

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS, FARMACÊUTICAS E BIOMÉDICAS
CURSO DE MEDICINA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

APLICABILIDADE DA ESCALA DE IATROGENIA MÉDICA: TESTE PILOTO

ACADÊMICOS: Juliana Beatriz Souza de Freitas
Virgínia Manhas Alvares

ORIENTADOR: Prof. Dr. Rogério José de Almeida

Goiânia, maio de 2020

RESUMO

A iatrogênese, derivada do processo de comunicação, atua sobre a subjetividade do paciente, podendo ocorrer no âmbito da relação médico-paciente e durante a entrevista clínica. Fato que demonstra a importância de um encontro clínico com um médico que compreenda seu potencial iatrogênico. Assim, este estudo teve por objetivo identificar a aplicabilidade e a eficácia da escala de iatrogenia médica no âmbito da relação médico-paciente. Trata-se de uma pesquisa piloto de construção e validação de escala psicométrica. Este estudo foi realizado em quatro etapas. A primeira consistiu na escolha e definição das dimensões que compuseram a escala, observadas por meio de extensa revisão de literatura mundial acerca da iatrogenia na medicina. A segunda etapa, os itens foram submetidos à análise teórica com cinco doutores médicos (denominados juízes) altamente especializados, com vista a identificar coerência entre as definições (dimensões) e os comportamentos (itens) que representam empiricamente o fenômeno. A terceira etapa se consistiu em uma fase de validação do construto, onde a escala foi aplicada a 50 médicas (os) que compõem o quadro de docentes e preceptores do curso de medicina da PUC Goiás. A quarta e última etapa foram aplicados testes estatísticos que auxiliam na validação da escala. O teste piloto se mostrou muito viável ao apresentar um alfa de Cronbach que permite a continuação da pesquisa em uma amostra maior da população médica. Portanto, a escala de iatrogenia médica é promissora para ser aplicada futuramente em ampla escala na população médica, haja vista que os resultados apresentados conferiram confiabilidade de modo a ser aplicado em todas as regiões do país.

Palavras-chave: Encontro clínico; Escala psicométrica; Iatrogenia; Relação médico-paciente.

ABSTRACT

Iatrogenesis, derived from the communication process, acts on the patient's subjectivity, and it can occur in the scope of the doctor-patient relationship and during the clinical interview. Fact that demonstrates the importance of a clinical meeting with a doctor who understands its iatrogenic potential. Thus, this study aimed to identify the applicability and effectiveness of the medical iatrogenic scale in the scope of the doctor-patient relationship. This is a pilot study for the construction and validation of a psychometric scale. This study was carried out in four stages. The first consisted of choosing and defining the dimensions that made up the scale, observed through an extensive review of the world literature on iatrogenics in medicine. In the second stage, the items were subjected to theoretical analysis with five highly specialized medical doctors (called judges), in order to identify coherence between the definitions (dimensions) and the behaviors (items) that empirically represent the phenomenon. The third stage consisted of a construct validation phase, where the scale was applied to 50 female doctors who make up the faculty and preceptors of the medical course at PUC Goiás. The fourth and final stage were applied statistical tests that help in validating the scale. The pilot test proved to be very viable by presenting a Cronbach's alpha that allows the research to continue in a larger sample of the medical population. Therefore, the medical iatrogenic scale is promising to be applied on a large scale in the medical population in the future, given that the results presented provide reliability in order to be applied in all regions of the country.

Keywords: Clinical encounter; Psychometric scale; Iatrogenics; Doctor-patient relationship.

INTRODUÇÃO

A atitude do médico frente ao paciente e à sua queixa é influenciada pelo modelo conceitual em torno do qual lhe foi ensinado. Contudo, ainda é perceptível de forma empírica que há médicos que não tem conhecimento da influência que esses modelos exercem sobre seu comportamento e sobre o paciente. Perdura nos tempos atuais a hegemonia do modelo biomédico, que defende a separação de corpo e mente. É um modelo que entende a doença apenas a partir do conhecimento produzido em disciplinas biológicas, como anatomia e fisiologia, dividindo o ser humano em sistemas e removendo-o do contexto sociocultural em que está inserido (BARBOSA et al., 2019).

Espera-se do médico ideal uma visão holística, que enxerga todo o contexto no qual o paciente está inserido e que pode afetar seu estado de saúde-doença. Para atingir tal objetivo, é necessário estabelecer uma relação médico-paciente, que exige um diálogo e compreensão de ambas as partes. Essa relação envolve expectativas mútuas, bem como uma técnica em que a empatia seja uma facilitadora da comunicação e da adesão terapêutica (SILVA et al., 2019).

O médico deve compreender que, não apenas substâncias farmacológicas podem atuar no tratamento e cura de um doente. Dessa forma, a empatia e a ternura no olhar, no ouvir e no tocar, ou até mesmo em palavras de incentivo, podem ser como medicamentos que aliviam a dor ou encorajam o paciente em sua luta contra a doença (BARBOSA et al., 2019).

Diante dessa perspectiva, na atualidade, os avanços tecnológicos e da ciência tem se direcionado cada vez mais para alcançar o conforto para o paciente (OKTEN, 2018). Mas, também colabora para um distanciamento entre médico e seu paciente. Sob essa ótica, a iatrogenia envolve ações, como realizar procedimentos e diagnósticos, que pode trazer malefícios à saúde do paciente (LAMOTHE et al., 2017).

O médico tem o papel, em um primeiro momento, de atuar com respeito, aceitar e acolher a demanda trazida pelo paciente, além de ser solidário, não fazer julgamento e manter a privacidade no encontro clínico. A comunicação verbal e visual é de suma importância para um bom prosseguimento. Por conseguinte, vale ressaltar a importância da escuta na relação médico paciente, uma vez que estar aberto a fala desse, sem criticá-lo, é um ponto chave a ser desenvolvido no encontro. Outros, contudo, buscam conter as emoções e optar por uma abordagem mais prática e objetiva e ao apresentar uma postura fria, acabam por distanciar do lado humano do paciente que anseia por cuidado (BICHUETTI, 2019).

Em concordância, um médico precisa ter disponibilidade de ajudar o paciente em amplo aspecto, aliviando seu sofrimento, respondendo suas expectativas e atendendo suas necessidades.

Nesse sentido, tem-se um importante papel na intervenção holística do médico, a atuação com empatia. E, sem dúvidas, deveria ser a base das atitudes nos cuidados de saúde com o paciente (MAGALHÃES, 2019).

Segundo Tesser (2019), no âmbito da ética médica, os profissionais têm seu saber voltado para cura e controle de doenças e apresentam grande poder simbólico, afetando a cultura geral e os pacientes. Na prática profissional, o médico deve sempre buscar uma avaliação mais justa, haja vista que exerce uma das atividades humanas de maior risco (ATHIÉ-GUTIÉRREZ; DUBÓN-PENICHE, 2020).

No encontro clínico, o médico lida com a angústia e sofrimento enquanto deve fornecer segurança e cuidado ao paciente. Assim, quando o profissional não passa a imagem de ser aberto e disponível, ou seja, com potencial iatrogênico, pode tornar o paciente mais inseguro, desconfiado e, também, indisponível. Essa relação influencia na adesão ao tratamento e no manejo da doença (NEVES; GRILLO; SOLLERO-DE-CAMPOS, 2019).

Assim, a iatrogênese, derivada do processo de comunicação, atua sobre a subjetividade do paciente, podendo ocorrer no âmbito da relação médico-paciente e durante a entrevista clínica. Na recepção do paciente, por exemplo, leva-se em consideração a ansiedade e insegurança antes do encontro clínico, assim como uma possível aceitação ou rejeição no primeiro encontro, o contato visual que o médico faz com o paciente e a forma como esse o cumprimenta (PINEDA-ÁVILA et al., 2019).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi identificar a aplicabilidade e a eficácia da escala de iatrogenia médica no âmbito da relação médico paciente.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa piloto de construção e validação de escala psicométrica. Este estudo foi realizado em quatro etapas. A primeira consistiu na escolha e definição das dimensões que compuseram a escala, observadas por meio de extensa revisão de literatura mundial acerca da iatrogenia na medicina (REPPOLD, GURGEL; HUTZ, 2014).

Na segunda etapa, os itens foram submetidos à análise teórica com cinco doutores médicos (denominados juízes) altamente especializados, com vista a identificar coerência entre as definições (dimensões) e os comportamentos (itens) que representam empiricamente o fenômeno (REPPOLD, GURGEL; HUTZ, 2014). Assim, a Escala de Iatrogenia Médica ficou constituída por 10 itens positivos e 10 itens negativos. O escore varia entre 20 e 100, quanto maior o escore, maior o potencial iatrogênico da (o) médica (o).

ESCALA DE IATROGENIA MÉDICA – EIM (ESTUDO PILOTO)

Abaixo são apresentadas algumas afirmativas que condizem com as práticas médicas realizadas no ENCONTRO CLÍNICO. Por favor, leia e assinale a frente de cada frase o valor que melhor representa a sua opinião em uma escala que varia de 1 a 5, conforme escala baixo.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Totalmente

1. Para mim, o mais importante em um encontro clínico são as informações biológicas do paciente.	1	2	3	4	5
2. Compreender as emoções dos pacientes me auxilia durante o encontro clínico.	1	2	3	4	5
3. Acredito que durante o encontro clínico, a decisão do médico é soberana perante a do paciente.	1	2	3	4	5
4. Percebo que compreender o paciente de uma forma holística é fundamental para um bom encontro clínico.	1	2	3	4	5
5. Entendo que em um encontro clínico os pacientes não possuem condições de decidir sobre os rumos de seu tratamento.	1	2	3	4	5
6. O encontro clínico, para mim, deve ser rápido e objetivo, sem a necessidade de conexão empática com o paciente.	1	2	3	4	5
7. Sempre solicito exames e prescrevo medicamentos para que os pacientes saiam satisfeitos do encontro clínico.	1	2	3	4	5
8. O sofrimento do paciente é, para mim, inerente ao encontro clínico e por isso deve ter a atenção especial do médico.	1	2	3	4	5
9. Acredito que em um encontro clínico é impossível evitar o erro médico, pois todos estão sujeitos a ele.	1	2	3	4	5
10. Entendo que em um encontro clínico o médico pode exercer tanto uma posição benéfica quanto maléfica.	1	2	3	4	5
11. Para mim, em um encontro clínico o médico deve estar comprometido com o sofrimento e o bem-estar do paciente e familiares.	1	2	3	4	5
12. Acredito que danos causados ao paciente no encontro clínico podem ser evitados por meio de decisões compartilhadas e centradas no paciente.	1	2	3	4	5
13. Penso que o protagonismo durante um encontro clínico sempre será do médico.	1	2	3	4	5
14. Para mim, durante o encontro clínico o médico deve ter uma postura acolhedora e empática.	1	2	3	4	5
15. Entendo que durante um encontro clínico não é o momento ideal para se comunicar uma má notícia ao paciente.	1	2	3	4	5
16. Termos técnicos e científicos, para mim, são inerentes ao encontro clínico e, por isso, devem ser prioridade na comunicação com o paciente.	1	2	3	4	5
17. Na minha opinião, em um encontro clínico uma equipe multidisciplinar, em alguns casos, pode auxiliar o médico no diagnóstico.	1	2	3	4	5
18. Para mim, no encontro clínico é desnecessário fazer o paciente entender os detalhes dos procedimentos que devem ser realizados.	1	2	3	4	5
19. Entendo que em um encontro clínico o médico deve adotar uma atitude empática para poder acolher o sofrimento do paciente.	1	2	3	4	5
20. Na minha opinião, no encontro clínico o médico deve estar atento tanto à linguagem verbal quanto à não verbal do paciente.	1	2	3	4	5

A terceira etapa se consistiu em uma fase de validação do construto, onde a escala foi aplicada a 50 médicas (os) que compõem o quadro de docentes e preceptores do curso de medicina da PUC Goiás.

Como critério de inclusão, foram entrevistados médicos da PUC Goiás, que fazem parte do quadro oficial de funcionários e que não estavam de férias ou licença no momento da coleta de dados. Como critérios de exclusão, não foram considerados médicos que não eram funcionários da PUC Goiás e aqueles que não responderam todos os itens da escala.

Na quarta e última etapa foi aplicado teste de normalidade (*Kolmogorov-Smirnov*) para distinguir as distribuições paramétricas e não-paramétricas. Os dados foram analisados por frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central e medidas de dispersão. Também foi utilizada teste de correlação de Pearson para avaliar a homogeneidade dos itens e o alfa de Cronbach utilizado como medida de fidelidade interna. Com o intuito de comparação dos resultados do questionário estratificado pelas variáveis sociodemográficas foram utilizados, para as distribuições paramétricas, os testes t de Student e ANOVA e para as distribuições não-paramétricas os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Para todos os testes comparativos foi assumido p-valor menor ou igual a 0,05 como significativo.

Antes de iniciar a coleta de dados, o presente trabalho foi encaminhado aos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) Universidade Federal de Goiás (UFG) e da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), onde foi aprovado com os pareceres n. 3.060.868 e n. 3.089.381 respectivamente. Todos os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Acerca dos dados sociodemográficos dos 50 participantes da pesquisa, identificou-se que a idade variou de 29 a 65 anos, com média de 44,8 ($\pm 10,5$) anos. Um total de 52,0% era do sexo masculino e 48,0% do sexo feminino e o estado civil predominante foi casado (84,0%). Em relação ao grau de envolvimento com religião 42,0% declarou ser forte e 40,0% moderado (Tabela 1).

No que concerne à medicina e à formação médica, a maioria dos participantes tem mais de 10 anos na área (78,0%), afirmou ter sido orientado sobre empatia durante a graduação (74,0%), está satisfeito com a forma com que se relaciona com os seus pacientes (94,0%) e referiram ter cometido erro médico (62,0%).

Tabela 1. Caracterização dos aspectos sociodemográficos das (os) 50 médicas (os), Goiânia, Goiás, Brasil, 2021.

Variáveis (N=50)	<i>n</i>	<i>f</i>(%)
Idade		
Mínima	29	
Máxima	65	
Média	44,8	
Desvio padrão	10,5	
Sexo		
Masculino	26	52,0
Feminino	24	48,0
Estado civil		
Solteiro	5	10,0
Casado	42	84,0
Divorciado	2	4,0
Viúvo	1	2,0
Grau de envolvimento com religião		
Fraco	8	16,0
Moderado	20	40,0
Forte	21	42,0
Não tenho religião	1	2,0
Há quanto tempo graduou-se em medicina		
Até 5 anos	6	12,0
De 6 a 10 anos	5	10,0
Mais de 10 anos	39	78,0
Foi orientado sobre empatia		
Sim	37	74,0
Não	13	26,0
Considera-se uma pessoa empática		
Sim	49	98,0
Não	1	2,0
Satisfeito da forma como se relaciona com pacientes		
Sim	47	94,0
Não	3	6,0
Considera sua relação médico-paciente		
Boa	49	98,0
Regular	1	2,0
Já cometeu erro médico?		
Sim	31	62,0
Não	19	38,0

Em 1951, Lee J. Cronbach, apresentou o coeficiente α de Cronbach, cuja pretensão era de estimar a confiabilidade de um questionário em uma pesquisa científica. O valor deste coeficiente varia de 0 a 1 e é calculado de acordo com a variância dos itens individuais e das covariâncias entre os itens. Pode-se considerar que questionários satisfatórios apresentam valor de $\alpha \geq 0,60$, sendo o alfa do presente estudo de 0,69 (FREITAS, 2005).

A análise de correlação entre os itens da escala de iatrogenia médica foi utilizado com a finalidade de identificar se existe uma relação entre sua variabilidade. Assim, por meio do teste de correlação foi possível identificar que vários itens da escala de iatrogenia médica apresentam correlação significativa e positiva, dentre estes: os itens 19 e 20 ($r = 0,647$, $p = 0,000$), itens 11 e 19 ($r = 0,521$, $p = 0,000$), 14 e 19 ($r = 0,600$, $p = 0,000$). Importante salientar que itens positivos se correlacionaram com positivos, bem como itens negativos com negativos, demonstrando que os construtos estão alinhados dentro do embasamento teórico de construção da escala (Figura 1).

Figura 1. Análise de correlação entre os itens da escala de iatrogenia médica, Goiânia, Goiás, Brasil, 2021.

		ITEM_1	ITEM_2	ITEM_3	ITEM_4	ITEM_5	ITEM_6	ITEM_7	ITEM_8	ITEM_9	ITEM_10	ITEM_11	ITEM_12	ITEM_13	ITEM_14	ITEM_15	ITEM_16	ITEM_17	ITEM_18	ITEM_19	ITEM_20
ITEM_1	r	1,000																			
	p																				
ITEM_2	r	0,087	1,000																		
	p	0,275																			
ITEM_3	r	0,448	0,147	1,000																	
	p	0,001	0,155																		
ITEM_4	r	0,039	0,348	-0,047	1,000																
	p	0,393	0,007	0,373																	
ITEM_5	r	0,259	0,070	0,445	0,060	1,000															
	p	0,035	0,315	0,001	0,339																
ITEM_6	r	0,010	0,383	0,231	0,055	0,180	1,000														
	p	0,471	0,003	0,053	0,352	0,106															
ITEM_7	r	-0,049	0,447	0,034	0,017	0,136	0,265	1,000													
	p	0,367	0,001	0,408	0,453	0,173	0,031														
ITEM_8	r	-0,064	0,086	0,106	0,388	0,202	0,062	-0,052	1,000												
	p	0,331	0,276	0,231	0,003	0,079	0,334	0,359													
ITEM_9	r	-0,072	0,053	-0,161	-0,069	-0,166	0,167	0,073	-0,410	1,000											
	p	0,311	0,357	0,131	0,318	0,125	0,123	0,307	0,002												
ITEM_10	r	0,198	0,295	0,228	0,287	0,184	0,196	0,073	0,261	-0,362	1,000										
	p	0,084	0,019	0,055	0,022	0,101	0,087	0,308	0,033	0,005											
ITEM_11	r	0,121	0,236	0,110	0,112	-0,053	0,059	0,262	-0,028	-0,320	0,039	1,000									
	p	0,201	0,049	0,223	0,219	0,356	0,341	0,033	0,424	0,012	0,395										
ITEM_12	r	0,049	0,236	0,152	0,047	0,072	0,059	0,002	0,162	-0,003	-0,049	-0,042	1,000								
	p	0,368	0,049	0,147	0,373	0,310	0,341	0,494	0,131	0,493	0,367	0,387									
ITEM_13	r	0,146	0,208	0,370	0,237	0,255	0,384	0,110	0,090	-0,212	0,225	0,221	0,005	1,000							
	p	0,156	0,074	0,004	0,049	0,037	0,003	0,224	0,267	0,069	0,058	0,062	0,486								
ITEM_14	r	0,055	0,212	-0,045	0,199	-0,001	0,258	0,023	0,100	-0,165	0,239	0,339	0,233	0,004	1,000						
	p	0,352	0,069	0,379	0,083	0,497	0,035	0,437	0,244	0,127	0,047	0,008	0,052	0,488							
ITEM_15	r	0,092	-0,175	0,073	0,140	0,103	0,147	-0,068	0,255	-0,192	0,084	-0,143	-0,028	-0,054	-0,058	1,000					
	p	0,262	0,111	0,306	0,167	0,238	0,154	0,320	0,037	0,091	0,280	0,161	0,424	0,355	0,344						
ITEM_16	r	0,072	0,324	0,454	0,260	0,290	0,332	0,252	0,178	-0,048	0,374	-0,015	-0,015	0,466	0,106	0,161	1,000				
	p	0,310	0,011	0,000	0,034	0,021	0,009	0,039	0,109	0,370	0,004	0,458	0,458	0,000	0,231	0,132					
ITEM_17	r	-0,045	0,317	0,154	0,304	0,261	0,188	0,295	0,188	-0,209	0,368	0,212	-0,063	0,392	0,103	0,049	0,462	1,000			
	p	0,379	0,012	0,142	0,016	0,034	0,095	0,019	0,096	0,072	0,004	0,070	0,331	0,002	0,238	0,366	0,000				
ITEM_18	r	-0,016	-0,044	0,099	0,057	-0,065	0,217	0,193	0,219	-0,036	0,032	0,070	0,131	0,119	0,070	0,027	0,228	0,079	1,000		
	p	0,457	0,380	0,248	0,347	0,327	0,065	0,090	0,063	0,401	0,413	0,314	0,183	0,206	0,315	0,427	0,056	0,294			
ITEM_19	r	0,121	0,239	0,000	0,464	0,000	0,295	0,039	0,237	-0,119	0,297	0,521	0,130	0,355	0,600	-0,065	0,242	0,310	0,204	1,000	
	p	0,200	0,048	0,500	0,000	0,500	0,019	0,394	0,049	0,206	0,018	0,000	0,184	0,006	0,000	0,327	0,045	0,014	0,078		
ITEM_20	r	0,098	0,268	-0,034	0,329	-0,105	0,061	0,119	0,167	-0,070	0,363	0,376	0,169	0,194	0,506	-0,049	0,191	0,425	0,145	0,647	1,000
	p	0,249	0,030	0,407	0,010	0,234	0,336	0,205	0,123	0,315	0,005	0,004	0,121	0,089	0,000	0,368	0,092	0,001	0,157	0,000	

Na comparação dos dados sociodemográficos com os escores da escala foi identificado que os que afirmaram que não tinham sido orientados sobre empatia durante a graduação médica obtiveram um maior escore de iatrogenia ($p = 0,0218$). Também foi evidenciado que aqueles que nunca cometeram erro médico apresentaram maior escore de iatrogenia ($p = 0,0111$) (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação dos dados sociodemográficos com os escores da escala das (os) 50 médicos (as), Goiânia, Goiás, Brasil, 2021.

Variáveis (N=50)	n	f(%)	Média	DP	p-valor
Idade					
Até 45 anos	26	52,0	34,8	5,3	
Acima 45 anos	24	48,0	36,0	7,7	0,5373
Média - DP	44,8	10,5	--	--	--
Mín - Máx	29	65	--	--	--
Sexo					
Masculino	26	52,0	35,4	5,7	
Feminino	24	48,0	35,4	7,3	0,9864
Estado civil					
Solteiro	5	10,0	33,8	3,6	
Casado	42	84,0	35,2	5,9	
Divorciado/Viúvo	3	6,0	40,7	15,5	0.8475*
Grau de envolvimento com religião					
Fraco	8	16,0	36,8	9,4	
Moderado	20	40,0	33,6	4,6	
Forte	21	42,0	36,4	6,9	0,3151
Não tenho religião	1	2,0	--	--	--
Há quanto tempo graduou-se em medicina					
Até 5 anos	6	12,0	33,2	4,0	
De 6 a 10 anos	5	10,0	31,2	3,1	
Mais de 10 anos	39	78,0	36,3	6,9	0,1740
Foi orientado sobre empatia					
Sim	37	74,0	34,2	6,0	
Não	13	26,0	38,9	6,8	0,0218
Considera-se uma pessoa empática					
Sim	49	98,0	35,3	6,6	
Não	1	2,0	--	--	--
Satisfeito da forma como se relaciona com pacientes					
Sim	47	94,0	35,3	6,7	
Não	3	6,0	37,0	3,5	0,6656
Considera sua relação médico-paciente					
Boa	49	98,0	35,3	6,6	
Regular	1	2,0	--	--	--
Já cometeu erro médico?					
Sim	31	62,0	33,5	4,8	
Não	19	38,0	38,5	7,8	0.0111*

Testes inferenciais: Teste t de Student ou ANOVA; (*)Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis.

DISCUSSÃO

Segundo os dados sociodemográficos dos 50 participantes deste estudo piloto, houve leve predominância do sexo masculino em relação ao sexo feminino na população médica estudada. Por outro prisma, de acordo com a Demografia Médica Brasileira de 2020, organizada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), a população médica do sexo masculino representou 53,4% e do sexo feminino 46,6%, o que está consoante com o presente estudo (SCHEFFER et al., 2020). Isso demonstra que ao longo dos anos, houve crescimento da presença da mulher como profissional da saúde médica, equiparando-se aos homens, depois de muitos anos como uma profissão majoritariamente masculina.

Em se tratando da distribuição de médicos em relação à faixa etária, este estudo encontrou uma média de 44,8 anos, estando em concordância à média de idade dos médicos que estão no mercado de trabalho no Brasil, cuja idade é 45 (anos e desvio padrão igual a 15. (SCHEFFER, M. et al., 2020). A partir dos dados expostos, notou-se a diminuição da idade média dos médicos formados, ou seja, tais profissionais estão se formando mais cedo em relação às gerações passadas. Por conseguinte, todos os médicos participantes da pesquisa apresentavam um ou mais títulos de especialidade e apenas uma foi considerada para o estudo.

No âmbito brasileiro, em 2020, 61,3% dos médicos em atividade possuíam um ou mais títulos de especialista e 38,7% não apresentavam título de especialidade. Os médicos denominados “generalistas”, por não cursarem uma Residência Médica ou por terem obtido um título por meio de uma sociedade representante da especialidade, são a maioria na faixa etária anterior aos 29 anos (SCHEFFER et al., 2020). Dessa forma, a realidade brasileira demonstra que parte os médicos formados, principalmente os mais jovens, não adquiriram um título, seja por ainda estarem na Residência Médica, pela escassez de vagas ou por apresentarem outros planos de carreira.

Com foco para a questão da “empatia”, o presente estudo demonstrou que os médicos majoritariamente se consideram pessoas empáticas, ainda que nem todos tenham sido orientados acerca da empatia durante sua formação. Outrora, ainda que os profissionais da área cirúrgica tenham um foco menor no paciente do que os da área clínica, o presente estudo não fez distinção entre as grandes áreas da medicina. Por esse prisma, áreas que tendem a lidar com cuidados primários e práticas gerais tendem a ter maior foco no paciente, haja vista que lidam com mais frequência com questões sociais e psicológicas, em suma, dentro de sua formação profissional há

maior foco em relações interpessoais, se contrapondo à área cirúrgica que exige mais rigidez técnica (BATENBURG et al., 1999).

Por meio da análise de correlação entre os itens da escala de iatrogenia médica é possível identificar uma relação positiva e significativa entre a variabilidade das respostas dos participantes para certas assertivas. A relação entre os itens 19 e 20, por exemplo, é coerente, uma vez que um médico que procura adotar uma medida empática durante o encontro clínico, em geral, deve estar atento as informações que são transmitidas pelo paciente, tanto pelas palavras como por meio de sua postura corporal e expressões faciais. Ademais, é fato que a empatia e a atenção as várias formas de comunicação são fundamentais para o estabelecimento de uma relação médico-paciente de excelência, assim como influenciam na adesão aos tratamentos propostos. Assim, como consequência, obtêm-se melhores resultados em saúde e satisfação do paciente com a experiência de cuidado (BRAGA, 2020).

Nesse mesmo contexto, o profissional que se compromete com o bem-estar do paciente e seus familiares, e que se preocupa com o sofrimento, precisa de uma postura empática. Assim, é possível perceber que a relação entre os itens 11 e 19 apresenta fundamento. Definida como habilidade que possibilita perceber e entender o sentimento de uma pessoa, a empatia apresenta-se como importante pilar da relação médico-paciente. Dessa forma, é algo que deve ser construído pelos médicos e colocado em prática no encontro clínico, uma vez que ela permite o fortalecimento dos vínculos e um relacionamento de confiança (BATISTA, 2020).

Ao observar a relação entre os itens 14 e 19 verifica-se que a postura empática do médico é fundamental no encontro clínico, e que é ela que permite que o profissional seja sensível a dor e ao sofrimento do paciente, sendo capaz de promover acolhimento. Como Michael Balint afirmou, a droga mais prescrita na prática clínica é o próprio médico. Assim, o profissional deve aprender a se dosar para gerar no paciente um efeito positivo de alívio da sua dor, seja ela física, psíquica ou espiritual. Por isso, é imprescindível que a atenção do médico se volte não apenas para os sinais e sintomas físicos, mas fáceis de serem identificados. Ele deve olhar seu paciente de forma integral, se atentando, também, para mazelas mais profundas que podem estar escondidas na mente e alma de seus pacientes (WOLLMANN, 2017).

CONCLUSÃO

No encontro clínico, nota-se a possibilidade do médico de praticar ações que podem trazer prejuízos aos pacientes, sejam eles físicos ou psicológicos. São ações iatrogênicas, apontadas em uma perspectiva ampliada e holística do conceito. Assim, a aplicação da escala de iatrogenia

médica obteve êxito nesse estudo piloto ao procurar identificar pontos prejudiciais na atitude do médico e na relação médico paciente a partir de indagações acerca do tema. Ao determinar e analisar a atitude do médico frente ao seu paciente, o estudo coopera com o meio científico por prever potenciais iatrogênicos através desses questionamentos, contribuindo para abordagem ao médico imbuído de boas práticas durante o encontro clínico.

O projeto piloto envolveu 50 participantes, o número mínimo para obter a análise da escala e uma amostra pequena quando comparada a possibilidade de aplicação a nível nacional. Entretanto, se mostrou muito viável ao apresentar um alfa de Cronbach que permite a continuação da pesquisa em uma amostra maior da população médica.

Portanto, a escala de iatrogenia médica é promissora para ser aplicada futuramente em ampla escala na população médica, haja vista que os resultados apresentados conferiram confiabilidade de modo a ser aplicado em todas as regiões do país.

AGRADECIMENTOS

Os pesquisadores agradecem o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento da pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATHIÉ-GUTIÉRREZ, C.; DUBÓN-PENICHE, M. C. Valoración ética de los errores médicos y la seguridad del paciente. **Cirugia y cirujanos**, v. 88, n. 2, p. 219–232, 2020.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.

BARBOSA, E. S. et al. A poesia pneumotórax de Manuel Bandeira: reflexões sobre o cuidado em saúde a partir da clínica ampliada. **Revista de Saúde Coletiva da UFEFS**, v. 9, p. 107-112, 2019.

BATENBURG, V. et al. “Are professional attitudes related to gender and medical specialty?.” **Medical Education**, v. 33, n. 7, p. 489-492 , 1999.

BICHUETTI, C. L. M. **A mão que alivia e a dor da escuta**: a interconsulta sob o olhar da psicologia analítica. 2019. Dissertação (Pós-Graduação em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2019.

BRAGA, R. L. Avaliação da comunicação médico-paciente na perspectiva de ambos interlocutores. **Sociedad Iberoamericana de Información Científica**, v. 23, p. 668-672, 2020.

BRANCO, R. F. G. R. **O ensino na perspectiva dos Grupos Balint**: um espaço de reflexão sobre o encontro do estudante de medicina com o seu paciente. 2001. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação Universidade Federal de Goiás, 2001.

BRANCO, R. F. G. R.; CANTARELLI, G. C. F.; PORTO, C. C. **A relação médico-paciente: experiências para o médico**, 2015.

BATISTA, N. A. Aprendizagem da empatia na relação médico-paciente: um olhar qualitativo entre estudantes do internato de escolas médicas do nordeste do Brasil 2020. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 1981-5271, 2020.

FREITAS, A. L. P et. al. A. **Avaliação da confiabilidade de questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach** In: Bauru-SP: UNESP, 2005.

ILLICH, I. Clinical damage, medical monopoly, the expropriation of health: three dimensions of iatrogenic. **Journal of Medical Ethics**, v. 1, n. 2, p. 78-80, 1975.

LAMOTHE, M. et al. La tragedia bayesiana desde la iatrogenia clínica hasta la biotecnología. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v. 55, n. 5, p. 641-653, 2017.

MAGALHÃES, A. R. V. A Importância da Empatia na Comunicação Clínica e Avaliação do seu Impacto Terapêutico. 2019. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Universidade da Beira Interior, 2019.

MENEZES, T. R. F. **Erro médico e a iatrogenia: causa de exclusão da responsabilidade médica?** 2010. 30p. Artigo científico (Pós- Graduação em Direito) - Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

NEVES, M. G. B. C.; GRILLO, R. O.; SOLLERO-DE-CAMPOS, F. The caregiving system and the doctor-patient relationship: responding to one's needs. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 37, n. 1, p. 63-72, 2018.

OKTEN, A. I. Minimalism in art, medical science and neurosurgery. **Turkish Neurosurgery**, v. 28, n. 2, p. 307-312, 2018.

PINEDA ÁVILA, Y. R. et al. La iatrogenia y su perniciosa persistencia en los servicios de salud. **Recimundo**, v. 3, n. 1, p. 1243-1260, 2019.

REEVE, E. et al. A narrative review of the safety concerns of deprescribing in older adults and strategies to mitigate potential harms. **Expert Opinion on Drug Safety**, v. 17, n. 1, p. 39-49, 2018.

REPPOLD, C. T., GURGEL, L. G., HUTZ, C. S. O processo de construção de escalas psicométricas. **Avaliação Psicológica**, v. 13, n. 2, p. 307-310, 2014.

SCHEFFER, M. et al., **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312.

SILVA, G. A. F. et al. Teoria balintiana e a relação médico-paciente. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 4, p. 3657-3666, 2019.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Uma categorização analítica para estudo e comparação de práticas clínicas em distintas racionalidades médicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. e280109, 2018.

TESSER, C. D. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, 27 p., 2019.

WOLLMANN, L. **Avaliação da relação médico-paciente:** tradução e validação do Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) no Brasil. 2017. Dissertação (Pós-Graduação em Epidemiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.