoas
	Normativa	Vocação Aplicar um dom Orientado por meu pai

Referências:

- 1- Richardson, Roberto Jarry. Pesquisa Social: Métodos e Técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.

- 2- Gouveia, VV. A natureza motivacional dos valores humanos: evidências acerca de uma nova tipologia. *Estud psicol* 2003; 8 (3): 431-443.
- 3- Minayo MCS(org), D, SF; Cruz Neto, O; Gomez, R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2003.
- 4- Pimentel, A.J.P (org), Peixoto, A.J.(org); Barbosa,G.A. (org) *Os estudantes de medicina e o ato médico: atitudes e valores que norteiam o posicionamento*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2004.

ANEXO 1

Aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Ministério da Saúde, da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, (Projeto: 115/2004)



Universidade do Extremo Sul Catarinense UNESC
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP

Resolução

Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Projeto: 115/2004

Pesquisadores:

Maria Marlene de Souza Pires

Silvana Maria de Miranda

Título: Atitudes globais de alunos em um curso de graduação de medicina.

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicado ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Adicionalmente lembramos da necessidade do envio a este Comitê de Ética, Relatórios Semestrais além de um Relatório Final do Projeto desenvolvido.

Criciúma, 09 de dezembro de 2004.


João Quevedo
Coordenador do Comitê

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: Atitudes globais de alunos em um curso de graduação de medicina

Pesquisador Responsável : Silvana Maria de Miranda

Data da Versão 19/11/2004

Cadastro 115

Data do Parecer 16/12/2004

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

Objetivos do Projeto

Determinar as atitudes de alunos de medicina frente à situações de sua graduação e de sua futura vida profissional

Sumário do Projeto

Através de questionário padronizado pretende avaliar as atitudes de alunos de medicina e realizar comparações entre diversos estratos desta população.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não informado
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de Identificação

Introdução	Adequada
------------	----------

Comentários sobre a Introdução

Objetivos	Adequados
-----------	-----------

Comentários sobre os Objetivos

Pacientes e Métodos	
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total censo Local
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Estudantes
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Crítérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos

Cronograma	Adequado
Data de início prevista	
Data de término prevista	
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Outras fontes

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

Referências Bibliográficas	Adequadas
----------------------------	-----------

Comentários sobre as Referências Bibliográficas

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto



Dr. João Luciano Quevedo
Coordenador do CEPANESC