



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

ALEX ANDRÉ FERREIRA QUEIROZ

**PERCEPÇÕES DA COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES ENTRE
MÉDICOS E PACIENTES**

Aracaju/SE
Janeiro de 2018

ALEX ANDRÉ FERREIRA QUEIROZ

**PERCEPÇÕES DA COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES ENTRE
MÉDICOS E PACIENTES**

Monografia apresentada ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Déborah Pimentel

Aracaju/SE
Janeiro de 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**PERCEPÇÕES DA COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES ENTRE
MÉDICOS E PACIENTES**

Monografia apresentada ao Departamento de Medicina
da Universidade Federal de Sergipe como requisito
parcial para obtenção do grau de médico.

Aracaju/SE, 15/01/2018

Alex André Ferreira Queiroz

Autor da Monografia

Prof^ª. Dra. Déborah Pimentel

Orientadora

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**PERCEPÇÕES DA COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES ENTRE
MÉDICOS E PACIENTES**

Monografia apresentada ao Departamento de Medicina
da Universidade Federal de Sergipe como requisito
parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia a Maria Pastora (*in memoriam*), José Wellington (*in memoriam*) e Bruno Moisés (*in memoriam*), meus pacientes em cuidados paliativos, que, através de suas histórias e de nossos encontros, me deram a chance de mergulhar na essência da relação médico-paciente; e aprofundaram em mim o desejo de exercer a Medicina para CUIDAR de pessoas e, desta forma, contribuir para aliviar o sofrimento humano.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar ao meu lado sempre que as dificuldades inerentes ao curso surgiam, e por, através de seus desígnios, ter me permitido conhecer as mais diferentes histórias de vida, luta e fé dos pacientes;

Aos meus pais, José Maria e Lucia, e ao meu irmão, Caio, por me ensinarem, desde cedo, a importância de respeitar e de ajudar o ser humano. Sem dúvidas, ao me espelhar nos exemplos diários em casa, pude desenvolver relações com meus pacientes que me permitiram grande crescimento pessoal e profissional;

À professora Déborah Pimentel, por trazer a relação médico-paciente ao foco de nossas discussões, permitindo que eu aprendesse conceitos e técnicas fundamentais para meu trabalho enquanto médico; e por toda a orientação ao longo desta pesquisa;

A todos aqueles que colaboraram com este trabalho, quer através da coleta dos dados, quer como participantes do estudo. Suas observações a respeito da relação médico-paciente serão sempre lembradas por mim na tentativa de desenvolver minha profissão com a nobreza que ela exige;

A todos os meus pacientes, por me emprestarem suas histórias e problemas de saúde para que eu aprendesse a ser médico. Ao encontrar cada um deles, pude reconhecer em seus rostos e em suas palavras a importância de CUIDAR do ser humano doente, e não apenas da doença; ao confiarem em mim e nas minhas explicações, eles me mostraram que eu estava no caminho certo, e me ajudaram a manter aceso o sonho de ser médico. Serei eternamente grato a cada um deles!

Aos meus professores, que compartilharam suas experiências comigo, e me orientaram a buscar o melhor de mim em prol do bem dos pacientes;

A Edilaine, pela preocupação e incentivo diários; por ser um porto seguro na reta final do curso; por caminhar junto comigo, ouvir meus medos e meus sonhos e por despertar, em mim, minha melhor versão.

RESUMO

Tratam-se de duas pesquisas simultâneas, descritivas, transversais e quantitativas, realizadas na capital do estado de Sergipe, com o objetivo de avaliar a percepção de médicos e a de pacientes sobre as relações que desenvolvem entre si nos serviços de saúde. Foram entrevistados, respectivamente, 100 médicos e 200 pacientes. Na percepção dos médicos, 99% dos pacientes saem satisfeitos com o atendimento recebido; entretanto, 12,9% dos pacientes referem não ter gostado do médico que lhes atendeu. Os pacientes identificam atitudes do médico que prejudicam a adequada relação, sobretudo dificuldades de comunicação. Houve diferenças significativas entre o atendimento recebido, na percepção dos pacientes, a depender do tipo de serviço, se público ou privado. Os resultados indicam a necessidade de o médico repensar algumas de suas posturas, de valorizar a subjetividade dos pacientes e de aperfeiçoar suas habilidades de comunicação.

Palavras-chave: Relações médico-paciente. Percepção. Satisfação do paciente. Comunicação.

ABSTRACT

This study is a result of two simultaneous descriptive quantitative cross-sectional surveys conducted in the capital city of Sergipe, aiming to evaluate physicians' and patients' views of the interactions between them in health services. 100 physicians and 200 patients were interviewed, respectively. In the physicians' perception, 99% of the patients were satisfied with the assistance received; however, 12.9% of the patients declared to be dissatisfied with the physician who assisted them. The patients identified physicians' attitudes that compromised the therapeutic relationship, especially communication difficulties. The quality of assistance was significantly different, in the patients' view, depending on the type of service, whether public or private. Our findings suggest that it is imperative for physicians to reconsider their attitude, improving their communication skills and considering patients' subjectivities.

Keywords: Physician-patient relations. Perception. Patient satisfaction. Communication.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1. A relação médico-paciente sob a percepção dos pacientes, Aracaju/SE, Brasil, 2016.....48

Tabela 2. A relação médico-paciente sob a percepção dos médicos, Aracaju/SE, Brasil, 2016.....50

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 A relação médico-paciente	11
2.2 Dificuldades no relacionamento entre médicos e pacientes	15
2.3 A comunicação como estratégia para aprimorar a relação médico-paciente	19
2.4 O papel das faculdades de Medicina na humanização da relação médico-paciente.....	22
2.5 O respeito à autonomia dos pacientes como forma de assegurar a humanização dos serviços de saúde	26
2.6 Outras estratégias para fortalecer a relação médico-paciente	28
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
4. REFERÊNCIAS	33
5. NORMAS EDITORIAIS	40
6. ARTIGO ORIGINAL	45
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	58
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PACIENTES	59
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS MÉDICOS	69

1. INTRODUÇÃO

A qualidade do encontro entre médicos e pacientes é baseada na relação que estes desenvolvem entre si. Quando esta é pautada por empatia, confiança, sigilo e respeito, há claros benefícios, com repercussões na melhor adesão aos tratamentos. Por outro lado, dificuldades de comunicação, desrespeito à autonomia dos pacientes e posturas autoritárias do profissional enfraquecem o vínculo entre eles e prejudicam os cuidados em saúde (BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; FERREIRA; CUNHA, 2014; LIRA et al., 2015; MARQUES FILHO; HOSSNE, 2015; SANTOS et al., 2013).

Nesse sentido, a boa comunicação entre médicos e pacientes é fundamental, pois assegura a estes o direito de obter informações sobre suas doenças, bem como permite que eles decidam, junto com o médico, a que procedimentos e tratamentos desejam se submeter, fazendo com que tenham papel ativo no processo de recuperação da saúde. No que se refere aos profissionais, por sua vez, a boa comunicação implica em melhor avaliação por parte dos pacientes, o que fortalece a confiança destes no trabalho do médico e aumenta o grau de satisfação de ambos (CHEHUEN NETO et al., 2013; KOCH; ROSA; BEDIN, 2017).

Entretanto, apesar da importância do bom relacionamento entre médicos e pacientes, o que se observa, cada vez mais, é o distanciamento entre eles. Com o avanço da tecnologia ligada à área da saúde e a sofisticação dos exames complementares, a atenção dos médicos se voltou para o diagnóstico e tratamento de doenças (muitas vezes em fases assintomáticas), em detrimento da importância da subjetividade e da singularidade da pessoa doente. Em virtude disso, as queixas dos pacientes contra médicos e a insatisfação da população em relação aos serviços de saúde só aumentam (ARAÚJO et al., 2011; FERREIRA; CUNHA, 2014; GUZMÁN; IRIART, 2009; SIQUEIRA, PESSINI e MOTTA DE SIQUEIRA, 2013; TESSER, 2009).

Dessa forma, a relação médico-paciente tem se tornado uma preocupação crescente de gestores, profissionais e pacientes, com o intuito de identificar e sanar os problemas existentes para que o atendimento médico seja cada dia mais humanizado e atenda aos anseios da população (BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; CAPRARA; FRANCO, 1999; PORTO; SCHIERHOLT; COSTA, 2012; SOUZA; SANTOS, 2014; SZWARCOWALD et al., 2016). Assim, esta pesquisa objetiva estudar a relação que médicos e pacientes desenvolvem entre si nos serviços de saúde, de forma a contribuir para aprimorar a qualidade do encontro entre eles.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

O médico é, para o homem doente, a esperança de salvação.
Reginaldo Raimundo Fujita
Ilian Cardoso dos Santos

A relação médico-paciente constitui a essência da prática médica e, historicamente, teve origem com a Medicina hipocrática, cujo objetivo era dirigido ao cuidado e benefício do ser humano, e não simplesmente à cura de doenças (COSTA; AZEVEDO, 2010; FUJITA; SANTOS, 2009).

Nesse sentido, Pereira et al. (2016) afirmam que a relação médico-paciente é baseada na construção do vínculo entre a pessoa que padece e aquela que pode aliviar esse sofrimento. Assim, um bom relacionamento entre médicos e pacientes assegura tranquilidade nas ações de cuidado em saúde, aumenta o grau de satisfação dos pacientes com o serviço recebido, bem como é fator determinante da adesão terapêutica. De fato, tal é a influência do médico sobre o paciente que a boa relação entre estes pode surtir efeito benéfico no tratamento das doenças (ARAÚJO et al., 2011; COSTA; AZEVEDO, 2010; MINOSSI, 2009).

Para compreender melhor esta relação, é necessário entender que médicos e pacientes ocupam posições diferentes e variáveis quando se encontram. Há momentos em que o médico precisa decidir pelo paciente, como sobre a necessidade de uma cirurgia de urgência, por exemplo; em outros, ele pode ter um papel de transmissor de conhecimentos, explicando sobre determinada doença ou solicitando exames; o paciente, por sua vez, pode assumir a postura de demanda, quando tem uma necessidade a ser atendida; em outro momento, pode se recusar a seguir a orientação ou a conduta do médico; logo após, pode discutir com o profissional outras alternativas de tratamento. Assim, é preciso atentar para essa variabilidade e evitar que posturas fixas predominem, pois abrem espaços para consequências danosas à relação médico-paciente, como o autoritarismo por parte do médico (FERREIRA; CUNHA, 2014).

Ao analisarem essas diferentes posições, Caprara e Franco (1999) defendem que, na relação médico-paciente, existem basicamente três posturas médicas: a *paternalista*, na qual o profissional se responsabiliza por todas as decisões acerca dos problemas de saúde dos pacientes; a *informativa*, em que o médico fornece informações e transfere para o paciente as decisões a respeito do tratamento da doença; e a *comunicativa*, cuja postura é de estabelecer uma relação de

diálogo e cumplicidade com o paciente, de forma a permitir que ele participe das decisões sobre os tratamentos que lhe serão propostos.

Outro aspecto a ser considerado é que a relação médico-paciente sofre influência do modelo de atenção à saúde vigente em uma determinada época. Assim, o modelo *biomédico* está voltado para o tratamento da doença em si, levando à separação entre corpo e mente, à semelhança do modo cartesiano. Nesse contexto, o relacionamento entre médico e paciente é unidirecional, em que os profissionais tomam decisões sem considerar a opinião da pessoa doente. Por outro lado, o modelo *biopsicossocial*, que começou a se desenvolver em virtude das insatisfações dos pacientes com a visão biomédica, valoriza o contexto do adoecimento com as variáveis sociais, econômicas e subjetivas que permeiam a vida do homem doente e determinam a forma como ele percebe e lida com a doença. Neste modelo, portanto, o diálogo médico-paciente é fundamental para a adequada condução dos problemas de saúde (LEÃO SILVA; MENEZES DA SILVA; ALENCAR, 2016).

Nesse sentido, segundo Araújo et al. (2011), o médico que se limita ao componente biológico dos pacientes, sem considerar os demais determinantes envolvidos no processo de adoecimento, frequentemente age de forma superficial, com baixa resolutividade e aumento da insatisfação dos pacientes com o atendimento recebido.

É preciso ressaltar, ainda, que múltiplos fatores estão envolvidos no contato entre os profissionais e os pacientes, tais como: características pessoais, idade, sexo e etnia do médico e do paciente, meio em que ocorre o encontro, condições de trabalho e habilidades de comunicação (ZOBOLI; SANTOS; SCHVEITZER, 2016).

Ao analisarem tais fatores, Leão Silva, Menezes da Silva e Alencar (2016) mostram que a relação médico-paciente é historicamente assimétrica: de um lado há o profissional, com papel de examinar, diagnosticar e tratar os pacientes e, do outro, há pessoas fragilizadas pelo adoecimento, à espera do médico para aliviar seu sofrimento. Assim, a imagem deste profissional, perante muitas pessoas, se assemelha a de um sacerdote, e remete ao desejo, por parte destas, de que o médico desenvolva seu trabalho com base na dedicação, sacrifício e confidencialidade. Além disso, segundo esses autores, de acordo com a mitologia, os médicos seriam representantes na terra do deus Apolo, o que contribui para a ideia de que estes são superiores àqueles que recebem seus cuidados, e reforça a assimetria da relação entre eles.

Para Jucá et al. (2010), o relacionamento entre médicos e pacientes é assimétrico tanto por questões relacionadas aos sujeitos do encontro, como níveis de escolaridade, diferença de classes sociais e de condições de vida; quanto é influenciado por fatores estruturais, como a

organização dos serviços, o acesso à assistência, e até mesmo pela estrutura física, nem sempre adequada, dos espaços das consultas.

De acordo com Marques Filho (2003), outro aspecto a ser considerado com cautela é que o adoecimento leva os pacientes a um estado de regressão para situações vivenciadas ao longo da vida, sobretudo referentes aos relacionamentos interpessoais. Em virtude da importância da figura do médico para os pacientes, é comum que estes transfiram para o profissional as expectativas, sejam boas ou ruins, de relacionamentos vivenciados anteriormente, fenômeno conhecido como *transferência*. De modo similar, os médicos podem direcionar sentimentos e atitudes, de forma irracional, para aqueles que recebem seus cuidados, o que se chama de *contratransferência*. É o que explica, por exemplo, o porquê de alguns pacientes, sem causa aparente, parecerem mais agradáveis que outros para o médico. Nesse sentido, é preciso ter cuidado para que essas impressões do médico a respeito do paciente não o levem a tomar atitudes que se desviem do comportamento profissional esperado.

Em seu trabalho, cabe ao médico associar os conhecimentos técnicos à visão da singularidade do ser humano, com as variáveis sociais, econômicas, afetivas e culturais que o afetam e o representam. Dessa forma, só pode ocorrer humanização da relação entre médicos e pacientes se a subjetividade destes e a experiência individual do adoecimento forem levadas em consideração (ARAÚJO et al., 2011; BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; FUJITA; SANTOS, 2009; MARTA et al., 2009; MIRANDA; FELICIANO; SAMPAIO, 2014; PEIXOTO; MOURÃO; SERPA JÚNIOR, 2016; PEREIRA et al., 2016; SILVA, et al., 2009; SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015).

Além disso, no exercício da profissão, os médicos devem se valer dos princípios da Bioética. Este termo, que surgiu no início da década de 1970, tem o objetivo de discutir assuntos referentes à vida humana, de forma a garantir que se tomem as condutas mais adequadas para assegurar o direito individual de viver (AFONSO; MINAYO, 2013).

Nesse sentido, o primeiro princípio da Bioética é o da *beneficência*, isto é, estar disposto a fazer o bem pelo outro, e pressupõe o uso de todos os recursos disponíveis da Medicina para aliviar o sofrimento das pessoas, protegê-las de agravos e garantir a execução de seus direitos. O segundo é o da *não maleficência*, que consiste na obrigação de não causar danos aos pacientes de forma intencional. O terceiro princípio é o da *justiça*, que preconiza que os benefícios resultantes de uma ação médica sejam estendidos a outros pacientes, sem qualquer forma de distinção. O último é o princípio da *autonomia* da vontade do paciente ou de seu representante legal, que consiste no direito de os pacientes decidirem sobre as ações às quais querem ser submetidos, sejam diagnósticas ou terapêuticas, e à obrigação do médico de informar adequadamente seus

pacientes para que estes sejam capazes de manifestar sua vontade (ALMEIDA; LINS; ROCHA, 2015; MARQUES FILHO, 2003; MARTA et al., 2009; NEVES JÚNIOR; ARAÚJO; REGO, 2016; TRINDADE et al., 2007).

Neste ponto, cabe destacar a influência sobre o relacionamento médico-paciente da etnia e da cultura dos envolvidos nesse encontro. Nos países anglo-saxões, por exemplo, a relação se assemelha a um contrato, e o princípio da autonomia adquire relevância maior. Por outro lado, naqueles de língua latina, como o Brasil, os significados de beneficência e misericórdia se aproximam, revelando uma relação mais próxima do paternalismo e, portanto, assimétrica (LIRA et al., 2015; TRINDADE et al., 2007).

Para Yonekura et al. (2013), outro fator que influencia a relação médico-paciente e que deve ser levado em consideração são as roupas e adereços utilizados pelos médicos. Em geral, os pacientes preferem profissionais que se vistam de forma mais conservadora, bem como valorizam e têm mais confiança naqueles que fazem uso do jaleco branco, ao qual associam a imagem de um médico bem preparado, higiênico e preocupado com eles. Entretanto, ainda que a aparência possa influenciar a relação médico-paciente, sobretudo nos momentos que precedem a consulta e nos primeiros minutos do atendimento, é a atitude e o comportamento do médico que determinam a impressão dos pacientes quanto ao cuidado recebido.

Independente da vestimenta, os médicos devem tratar de forma igualitária seus pacientes, sem distinção por gênero, classe social, orientação sexual, tipo de atendimento (público ou privado) ou qualquer outra forma de discriminação (SANTOS et al., 2013).

Além disso, a consulta médica deve ser acolhedora e deve permitir espaço para o paciente se expressar. Os pacientes querem ser ouvidos, anseiam por atenção e respeito aos seus direitos, bem como valorizam médicos alegres e sorridentes e acreditam que essa postura pode impactar favoravelmente no restabelecimento da saúde. Por sua vez, ouvir os pacientes permite ao médico conhecer as necessidades destes, ao invés de fazer suposições sobre o que é ou não necessário para eles (ARAÚJO et al., 2011; CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015; GUZMÁN; IRIART, 2009; MIRANDA; FELICIANO; SAMPAIO, 2014; PORTO; SCHIERHOLT; COSTA, 2012; RODRIGUEZ, 2014; ROSSI-BARBOSA, et al., 2010).

Em síntese, para que haja um bom relacionamento entre médicos e pacientes, é preciso humanização da assistência, atendimento personalizado, garantia do direito dos pacientes à informação e consentimento destes para a realização dos procedimentos. Para isso, o trabalho do médico deve ser desenvolvido com prudência, virtude, compaixão, lealdade aos seus pacientes, benevolência e respeito à dignidade do ser humano (ARAÚJO et al., 2011; GEOVANINI; BRAZ, 2013).

Assim, a prática médica não deve se restringir a consertar a “máquina humana” em busca de um ideal de normalidade, mas antes, o médico deve ajudar os pacientes a produzir novas soluções e novas formas de viver frente ao adoecimento. Para tanto, médicos e pacientes devem construir uma relação de harmonia, afetuosidade e confiança entre si (BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; MARQUES FILHO; HOSSNE, 2015; SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015).

2.2 DIFICULDADES NO RELACIONAMENTO ENTRE MÉDICOS E PACIENTES

Atualmente, existem recursos para lidar com cada fragmento do homem, mas falta ao médico a habilidade para dar conta do mesmo homem em sua totalidade.

Karl Jaspers

Um dos principais problemas da Medicina na atualidade é o afastamento entre médicos e pacientes. Apesar da importância da relação médico-paciente para o contexto do cuidado em saúde, tem-se observado a desumanização desta relação, com os médicos se preocupando, cada vez mais, em tratar doenças, em detrimento de cuidar de pessoas doentes (CAPRARA; RODRIGUES, 2004; COSTA; AZEVEDO, 2010; GUZMÁN; IRIART, 2009; MIRANDA; FELICIANO; SAMPAIO, 2014; SEOANE; FORTES, 2014; SOARES; CAMARGO JÚNIOR, 2007).

De acordo com Ferreira e Cunha (2014), a partir do século XX, com os avanços na área da biotecnologia e o desenvolvimento de sofisticados exames diagnósticos, a atenção dos médicos, antes concentrada no sujeito doente, foi dirigida para a doença, na tentativa de detectá-la antes que se manifestasse clinicamente. Essa mudança de foco resultou na perda do interesse pela subjetividade do paciente e na proliferação de pedidos de exames “complementares”, determinando significativas mudanças na relação médico-paciente (GUZMÁN; IRIART, 2009; TESSER, 2009).

Nesse sentido, as pesquisas mostram que os médicos não são preparados, durante a graduação, para compreender e lidar com os sentimentos dos pacientes. Pelo contrário, são estimulados a manter o distanciamento destes, inclusive para provar que estão aptos a exercer a Medicina, pois, supostamente, não conseguirão ser médicos se sofrerem a cada vez que um paciente morrer, por exemplo (NATIONS; GOMES, 2007; PEROSA; RANZANI, 2008; TESSER, 2009).

Segundo Marta et al. (2009), a própria formação médica geralmente contribui para a falta de envolvimento emocional do médico com seus pacientes: no primeiro ano, os alunos se deparam com os cadáveres nas aulas de Anatomia e vão do medo inicial à satisfação pelo domínio dos conhecimentos sobre o corpo do outro; no terceiro ano, por sua vez, nas aulas de Propedêutica, iniciam o contato com os pacientes e têm de aprender que as doenças descritas nos livros são vivenciadas por seres humanos, mas têm pouca oportunidade de discutir e compartilhar essas percepções com os professores; ao final do curso, no internato, passam a ser membros da equipe de cuidado aos pacientes, e intensificam o contato com o sofrimento humano, inclusive com o processo da morte, sem que haja tempo adequado para compartilharem suas dúvidas e angústias sobre suas relações com os pacientes.

Por detrás dessa atitude de distanciamento do médico, certamente há também a falta de habilidade para lidar com a perda dos pacientes, uma vez que esta significa, para muitos médicos, seu fracasso enquanto profissionais. Além do mais, o maior contato com os pacientes e seus sofrimentos, expõe os médicos aos seus próprios questionamentos quanto à vida, à morte e aos limites da Medicina (NATIONS; GOMES, 2007; PEROSA; RANZANI, 2008).

Dessa forma, para Porto, Schierholt e Costa (2012), a subjetividade dos pacientes, expressa pela necessidade de terem suas emoções e seus sofrimentos considerados pelos profissionais da saúde, frequentemente assusta o médico, que se vê impossibilitado de exercer o que mais aprende durante a graduação: medicar. Em outros casos, conforme ressalta Ferreira e Cunha (2014), a conduta dos médicos frente à subjetividade dos pacientes é justamente rotulá-la em transtornos mentais e até medicalizá-la.

Ainda em relação ao distanciamento entre médicos e pacientes, Miranda, Feliciano e Sampaio (2014) mostram que o modelo biomédico abre espaço para as manifestações clínicas da doença, mas não para as expectativas, medos, ansiedade e valores daqueles que vivenciam o adoecimento. Nesse sentido, a Medicina centrada na doença favorece o modelo paternalista de relação médico-paciente, em que o profissional decide as condutas que achar mais adequadas para o tratamento dos pacientes, sem passar informações em quantidade e qualidade suficientes para que estes exerçam sua autonomia.

Conforme dito anteriormente, não se pode esquecer, ainda, da assimetria na relação médico-paciente: de um lado, há a figura do paciente, fragilizado pelo adoecimento, que transfere a responsabilidade sobre seus problemas de saúde para o profissional, e do outro, o médico, autoridade do saber. Nesse contexto, não é infrequente que os pacientes se sintam inferiores frente à figura do profissional. Além disso, a cultura do médico paternalista permeia a classe médica de tal forma que, em muitos casos, o paciente chega a ser visto como incapaz de

tomar decisões sozinho (ARAÚJO et al., 2011; GUZMÁN; IRIART, 2009; TRINDADE et al., 2007).

Outro aspecto a ser considerado é que o médico nem sempre assume uma postura acolhedora diante do seu paciente; ao invés disso, em muitos casos, é arrogante, autoritário e pouco comunicativo, aumentando a insegurança e a insatisfação dos pacientes. Para Tesser (2009), a arrogância pode ser compreendida, do ponto de vista histórico, como consequência da distinção entre Ciência e saber comum, em que o médico, representante do conhecimento científico, culturalmente sempre foi visto com distinção na sociedade; o autoritarismo, por sua vez, não distante da arrogância, foi historicamente reforçado com a hospitalização dos pacientes e a menor necessidade, nesse contexto, de explicações acerca de prescrições, exames e diagnósticos. Assim, para esse autor, ao se depararem com pacientes em ambientes extra-hospitalares, como clínicas e consultórios, os médicos frequentemente encontram dificuldades em manter uma boa relação, haja vista que não foram adequadamente preparados para trabalhar nesses cenários.

Em virtude dessas más posturas, Araújo et al. (2011) mostram que tem havido aumento das denúncias contra médicos aos Conselhos da Classe. Nesse sentido, Almeida e Pimentel (2016) identificaram que, dentre as principais causas de denúncias contra médicos ao Conselho Regional de Medicina de Sergipe, 13,8% referem-se a dificuldades no relacionamento entre profissionais e pacientes. Em pesquisa semelhante, Fujita e Santos (2009) relataram que, dentre as denúncias contra médicos ao Conselho de Medicina de Goiás, 30,4% foram por inadequada relação médico-paciente e, dentre estas, as principais queixas foram por mau atendimento (39,5%) e negligência (29,7%), abrangendo situações como omissão de socorro, agressão ao paciente, abuso de poder, assédio sexual, discriminação e quebra de sigilo.

Nesse sentido, o Código de Defesa do Consumidor, o Novo Código Civil brasileiro, além de juizados cíveis e criminais respaldam os pacientes contra os erros médicos. Além disso, o aumento das denúncias contra médicos pode ser justificado também pelo maior conhecimento da população acerca das indenizações que podem receber caso a queixa seja julgada procedente (ALMEIDA; PIMENTEL, 2016; FUJITA; SANTOS, 2009).

De fato, o acesso dos pacientes à informação, sobretudo através da Internet, tem modificado a relação destes com seus médicos. Nesse sentido, o profissional deixou de ser o detentor exclusivo do saber. Há, pelo contrário, um novo perfil de paciente: aquele que vai à consulta após uma busca ativa sobre o significado dos seus sintomas e espera do médico a formação suficiente para organizar e aplicar as informações obtidas para chegar a um diagnóstico

final (CABRAL; TREVISOL, 2010; FUJITA; SANTOS, 2009; GARBIN; PEREIRA NETO; GUILAM, 2008; MARQUES FILHO, 2003).

Essa prática, por um lado, implica na mudança de postura do paciente, que fica mais capacitado a discutir com o médico sobre as melhores alternativas para o seu tratamento; por outro, pode gerar situações de conflito na relação médico-paciente advindas da desconfiança do paciente em relação à conduta do profissional, que nem sempre ratifica as informações contidas na Internet, e do desconforto do médico, que se sente testado a todo instante pelo paciente (MARQUES FILHO; HOSSNE, 2015).

Nesse contexto de troca de informações, as dificuldades de comunicação, representadas principalmente pela incompreensão, por parte do médico, quanto às queixas do paciente, ou pela dificuldade de o médico explicar ou de o paciente entender o que ele tem, constituem outro problema desta relação. Essas dificuldades são justificadas, sobretudo, pela falta de preparo dos profissionais para lidar com essa tarefa, e resultam em má adesão aos tratamentos (ALMEIDA; PIMENTEL, 2016; CAPRARA; FRANCO, 1999; GEOVANINI; BRAZ, 2013; GROSSEMAN; STOLL, 2008; PIMENTEL, 2017).

Lira et al. (2015) explicam que, no que se refere à comunicação, as consultas médicas geralmente causam ansiedade aos pacientes, principalmente os de classes sociais menos favorecidas, que encontram dificuldades para expressar seus problemas aos médicos e para entender o que os profissionais querem dizer.

Nesse sentido, Porto, Schierholt e Costa (2012) mostram que, durante o transcurso das consultas, os médicos geralmente adotam duas posturas para se comunicarem com seus pacientes: ou utilizam uma linguagem infantil, em que as informações são transmitidas de forma rápida e superficial, com vistas a concluir logo o atendimento, ou usam jargões e expressões técnicas com o intuito de demonstrar conhecimento e acabam intimidando o paciente, que por não entender o que é dito, envergonha-se de perguntar. Essas posturas, por sua vez, podem levar à insatisfação do paciente em relação ao profissional, e até mesmo suscitar dúvidas quanto ao diagnóstico e ao tratamento proposto (OSTERMANN; SOUZA, 2009).

As dificuldades de comunicação são ainda maiores no contexto das más notícias, que são todas aquelas que acarretam impacto negativo na vida dos pacientes. Nesse sentido, por muitos anos, a conduta era a omissão das informações com o objetivo de proteger os pacientes dos danos acarretados pelo conhecimento da verdade sobre o diagnóstico e prognóstico dos seus problemas de saúde. Entretanto, nas últimas décadas, cada vez mais, a postura dos médicos têm sido de comunicar essas notícias aos seus pacientes, o que esbarra na falta de habilidades

suficientes para isso (JUCÁ et al., 2010; KOCH; ROSA; BEDIN, 2017; NONINO; MAGALHÃES; FALCÃO, 2012).

Uma das explicações para a falta de comunicação dos médicos sobre o prognóstico de doenças aos pacientes é que os profissionais, ao perceberem sua limitação frente à morte, evitam abordar temas ligados a ela. Assim, para esconder sua “impotência”, os médicos acabam não comunicando de forma adequada os diagnósticos e prognósticos aos doentes, acarretando, nestes, dúvidas quanto ao seu real estado de saúde e fragilidade na relação com o médico. Esta atitude do profissional, por sua vez, desrespeita o direito dos pacientes, e se configura como infração ética, passível de punição (GEOVANINI; BRAZ, 2013; MARTA et al., 2009).

Ainda quanto aos problemas que afetam a relação médico-paciente, a falta de organização e as dificuldades estruturais dos serviços de saúde, com equipamentos e materiais insuficientes, dificultam o cuidado humanizado, por mais que o profissional esteja com boas intenções de realizar seu trabalho (CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015; NATIONS; GOMES, 2007).

Outra dificuldade encontrada é que os médicos nem sempre conseguem avaliar adequadamente a satisfação dos pacientes quanto à qualidade da consulta realizada por eles. Dessa forma, julgam fazer um bom atendimento, e não se preocupam em aperfeiçoá-lo, o que faz com que práticas ruins possam ser mantidas por um longo tempo (SANTOS et al., 2007).

Portanto, conforme foi visto, a má-relação entre o médico e o paciente não deve ser interpretada de forma isolada, mas sim como o produto dos fatores individuais, sociais, econômicos, educacionais e históricos dos envolvidos nesse encontro (TESSER, 2009).

2.3 A COMUNICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA APRIMORAR A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

*Se falares a um homem numa linguagem que ele compreenda,
a tua mensagem entra na sua cabeça. Se lhe falares na sua
própria linguagem, a tua mensagem entra-lhe diretamente no
coração.*

Nelson Mandela

A comunicação é uma forma eficaz de humanizar os serviços de saúde e, quando efetiva, impacta favoravelmente no processo saúde/doença, atuando desde a promoção e prevenção de agravos até melhorando a adesão aos tratamentos. Além disso, é uma forma valiosa de fortalecer os vínculos entre o médico e o paciente, e de dar a este a sensação de autocontrole sobre sua

doença (COSTA; AZEVEDO, 2010; FERNANDES; BRITTO, 2007; GROSSEMAN; STOLL, 2008; KOCH; ROSA; BEDIN, 2017; LIRA et al., 2015; OLIVEIRA; GOMES, 2004; OSTERMANN; SOUZA, 2009; RODRIGUEZ, 2014; ROSSI; BATISTA, 2006; SILVA JUNIOR et al., 2014).

De acordo com Caprara e Franco (1999), a relação médico-paciente deve ser construída com base na comunicação. Nesse sentido, as palavras do médico têm um poder muito grande sobre o paciente, muitas vezes fragilizado pela doença, de modo que, para estes, não é apenas o exame físico que importa, mas também o diálogo com o médico (LEÃO SILVA, MENEZES DA SILVA; ALENCAR, 2016; SANTOS, et al., 2007; SILVA, et al., 2009).

Lira et al. (2015) mostram que o início da relação entre o médico e o paciente se dá através da comunicação, e, a depender da forma como ela se desenvolve, essa relação pode ou não ser facilitada. Assim, o diálogo com os pacientes deve ser o mais verdadeiro possível, com espaço para perguntas e respostas, pois a comunicação, neste contexto, só é efetiva quando os profissionais conseguem compreender aquilo que os pacientes querem dizer e quando são entendidos por eles (GUZMÁN; IRIART, 2009; LIRA et al., 2015; MIRANDA; FELICIANO; SAMPAIO, 2014; ROSSI; BATISTA, 2006; SEOANE; FORTES, 2014).

Segundo Leão Silva, Menezes da Silva e Alencar (2016), o adoecimento causa fragilidade psíquica ao homem, que se depara com aspectos angustiantes da existência humana, a exemplo das experiências de vida e de morte. Dessa forma, os pacientes ficam ansiosos quanto ao resultado de exames e/ou procedimentos, bem como desejam conhecer os próximos passos dos tratamentos a que serão submetidos, o que torna imperiosa a necessidade de comunicação entre o médico e seu paciente (AFONSO; MINAYO, 2013; BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; MIRANDA; FELICIANO; SAMPAIO, 2014; OLIVEIRA; GOMES, 2004; SANTOS, et al., 2007).

Além do mais, deve-se considerar que o paciente que desconhece seu diagnóstico não entende o porquê de estar sendo tratado e frequentemente não adere às propostas de tratamento. Neste sentido, receber informações adequadamente é um direito dos pacientes e assegura a eles a autonomia para decidirem sobre os rumos dos seus tratamentos. Em virtude disso, o Código de Ética Médica proíbe que o profissional oculte informações referentes ao diagnóstico e prognóstico da doença, a menos que tragam mais prejuízo à saúde do doente se forem reveladas (AFONSO; MINAYO, 2013; CHAVEIRO; PORTO; BARBOSA, 2009; CHEHUEN NETO et al., 2013; MARTA et al., 2009; SEOANE; FORTES, 2014; SILVA et al., 2009; TRINDADE et al., 2007).

É preciso compreender, portanto, que a adequada comunicação é o principal determinante do grau de satisfação dos pacientes, e pode modificar inclusive a forma como estes vivenciam a experiência do adoecimento. Assim, não é de se estranhar que a maioria das queixas dos pacientes contra os médicos não tenha relação com a competência clínica, mas sim com dificuldades de comunicação (AFONSO; MINAYO, 2013; BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; CAPRARA; FRANCO, 1999; CAPRARA; RODRIGUES, 2004; FERNANDES; BRITTO, 2007; GROSSEMAN; STOLL, 2008; MORITZ, 2007; RODRIGUEZ, 2014; SILVA et al., 2009).

Dessa forma, o médico não deve se eximir da responsabilidade de se comunicar com os pacientes. Nesse sentido, o primeiro passo para o estabelecimento da comunicação entre eles é a apresentação. Os pacientes esperam que o médico se identifique e que os reconheçam pelo nome, de forma a personalizá-los. Por outro lado, percebem e desaprovam quando são identificados pela patologia que apresentam ou pelo número do leito que ocupam (LEÃO SILVA; MENEZES DA SILVA; ALENCAR, 2016; MORITZ, 2007; SILVA et al., 2009).

Além disso, a receptividade dos médicos quando os pacientes entram no consultório, manifestada por meio de um cumprimento cordial, como um *Bom dia*, tem o poder de fortalecer a relação médico-paciente através da construção de vínculos (MIRANDA; FELICIANO; SAMPAIO, 2014).

Outro aspecto que merece atenção é que a comunicação médico-paciente é prejudicada pelo uso de jargões técnicos que as pessoas em geral desconhecem. Dessa forma, a linguagem utilizada pelos médicos, tanto para obter informações necessárias ao diagnóstico, quanto para dar explicações sobre a doença, seu prognóstico e tratamentos, deverá ser clara e compreensível aos pacientes (KOCH; ROSA; BEDIN, 2017; LEÃO SILVA; MENEZES DA SILVA; ALENCAR, 2016; LIRA et al., 2015; ROSSI; BATISTA, 2006).

É preciso destacar ainda a necessidade de que os médicos atentem para o momento adequado de comunicar diagnósticos e prognósticos, sobretudo quando estes representarem uma má notícia, isto é, quando puderem alterar de forma negativa o modo como quem a recebe enxerga o seu futuro. Nessa situação, é prudente procurar entender o contexto, o conhecimento prévio do paciente sobre a doença, bem como saber se ele quer ou não receber as informações. Com esses objetivos, é válido o uso de protocolos para a transmissão das informações, a exemplo do SPIKES, desenvolvido por Buckman, em 1992, para a comunicação de más-notícias (BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; CHEHUEN NETO et al., 2013; GEOVANINI; BRAZ, 2013; KOCH; ROSA; BEDIN, 2017; SILVA et al., 2009).

Por sua vez, é necessário compreender que as relações humanas são fortemente influenciadas pela comunicação não-verbal. Assim, o médico transmite informações através da sua aparência, da sua postura e dos seus gestos, de forma que os pacientes sempre observam essas características no profissional, mesmo que a relação já seja de longos anos, e valorizam médicos sorridentes e gentis, em detrimento daqueles com expressão sisuda (CHAVEIRO; PORTO; BARBOSA, 2009; ROSSI; BATISTA, 2006; ROSSI-BARBOSA et al., 2010).

Nesse sentido, os pacientes tanto percebem o grau de atenção e cuidado dos profissionais, quanto inferem acerca da gravidade de suas condições de saúde a depender da comunicação não verbal do médico. De modo similar, é importante que esses profissionais também saibam reconhecer a linguagem não verbal dos pacientes, identificando nestes, por exemplo, expressões de medo, dúvida ou ansiedade, que podem ser aliviadas com adequada informação médica (LEÃO SILVA, MENEZES DA SILVA; ALENCAR, 2016; ROSSI; BATISTA, 2006).

Assim, da mesma forma que se preocupam com o resultado de exames e com a eficácia dos tratamentos, os médicos deveriam atentar para a qualidade da comunicação que mantêm com seus pacientes (AFONSO; MINAYO, 2013; ROSSI; BATISTA, 2006).

Entretanto, apesar da importância da comunicação no trabalho do médico, nem sempre esse tema é adequadamente trabalhado durante a graduação, de modo que o aprendizado muitas vezes se dá pela simples observação de professores e de outros profissionais médicos. Assim, é preciso que as escolas médicas invistam mais no ensino de habilidades de comunicação durante a graduação (AFONSO; MINAYO, 2013; GEOVANINI; BRAZ, 2013; ROSSI; BATISTA, 2006; SILVA et al., 2009).

Somente quando os médicos conseguirem se comunicar adequadamente com os pacientes será possível que o relacionamento entre eles seja pautado pela igualdade, confiança, respeito mútuo e formação de vínculos, necessários para que ambos unam esforços em busca do mesmo objetivo: resolução dos problemas de saúde (MIRANDA; FELICIANO; SAMPAIO, 2014).

2.4 O PAPEL DAS FACULDADES DE MEDICINA NA HUMANIZAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

Carl Jung

De acordo com Seoane e Fortes (2014), humanizar a assistência em saúde significa entender os indivíduos, sejam profissionais ou pacientes, em sua totalidade e criar meios para que cada um deles possa atingir seus objetivos, enquanto seres humanos, de forma autônoma.

Desde os anos de 1950, a nível internacional, já se discutia a necessidade de voltar a valorizar os aspectos subjetivos dos pacientes, pensamento aprimorado nos anos 60. A partir de então, cada vez mais, se reconhece a importância de considerar a afetividade dos pacientes, suas impressões e experiências com o adoecimento (ARAÚJO et al., 2011).

No Brasil, por sua vez, com a criação do Sistema Único de Saúde, no final da década de 1980, fortaleceu-se a necessidade de um médico generalista, que associe os conhecimentos científicos à percepção do ser humano doente como um todo, com as variáveis sociais, políticas e econômicas implicadas no processo de adoecimento (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015).

Nesse sentido, a humanização da prática médica tem sido cada vez mais abordada, e uma preocupação crescente dos Conselhos de Medicina, das instâncias governamentais, e das instituições de ensino. Apesar disso, parece haver uma dificuldade destas em associar esse conteúdo à prática médica, uma vez que a implementação desses temas ainda ocorre de forma lenta e superficial (SILVA JUNIOR et al., 2014).

Para Silva, Muhl e Moliani (2015), apesar de as escolas de Medicina se preocuparem cada vez mais com o contato precoce entre alunos e pacientes, com o propósito de reduzir a distância entre a teoria e a prática, na maioria das vezes, esse encontro se restringe à escuta das queixas, identificação de patologias e prescrição de tratamentos, conforme preconiza o modelo biomédico. Dessa forma, não há espaço para discussão sobre os aspectos inerentes ao adoecimento do indivíduo, o que prejudica, no aprendizado prático, a formação humanista dos estudantes.

Além disso há divergências entre os próprios professores quanto à importância de não limitar o paciente às manifestações físicas da doença, o que colabora para as dificuldades na formação médica (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015).

Nesse contexto, a reforma universitária dos cursos de Medicina de 1968, no Brasil, foi amplamente baseada no Relatório Flexner, de 1902, dando importância à aquisição de habilidades técnicas, em detrimento à formação humanista e ética dos estudantes. Assim, a Medicina foi fragmentada em diversas especialidades, com dificuldade em formar médicos de cunho generalista. Em virtude disso, observaram-se claros prejuízos ao ensino médico, de modo que os trabalhos atuais propõem uma educação mais humanista dos estudantes para uma abordagem mais integral dos pacientes (CAMARGO; ALMEIDA; MORITA, 2014; MARTA et al., 2009).

Para esse fim, as Diretrizes Curriculares do Ensino Médico, lançadas em 2001 pelo Conselho Nacional de Educação, preconizam a integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino, e entre os conteúdos biológicos, ambientais e sociais envolvidos no processo de saúde e doença. Além disso, enfatizam o contato precoce dos estudantes com os serviços de saúde e a participação deles na construção do conhecimento. Neste mesmo ano, foi lançado também, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, o Programa de Incentivo às Mudanças nos cursos de Medicina, que, entre outras coisas, incentiva o uso de metodologias ativas de aprendizagem (SILVA JUNIOR et al., 2014).

Segundo Silva, Muhl e Moliani (2015), as diretrizes curriculares do curso de Medicina preconizam uma formação que possibilite aos médicos um atendimento integral e humanizado dos seus pacientes, conforme pode ser visto abaixo:

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

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, 2014

Assim, de acordo com as novas propostas de ensino médico, os estudantes devem ser preparados para contribuir para o bem-estar dos pacientes nos aspectos físico, psíquico e social. Em virtude disso, é preciso que as escolas de Medicina readéquem seus programas curriculares para incluir disciplinas que fomentem nos estudantes a importância de perceber a singularidade do outro, e de centralizar suas ações no indivíduo, e não apenas na doença (BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; FERREIRA et al., 2015; MARTA et al., 2009; PIMENTEL, 2017; SILVA JUNIOR et al., 2014; SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015; SIQUEIRA, PESSINI; MOTTA DE SIQUEIRA, 2013).

Para alcançar esse objetivo, o uso de metodologias de aprendizagem ativas, como a dramatização, promove meios de os alunos exporem suas dúvidas e ansiedades quanto às situações vivenciadas com os pacientes, bem como estimula o debate entre eles e os professores, de modo a melhorar a forma como os estudantes se comunicam com os pacientes e vivenciam o sofrimento humano (PEROSA; RANZANI, 2008).

De acordo com Rabelo e Garcia (2015), a dramatização é um bom recurso, pois possibilita que o aluno interprete diversos papéis, simulando a postura do médico, do paciente ou da família, o que lhe permite vivenciar situações práticas sob pontos de vista diferentes. Para

esses autores, após a encenação, deve haver discussão sobre as situações vividas, sobre como o aluno se sentiu em seu papel e sobre como sua atuação poderia melhorar (no caso de encenar o médico). Assim, esse processo de aprendizagem é formado por um ciclo de 4 etapas: (1) ação (dramatização), seguida de um momento de (2) reflexão sobre as condutas e experiências, que (3) desperta transformações nos conceitos dos alunos sobre a realidade e (4) gera mudanças de atitude. Em virtude dessas características, da necessidade de poucos recursos para implementação e do potencial de efetividade, sempre que houver tutor capacitado para intermediar os espaços, é uma técnica na qual vale a pena se investir.

Além disso, outras estratégias, como observação dos atendimentos dos professores, consultas de pacientes reais pelos alunos, entrevistas de pacientes simulados, e feedback das consultas realizadas, dentre outras, podem contribuir para aprimorar a relação médico-paciente entre os futuros profissionais (GROSSEMAN; STOLL, 2008).

De forma similar ao exposto para o desenvolvimento de habilidades de comunicação, a discussão de temas referentes à ética médica e à bioética pode contribuir para a humanização das práticas nos serviços de saúde. Para tanto, esses assuntos devem ser abordados durante toda a formação médica, preferencialmente através de metodologias ativas, como grupos de discussão com pequenos alunos. Outra estratégia é a abordagem de situações que ocorreram na vida real, ou que foram noticiadas pela mídia, por exemplo, pois, dessa forma, há maior interesse dos alunos, que podem visualizar, na prática, a importância desses conteúdos durante a sua formação (CAMARGO; ALMEIDA; MORITA, 2014; FERREIRA; MOURÃO; ALMEIDA, 2016; NEVES JÚNIOR; ARAÚJO; REGO, 2016; YAMAKI et al., 2014).

Além disso, a aproximação entre as disciplinas dos ciclos básico e clínico, bem como discussões sobre espiritualidade, morte e terminalidade, dentre outros temas, podem contribuir para a formação mais humanizada dos futuros médicos (COMIN et al., 2017; SIQUEIRA; PESSINI; MOTTA DE SIQUEIRA, 2013).

É preciso reconhecer também o papel dos professores, cujas posturas e atitudes em muito influenciam o tipo de profissional que será formado. Assim, é necessário que os docentes sejam adequadamente capacitados para o ensino de ética médica, bioética e habilidades de comunicação, bem como se esforcem para ajudar os alunos da graduação a desenvolver relações empáticas com seus pacientes (CAMARGO; ALMEIDA; MORITA, 2014; COSTA; AZEVEDO, 2010; FERREIRA; MOURÃO; ALMEIDA, 2016; GROSSEMAN; STOLL, 2008).

Por fim, é necessário que as faculdades de Medicina ensinem aos estudantes sobre a importância de incluir os pacientes como sujeitos ativos no seu processo de adoecimento e restabelecimento da saúde. Treinar os futuros médicos a ouvir o que o paciente tem a dizer é uma

forma de contribuir para a formação de profissionais mais acolhedores, dispostos a enxergar o adoecimento como um todo, e não apenas a diagnosticar doenças (BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; LEÃO SILVA; MENEZES DA SILVA; ALENCAR, 2016; PIMENTEL, 2017).

2.5 O RESPEITO À AUTONOMIA DOS PACIENTES COMO FORMA DE ASSEGURAR A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

*A gente quer ter voz ativa
E no nosso destino mandar
Chico Buarque de Holanda*

A relação médico-paciente deve ser guiada pelo princípio da autonomia, que representa o direito de os pacientes decidirem sobre os tratamentos aos quais querem ser submetidos. Constitui, portanto, um respeito à vida humana (BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; PIMENTEL, 2017; SOARES; CAMARGO JÚNIOR, 2007).

Segundo Marques Filho e Hossne (2015), a autonomia, enquanto princípio, está relacionada à consolidação dos direitos humanos, e é fruto dos ideais defendidos nas revoluções francesa, inglesa e americana, ocorridas entre os séculos XVII e XVIII. Entretanto, a autonomia dos pacientes só começou a ser reconhecida a partir da década de 1960. Até então, a relação médico-paciente era essencialmente assimétrica e paternalista: atribuía-se ao médico a responsabilidade pela cura dos pacientes, que deviam acatar as decisões sem questionamentos (SIQUEIRA; PESSINI; MOTTA DE SIQUEIRA, 2013; SOUZA; SANTOS, 2014).

Nesse sentido, o modelo biopsicossocial, ao considerar a subjetividade da pessoa doente, valoriza as experiências e saberes do indivíduo, com respeito ao seu direito de autonomia para decidir sobre sua saúde. Por outro lado, o modelo biomédico ignora esse direito, e reduz o homem à sua doença, restando-lhe, apenas, o papel de expectador das decisões sobre sua saúde (LEÃO SILVA; MENEZES DA SILVA; ALENCAR, 2016).

Marques Filho e Hossne (2015) mostram ainda que a introdução do conceito de autonomia, ao mesmo tempo em que significou importantes avanços para o paciente, acarretou mudanças na relação com o médico, aumentando a complexidade do encontro entre eles e abrindo espaço para o surgimento de conflitos. Entretanto, o médico não deve ter medo de perder sua importância ao permitir a participação do paciente na construção da estratégia terapêutica, uma vez que para que as pessoas exerçam seu direito à autonomia, é preciso que sejam adequadamente informadas pelo médico sobre os procedimentos e tratamentos a que podem ser

submetidas, em linguagem simples e compreensível, e que realizem os questionamentos que julgarem necessários antes da decisão (SEOANE; FORTES, 2014; SOUZA; SANTOS, 2014).

Souza e Santos (2014) destacam que são os profissionais da saúde que decidem se o paciente é ou não capaz de exercer sua autonomia. Para que o paciente a exerça, é preciso que sua capacidade de discernimento não esteja comprometida por condições físicas ou psíquicas. Dessa forma, os pacientes não devem ser forçados a decidir sobre sua saúde em vigência de medo, dor ou sob influência da enfermidade. Nesses contextos, uma opção é o paciente delegar essa decisão a um representante legal (NUNES; ANJOS, 2014).

Por sua vez, quando há risco de morte iminente, o médico deve atuar em defesa da vida, ainda que suas ações estejam de encontro à vontade do paciente. Nesses casos, prevalece o princípio da beneficência, isto é, de fazer o bem aos pacientes, e o direito à vida, em detrimento à autonomia, de forma que o médico estará autorizado a tomar as condutas sozinho (ALMEIDA; LINS; ROCHA, 2015). Resguardada essa situação, cabe aos médicos o respeito à decisão do paciente, conforme atestado pelo Código de Ética Médica:

É vedado ao médico:

Capítulo IV, Art. 24: Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Capítulo V, Art. 31: Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Capítulo V, Art. 34: Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe causar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Código de Ética Médica, 2009

Nesse sentido, Nunes e Anjos (2014) pontuam que a decisão compartilhada entre médicos e pacientes está associada a melhores resultados nos tratamentos e aumento do grau de satisfação dos pacientes. Por outro lado, quando apenas os médicos tomam as decisões, pode haver realização de procedimentos e tratamentos que vão de encontro aos anseios dos pacientes, com óbvios prejuízos à relação entre eles. Sousa e Santos (2014) mostram ainda que a falta de espaço para a participação dos pacientes é um dos motivos para a descontinuidade dos tratamentos.

Além disso, no contexto da autonomia, é importante a atuação dos pacientes como membros ativos dos processos de gestão dos serviços de saúde, pois, a partir da percepção deles, mudanças significativas podem ser realizadas (BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; SEOANE; FORTES, 2014).

2.6 OUTRAS ESTRATÉGIAS PARA FORTALECER A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

*O todo, sem a parte, não é o todo.
Gregório de Matos*

Os pacientes percebem e valorizam a atenção dispensada pelo médico. Dessa forma, é importante que esse profissional esteja sempre disposto a ouvir a demanda dos pacientes e a buscar solucionar aquilo que estiver ao seu alcance. Nesse sentido, quando os pacientes percebem que o médico está interessado em resolver seus problemas, eles ficam mais satisfeitos e há maior adesão aos tratamentos. Além disso, a consulta empática é capaz de estreitar o vínculo de confiança que o paciente tem pelo médico, com claros benefícios à relação entre eles (FERREIRA; CUNHA, 2014; LIRA et al., 2015; PEIXOTO; MOURÃO; SERPA JÚNIOR, 2016).

Para que o médico possa desenvolver seu trabalho com empatia e ouvir adequadamente as demandas do paciente, é preciso estar atento ao tempo destinado às consultas. Nesse sentido, é importante dispor de tempo suficiente para que os pacientes possam se expressar livremente, pois estes, ao procurarem os serviços médicos, desejam ser acolhidos em suas demandas sem preocupação com a duração da consulta. Além disso, é importante que os médicos compreendam que de nada adianta eles realizarem uma grande quantidade de consultas em um dia de trabalho se as necessidades dos pacientes não forem atendidas (LIRA et al., 2015; SANTOS et al., 2007).

Ainda no que se refere ao atendimento, a triagem dos pacientes, isto é, a identificação daqueles que necessitam de atendimento mais rápido do que os outros é uma forma de humanizar os serviços. Esse acolhimento, normalmente realizado por enfermeiros, possibilita identificar os riscos e as vulnerabilidades de cada paciente, garantindo atendimento prioritário àqueles em maior sofrimento (SEOANE; FORTES, 2014).

Outra estratégia para humanizar a relação médico-paciente é valorizar o diagnóstico clínico. Cada vez mais, a tecnologia tem sido utilizada para substituir a importância de uma anamnese bem-feita, que possibilitaria não apenas o diagnóstico com poucos recursos externos, mas também levaria em consideração o sofrimento das pessoas (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015). Nesse sentido, Marques Filho (2003) ressalta que os pacientes valorizam médicos que realizam exame físico metódico, pois, a partir de então, se sentem confiantes com o diagnóstico e os tratamentos que forem propostos pelo profissional.

Outro aspecto que merece atenção por parte dos profissionais da área da saúde é a preservação do pudor dos pacientes. Nesses casos, deve-se garantir que os exames ou

procedimentos que requeiram a exposição do corpo nu das pessoas seja feito apenas em local reservado, ou, em caso de impossibilidade de atender a esse preceito, que o paciente seja protegido de alguma forma, como por meio de biombos ou cortinas. Para tanto, em condições nem sempre ideais, com superlotação de pacientes nos espaços hospitalares e falta de recursos, o profissional deve se valer da criatividade (GOMES et al., 2008).

Cabe ressaltar também que o paciente espera ver no médico a figura de um confidente, a quem possa relatar seus problemas com a certeza do sigilo (LEÃO SILVA; MENEZES DA SILVA; ALENCAR, 2016). Este, por sua vez, aumenta a confiança no profissional e permite ao paciente se expressar e tomar suas decisões quanto aos tratamentos sem o medo dos julgamentos externos que poderia vir a sofrer caso a confidencialidade de suas informações e decisões não fosse assegurada (VILLAS-BÔAS, 2015).

Dessa forma, todos os profissionais da área da saúde devem guardar sigilo sobre as informações do paciente, evitando deixá-las ao fácil acesso de terceiros; devem ainda ter cuidado com a comunicação com os familiares ou demais acompanhantes dos pacientes, transmitindo apenas as informações que estes autorizarem. É preciso resguardar a confidencialidade das informações do paciente mesmo na comunicação entre os profissionais da área da saúde. Caso seja necessário discutir o caso entre os profissionais ou para fins acadêmicos, por exemplo, deve-se manter o sigilo na identificação do paciente (CARVALHAL et al., 2017; VILLAS-BÔAS, 2015).

Entretanto, ainda que o sigilo seja um direito dos pacientes e um dever dos profissionais, não constitui uma obrigação do médico, que pode quebrá-lo desde que a omissão da informação traga riscos à vida do próprio paciente ou de outras pessoas (ALMEIDA; LINS; ROCHA, 2015).

Além disso, deve-se reconhecer que a dinâmica familiar do paciente influencia a relação deste com o médico. Nesse sentido, as dificuldades na relação médico-paciente-família podem levar à busca desenfreada pela cura, mesmo quando essa não for mais possível, causando ainda mais danos ao paciente e sofrimento ao profissional, que se vê impotente frente à morte iminente. Dessa forma, é importante que o médico mantenha um bom relacionamento com os familiares do paciente, pois isso contribui para a adesão terapêutica e para a condução de todo o caso, inclusive para se evitar tomar medidas desnecessárias quando não há mais propostas de cunho curativo (BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; GEOVANINI; BRAZ, 2013; SILVA et al., 2009).

Para que o atendimento na área da saúde seja humanizado, é preciso, também, que haja humanização nas relações dos gestores dos serviços com os profissionais (CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015; PIMENTEL, 2017). De acordo com Porto, Schierholt e Costa

(2012), a falta de incentivos econômicos, o excesso de trabalho, a precariedade da infraestrutura dos serviços e a cobrança dos usuários contribui para que os profissionais adotem uma postura paternalista na relação médico-paciente.

Nesse sentido, segundo Seoane e Fortes (2014), ainda que a preocupação com o outro seja a base do trabalho dos profissionais de saúde, com o decorrer do tempo, as dificuldades com a estrutura e organização dos serviços, os conflitos com os pacientes e entre os próprios profissionais, bem como a falta de incentivos, acabam por diminuir o interesse das pessoas pelo seu trabalho. Dessa forma, é preciso que os gestores dos serviços de saúde desenvolvam ações de estímulo ao trabalho dos profissionais, fortalecendo neles a importância do serviço que prestam: cuidar de pessoas.

Nesse contexto de valorização do médico, é importante atentar para a saúde desses profissionais. O intenso contato dos médicos com o sofrimento humano pode levá-los ao adoecimento, quer físico ou emocional, inclusive em virtude da falta de preparo adequado, durante a formação, para lidar com essas situações, com prejuízos ao relacionamento médico-paciente (MARQUES FILHO, 2003; MARTA et al., 2009).

Para Grosseman e Stoll (2008), uma vez que o curso de Medicina e a vida do médico envolvem uma elevada carga de estresse emocional, além de treinar os estudantes a reconhecerem os problemas do outro, é preciso que eles sejam capacitados a olharem para si mesmos e a identificarem quando precisam de ajuda, pois só assim estarão aptos a prestar auxílio ao próximo.

Ainda em relação aos médicos, em uma época em que cada vez mais pacientes têm acesso livre às informações sobre os problemas de saúde, é importante que esses profissionais mantenham atualização constante acerca das opções para o diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde, de forma a orientar adequadamente aqueles que procuram os seus serviços (CABRAL; TREVISOL, 2010).

Além disso, os médicos devem atentar também para o fato de que, para alguns pacientes, a aparência tem relação com a competência do profissional. Nesse sentido, os pacientes, em geral, preferem a imagem do médico tradicional quanto às vestimentas e aparência (ROSSI-BARBOSA et al., 2010).

Outro aspecto que requer atenção é que, frente à observação dos pacientes como um todo, o médico deve recorrer à ajuda de outros profissionais da saúde, como psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e enfermeiros para atender à demanda dos pacientes, haja vista que a Medicina, por si só, não consegue abarcar todas as necessidades humanas. Nesse sentido, o trabalho em equipe, com respeito às diferentes profissões da área da saúde, fortalece a

humanização do cuidado dos pacientes (ARAÚJO et al., 2011; CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015).

Por fim, é imprescindível que os pacientes tenham consciência dos seus direitos e deveres para que possam fiscalizar a execução dos princípios doutrinários do SUS e, sempre que preciso, reivindicar melhorias. Para tanto, é necessário que sejam dirigidos investimentos do governo nas áreas de educação e cultura. Além disso, deve-se reconhecer que os profissionais da área da saúde são essenciais para a disseminação de informações sobre os direitos e deveres dos pacientes. Nesse sentido, é preciso que os gestores capacitem os profissionais e que estes desenvolvam um trabalho continuado de educação dos pacientes para que estes se reconheçam como protagonistas dos cuidados em saúde e que possam lutar pelos seus direitos e cumprir seus deveres, exercendo, de fato, sua cidadania (GOMES et al., 2008; SOARES; CAMARGO JÚNIOR, 2007).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade do encontro entre médicos e pacientes é um dos principais determinantes para o restabelecimento da saúde das pessoas. Dessa forma, o médico deve se empenhar, diariamente, para estreitar seus vínculos com o paciente, de forma a não apenas examinar corpos e diagnosticar doenças, mas antes, e, sobretudo, a ser especialista em lidar com o homem doente em sua totalidade.

Para tanto, a boa comunicação entre médicos e pacientes é fundamental. É através dela que se personifica o sofrimento humano, dando voz às histórias e à forma de vivenciar o adoecimento de cada pessoa que se encontra na frente do médico. Por outro lado, é a comunicação do médico com o paciente que dá sentido ao que se esconde por trás de diagnósticos e laudos de exames complementares, transformando termos técnicos e imagens em preto e branco em algo acessível à compreensão das pessoas. Assim, ainda que as informações não sejam as melhores, a figura do médico, o compromisso deste com os pacientes e a forma como ele se comunica têm o poder de aliviar a dor e o sofrimento das pessoas com relação a suas doenças.

Nesse sentido, a atuação das escolas de Medicina é essencial: ao treinar habilidades de comunicação e despertar nos estudantes a importância de reconhecer a subjetividade dos pacientes, manifestada por suas escolhas, seus medos e impressões acerca das doenças, assegure-se a formação de profissionais preocupados com o cuidado integral da saúde das pessoas e com o respeito aos direitos dos pacientes, inclusive no que se refere à autonomia destes para determinar até que momento investir.

Além disso, é preciso garantir à população conhecimentos suficientes para que possam compreender que atendimento em saúde de qualidade, em local com infraestrutura adequada, e com profissionais dispostos a ouvir suas demandas e a buscar resolvê-las não é um favor, mas sim um direito. Somente através da informação das pessoas e do compromisso dos profissionais, as barreiras entre médicos e pacientes serão cada vez menores, e ambos poderão atuar em conjunto para o cuidado em saúde humanizado e com respeito à individualidade de cada um.

4. REFERÊNCIAS

AFONSO, S. B. C.; MINAYO, M. C. S. Notícias difíceis e o posicionamento dos oncopediatras: revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2747-2756, 2013.

ALMEIDA, R. A.; LINS, L.; ROCHA, M. L. Dilemas éticos e bioéticos na atenção à saúde do adolescente. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 320-330, 2015.

ALMEIDA, T. A.; PIMENTEL, D. Julgamento ético do médico em Sergipe, Brasil. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 128-135, 2016.

ARAÚJO, L. C.; PAGNAN, L. B.; ZANETTI, L. R.; SIMÕES, J. C. A arte de ouvir o paciente. **Revista do Médico Residente**, Curitiba, v. 13, n. 2, p. 200-205, 2011.

BASTOS, L. O. A.; ANDRADE, E. N.; OLIVEIRA ANDRADE, E. Relação médico-paciente na oncologia: estudo a partir da perspectiva do paciente. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 563-576, 2017.

BRASIL. **Resolução nº 3**, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>. (Acesso em 18/12/2017)

CABRAL, R. V.; TREVISOL, F. S. A influência da Internet na relação médico-paciente na percepção do médico. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 54, n. 4, p. 416-420, 2010.

CALEGARI, R. C.; MASSAROLLO, M. C. K. B.; SANTOS, M. J. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, esp. 2, p. 42-47, 2015.

CAMARGO, A.; ALMEIDA, M. A. S.; MORITA, I. Ética e bioética: o que os alunos do sexto ano médico têm a dizer. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 38, n. 2, p. 182-189, 2014.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.

CARVALHAL, G. F.; POLI, M. H.; CLEMENTEL, F. K.; GAUER, G. C.; MARQUES, G. H.; SILVEIRA, I. G.; et al. Recomendações para a proteção da privacidade do paciente. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 39-43, 2017.

CHAVEIRO, N.; PORTO, C. C.; BARBOSA, M. A. Relação do paciente surdo com o médico. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 75, n. 1, p. 147-150, 2009.

CHEHUEN NETO, J. A.; SIRIMARCO, M. T.; CÂNDIDO, T. C.; BICALHO, T. C.; MATOS, B. O.; BERBERT, G. H.; et al. Profissionais de saúde e a comunicação de más notícias sob a ótica do paciente. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 23, n. 4, p. 518-525, 2013.

COMIN, L. T.; PANKA, M.; BELTRAME, V.; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. Percepção de pacientes oncológicos sobre terminalidade de vida. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 392-401, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Código de Processo ético-profissional: resolução CFM nº 1.897, de 17 de abril de 2009.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

COSTA, F. D.; AZEVEDO, R. C. S. Empatia, Relação Médico-paciente e formação em Medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2010.

FERNANDES, C. R. D.; BRITTO, I. A. G. S. Ação médica no contexto ambulatorial com o portador de HIV. **Psico-USF**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 309-318, 2007.

FERREIRA, L. C.; BRITO, T. M.; CARVALHO, I. G. M.; FERREIRA, R. C. A percepção de acadêmicos sobre a relação médico-paciente discutida em oficinas problematizadas do caso do eixo teórico-prático integrado (Cetpi). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 119-122, 2015.

FERREIRA, L. C.; MOURÃO, R. A.; ALMEIDA, R. J. Perspectivas de docentes de medicina a respeito de ética médica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 118-127, 2016.

FERREIRA, R. A.; CUNHA, C. F. Relação médico-paciente na adolescência. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 24, supl. 2, p. 80-86, 2014.

FUJITA, R. R.; SANTOS, I. C. Denúncias por erro médico em Goiás. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 283-289, 2009.

GARBIN, H. B. R.; PEREIRA NETO, A. F.; GUILAM, M. C. R. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 579-588, 2008.

GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 455-462, 2013.

GOMES, A. M. A.; SAMPAIO, J. J. C.; CARVALHO, M. G. B.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. S. C. F. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 773-782, 2008.

GROSSEMAN, S.; STOLL, C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 301-308, 2008.

GUZMÁN, J. L. D.; IRIART, J. A. B. Revelando o vírus, ocultando pessoas: exames de monitoramento (CD4 e CVP) e relação médico-paciente no contexto da AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1132-1140, 2009.

JUCÁ, N. B. H.; GOMES, A. M. A.; MENDES, L. S.; GOMES, D. M.; MARTINS, B. V. L.; SILVA, C. M. G. C.; et al. A comunicação do diagnóstico “sombrio” na relação médico-paciente entre estudantes de Medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 57-64, 2010.

KOCH, C. L.; ROSA, A. B.; BEDIN, S. C. Más notícias: significados atribuídos na prática assistencial neonatal/pediátrica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 577-584, 2017.

LEÃO SILVA, J. L. C.; MENEZES DA SILVA, T. C.; ALENCAR, L. C. A. O paciente e a vivência da visita médica à beira do leito. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 704-712, 2016.

LIRA, H. G.; MACHADO, C. V. B.; DEL CIAMPO, I. R. L.; DEL CIAMPO, L. A. Comunicação médico-paciente em ambulatórios de pediatria de um hospital universitário. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 5, p. 425-430, 2015.

MARQUES FILHO, J. Relacionamento médico-paciente. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 239-239, 2003.

MARQUES FILHO, J.; HOSSNE, W. S. A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 304-310, 2015.

MARTA, G. N.; MARTA, S. N.; FILHO, A. A.; JOB, J. R. P. P. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 416-427, 2009.

MINOSSI, J. G. Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da medicina. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 90-95, 2009.

MIRANDA, A. C. A.; FELICIANO, K. V. O.; SAMPAIO, M. A. A comunicação médico-paciente na percepção de mulheres com nódulo mamário e indicação de biópsia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 14, n. 3, p. 251-260, 2014.

MORITZ, R. D. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 485-489, 2007.

NATIONS, M. K.; GOMES, A. M. A. Cuidado, “cavalo batizado” e a crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2103-2112, 2007.

NEVES JÚNIOR, W. A.; ARAÚJO, L. Z. S.; REGO, S. Ensino de bioética nas faculdades de medicina no Brasil. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 98-107, 2016.

NONINO, A.; MAGALHÃES, S. G.; FALCÃO, D. P. Treinamento médico para comunicação de más notícias: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 228-233, 2012.

NUNES, M. I.; ANJOS, M. F. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 241-251, 2014.

OLIVEIRA, V. Z.; GOMES, W. B. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 3, p. 459-469, 2004.

OSTERMANN, A. C.; SOUZA, J. Contribuições da análise da conversa para os estudos sobre o cuidado em saúde: reflexões a partir das atribuições feitas por pacientes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1521-1533, 2009.

PEIXOTO, M. M.; MOURÃO, A. C. N.; SERPA JUNIOR, O. D. O encontro com a perspectiva do outro: empatia na relação entre psiquiatras e pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 881-890, 2016.

PEREIRA, A. T.; GALLIAN, D. M. C.; REGINATO, V.; BENEDETTO, M. A. C. Percepção de alunos de Medicina com a dramatização: uma experiência pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 40, n. 3, p. 497-505, 2016.

PEREIRA, M. G. A.; AZEVÊDO, E. S. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 153-157, 2005.

PEROSA, G. B.; RANZANI, P. M. Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 468-473, 2008.

PIMENTEL, D. **Relações e conflitos éticos na prática de médicos e enfermeiros**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2017.

PORTO, D.; SCHIERHOLT, S. R.; COSTA, A. M. Retratos da relação médico-paciente na atenção básica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 288-299, 2012.

RABELO, L.; GARCIA, V. L. Role-play para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e relacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 39, n. 4, p. 586-596, 2015.

RODRIGUEZ, M. I. F. Despedida silenciada: equipe médica, família, paciente – cúmplices da conspiração do silêncio. **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 261-272, 2014.

ROSSI, P. S.; BATISTA, N. A. O ensino da comunicação na graduação em Medicina – uma abordagem. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 93-102, 2006.

ROSSI-BARBOSA, L. A. R.; LIMA, C. C.; QUEIROZ, I. N.; FRÓES, S. S.; CALDEIRA, A. P. A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 363-370, 2010.

SANTOS, M. F. O.; FERNANDES, M. G. M.; SOUSA, E. S. S.; OLIVEIRA, H. J.; RAMALHO, G. L. Aspectos éticos considerados na relação médico-paciente: vivências de anesthesiologistas. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Botafogo, v. 63, n. 5, p. 398-403, 2013.

SANTOS, T.; ROSENDO, I.; PIMENTA, G.; MARTIN, D.; FRANCISCO, M. P.; NETO, M. G.; et al. Qualidade da consulta de Medicina Geral e Familiar: conseguem os médicos julgar corretamente a qualidade sentida pelos doentes? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p. 13-20, 2007.

SEOANE, A. F.; FORTES, P. A. C. Percepção de médicos e enfermeiros de unidades de assistência médica ambulatorial sobre humanização nos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1408-1416, 2014.

SILVA JUNIOR, G. B.; DUARTE, R. P.; MENEZES, A. R.; MORAIS, A. P.; ALVES, A. M.; DAHER, E. F. Percepção dos pacientes sobre aulas práticas de Medicina: uma outra ausculta. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 381-387, 2014.

SILVA, C. M. G. C. H.; RODRIGUES, C. H. S.; LIMA, J. C.; JUCÁ, N. B. H.; AUGUSTO, K. L.; LINO, C. A.; et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1457-1465, 2011.

SILVA, L. A.; MUHL, C.; MOLIANI, M. M. Ensino médico e humanização: análise a partir dos currículos de cursos de Medicina. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 33, n. 80, p. 298-309, 2015.

SIQUEIRA, J. E.; PESSINI, L.; MOTTA DE SIQUEIRA, C. E. Conflitos morais sobre a terminalidade da vida: aspectos médicos, filosóficos e jurídicos. **Revista Colombiana de Bioética**, Bogotá, v. 8, n. 2, p. 104-115, 2013.

SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 65-78, 2007.

SOUZA, L. V.; SANTOS, M. A. Decisões em saúde no relacionamento entre o profissional e o paciente com transtorno alimentar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 31, n. 1, p. 75-84, 2014.

SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N.; JÚNIOR, P. R. B. S.; ALMEIDA, W. S.; MALTA, D. C. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. Brasil, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 339-349, 2016.

TESSER, C. D. Três considerações sobre a “má medicina”. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 273-286, 2009.

TRINDADE, E. S.; AZAMBUJA, L. E. O.; ANDRADE, J. P.; GARRAFA, V. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 68-74, 2007.

VILLAS-BÔAS, M. A. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 513-523, 2015.

YAMAKI, V. N.; TEIXEIRA, R. K. C.; OLIVEIRA, J. P. S.; YASOJIMA, E. Y.; SILVA, J. A. C. Sigilo e confidencialidade na relação médico-paciente: conhecimento e opinião ética do estudante de medicina. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 176-181, 2014.

YONEKURA, C. L.; CERTAIN, L.; KAREN, S. K. K.; ALCÂNTARA, G. A. S.; RIBEIRO, L. G.; RODRIGUES-JÚNIOR, A. L.; BADDINI-MARTINEZ, J. Impressões de pacientes, médicos e estudantes de Medicina quanto a aparência dos médicos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 452-459, 2013.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SANTOS, D. V.; SCHVEITZER, M. C. Pacientes difíceis na atenção primária à saúde: entre o cuidado e o ordenamento. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 893-903, 2016.

5. NORMAS EDITORIAIS

A *Revista Bioética* é uma publicação científica em acesso aberto que disponibiliza na íntegra em português, espanhol e inglês, artigos de bioética e ética médica aprovados em sistema duplo cego. Idealizada pelo Conselho Federal de Medicina para fomentar a discussão multidisciplinar e plural, volta-se à formação acadêmica e ao aperfeiçoamento constante dos profissionais de saúde. Sua linha editorial e a composição e a atuação do Corpo Editorial, são completamente independentes da plenária do CFM. Os autores são responsáveis pelas informações divulgadas nos artigos, que não expressam, necessariamente, a posição oficial do CFM.

Critérios para aceitação de trabalhos

A *Revista Bioética* não cobra pela submissão, edição ou publicação de manuscritos. Serão aceitos, apenas em versão *online*, manuscritos inéditos de natureza conceitual, documental, resultantes de pesquisa ou experiências no campo da bioética ou ética médica, e revisões críticas relacionadas a essas temáticas. Todos os manuscritos serão submetidos ao escrutínio dos editores, do Corpo Editorial e de pareceristas *ad hoc* em sistema duplo cego e devem receber dois pareceres de aprovação.

Após recebido, o manuscrito é conferido quanto ao tamanho do texto (máximo de 6.000 palavras) e do resumo (até 150 palavras), bem como formatado e verificado quanto à originalidade no programa de plágio Plagius – Detector de Plágio (Plagiarism Detector) Professional. Os resultados apontados pelo programa são criteriosamente analisados no sentido de verificar se as indicações referem-se a citações ou a cópias indevidas. Nesta fase são também conferidas as referências, para verificar se estão completas, corretamente numeradas e apresentadas no estilo Vancouver, em conformidade com as normas editoriais – que podem ser encontradas no site <http://revistabioetica.cfm.org.br>, em português, inglês e espanhol. Caso seja necessária alguma correção ou complementação os autores terão 30 dias para realizá-la, pois caso contrário o trabalho será considerado **retirado** da pauta editorial.

Se todos esses critérios estiverem atendidos, o manuscrito segue para edição inicial, na qual são observados conteúdo, adequação à linha editorial e aspectos ortográficos e gramaticais, e conferidas as palavras-chave no banco de dados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Caso se identifique a necessidade de alterar ou complementar algum desses aspectos, o manuscrito retornará aos autores para ajustes e os autores terão novamente 30 dias para realizá-los. Da mesma forma que na etapa anterior, após esse prazo o trabalho será retirado da pauta editorial. Se a quantidade ou característica das alterações identificadas forem consideradas significativas, o manuscrito poderá ser recusado com orientação de possível reapresentação, mediante o cumprimento das especificações indicadas. Se nesta etapa não for necessário realizar nenhuma alteração no manuscrito, inicia-se a fase seguinte do processo editorial.

Após o recebimento da versão inicial retificada, tem início a etapa de avaliação do trabalho pelos pareceristas. Os integrantes do Corpo Editorial e os pareceristas *ad hoc* têm 15 dias após o recebimento do texto para emitir o parecer, que pode ser: aprovação; necessita alterações; deve ser reexaminado após alterações; ou não aprovado. Os critérios considerados nas avaliações são: enquadramento à linha editorial, originalidade das ideias apresentadas, atualidade, clareza do texto, adequação da linguagem, relevância das informações, coerência e lógica conceitual e metodológica. Além desses aspectos, são analisados o título, o resumo, a indicação e o nome das partes do manuscrito, a indicação dos objetivos, o método, a apresentação de resultados, a discussão e as considerações finais. São verificadas ainda as referências, considerando sua adequação e atualização.

O critério para seleção dos pareceristas busca contemplar a mais ampla diversidade analítica possível, em consonância com a interdisciplinaridade do campo da bioética. Cada artigo é enviado para avaliador com formação na área específica do trabalho (especialidades da saúde e biologia, direito, filosofia, ciências sociais etc.), para outro que estude ou já tenha discutido o tema (iniquidades em saúde, direitos humanos, aborto, distanásia, genética, ética em pesquisa etc.) e, ainda, para bioeticista com formação *lato* ou *stricto sensu* em bioética para avaliar a utilização de conceitos e categorias éticas. Para a aprovação final, pode ser necessária nova adequação ou reformulação de partes do artigo, título ou referências, conforme recomendado no parecer sumulado, ao que os autores deverão responder em até 20 dias.

Em qualquer etapa os editores reservam-se o direito de promover alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical nos textos, com vistas a manter o padrão culto da língua e a melhor compreensão dos artigos, respeitando, porém, o estilo dos autores. Caso os autores decidam pela não publicação do manuscrito, após a edição inicial, a versão editada pela *Revista Bioética* pertencerá à mesma, não podendo ser enviada a outro periódico. A versão final diagramada do trabalho será submetida aos autores para aprovação. Entretanto, a revisão ortográfica e gramatical final do artigo nos três idiomas bem como dos resumos e dos títulos em espanhol e inglês, realizada por empresas especializadas, e também as provas finais de gráfica não serão enviadas aos autores, assim como a tradução dos artigos para o inglês e o espanhol, publicados *on-line* no sítio da revista.

Requisitos para apresentação de trabalhos

- Serão aceitos manuscritos inéditos, em português, espanhol ou inglês. Em cada caso, devem ser seguidas as regras ortográficas correntes do idioma escolhido.
- Os trabalhos apresentados devem ser postados na página da *Revista Bioética* no link: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/about/submissions#onlineSubmissions em formato *Rich Format Text* (RTF) do Word.
- Os trabalhos não podem ter sido encaminhados concomitantemente a outros periódicos. Solicita-se informar se o trabalho já foi apresentado anteriormente e recusado por outra revista, identificando o referido veículo.
- Se a apresentação anterior houver sido à *Revista Bioética*, acrescentar a razão da retirada ou recusa.
- As opiniões e os conceitos apresentados nos artigos e a procedência e a exatidão das citações são de responsabilidade dos autores.
- Serão sumariamente recusados manuscritos que reproduzirem na totalidade ou em partes, sem a devida referência, trabalhos de outros autores, bem como artigo, ou parte substancial deste, já publicado pelo próprio autor.

Identificação de artigos

- Os manuscritos devem ser acompanhados por folha inicial que deve trazer o título do artigo, o nome completo do autor, sua maior titulação acadêmica, endereço eletrônico, vinculação institucional, além de cidade, estado e país.
- Como item separado, informar o nome completo do primeiro autor, o endereço postal, que será publicado no rodapé da página inicial dos artigos, e o número de telefone, exclusivamente para troca de informações com a equipe editorial em caráter de urgência. Pede-se ainda o endereço eletrônico de todos os autores, que também serão publicados no rodapé da página inicial.
- Caso o primeiro autor não seja o responsável pelo contato com os demais autores acerca de revisões até a aprovação final do trabalho, especificar nome, telefone e endereço eletrônico do responsável.
- As colaborações individuais de cada autor na elaboração do manuscrito devem ser especificadas ao final.
- Caso o trabalho tenha sido anteriormente submetido a outro periódico e não publicado, deve-se identificar o referido veículo.

Formatação de artigos

- Os artigos devem ser formatados em tamanho de página A4, fonte *Calibri*, tamanho 10, espaço 1,5, margens de 2,5, em alinhamento justificado.
- Os títulos devem ser **destacados em verde** e escritos na forma corrente, ou seja, somente são grafados em maiúscula a primeira letra da sentença e os nomes próprios. Não deve haver entrada de parágrafo ou qualquer outra marca de formatação que aumente ou diminua a distância entre eles.
- As páginas devem ser numeradas consecutivamente.
- O texto deverá ter até 6.000 palavras. O limite de palavras não inclui as referências, a identificação do trabalho e os resumos nas três línguas, considerados à parte.
- Os artigos em português devem trazer um resumo conciso, com no máximo 150 palavras, além de tradução para espanhol e inglês (*resumen* e *abstract*). O título também deve ser conciso e explicativo (até 10 palavras), apresentado nos três idiomas.
- Cada resumo deve ser acompanhado de no mínimo três e no máximo sete palavras-chave, descritoras do conteúdo do trabalho e que possam auxiliar sua indexação múltipla. As palavras-chave devem ser retiradas do banco de Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (<http://www.bireme.br/php/decsws.php>) e listadas ao final dos resumos no idioma original, em espanhol e inglês, grafadas com inicial maiúscula e separadas por ponto.
- Sugere-se que os textos sejam divididos em seções, com títulos e subtítulos, quando necessário. Cada uma dessas partes ou subpartes deve ser destacada em **verde**, nunca por numeração progressiva. Para explicitar um subtítulo dentro de um título, deve ser usado o recurso *itálico*.
- Quando um autor for citado no corpo do texto, colocar unicamente o número da referência ao final da citação, em fonte sobrescrita, conforme exemplo: Potter¹.
- Tratados internacionais citados no corpo do texto devem ser grafados em *itálico* (exemplo: *Declaração de Helsinki*).
- Não serão aceitos trabalhos com notas de rodapé. Toda e qualquer explicação ou consideração deve ser inserida no corpo do texto.

Artigos de pesquisa

- A publicação de trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos é de responsabilidade dos autores e deve estar em conformidade com as *Normas e Diretrizes para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos* (Resolução CNS nº 466/12), considerando ainda os princípios da *Declaração de Helsinque* e da Associação Médica Mundial (1964 e reformulações subsequentes anteriores a 2008), além de atender à legislação específica do país onde a pesquisa foi desenvolvida. Pesquisas empreendidas no Brasil devem ser acompanhadas de cópia do parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep).
- A *Revista Bioética* apoia as políticas de registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Internacional Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional em acesso aberto de informação sobre estudos clínicos. Portanto, só serão aceitos artigos de pesquisa sobre ensaios clínicos que tenham recebido número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS/ICMJE, o qual deve ser apresentado ao final do resumo.
- Quando da aprovação de artigos de pesquisa, os autores devem enviar um termo de responsabilidade referente ao conteúdo do trabalho, atestando, inclusive, a inexistência de conflito de interesse que possa ter influenciado os resultados.

Autorização para publicação

A *Revista Bioética* considera que a apresentação do manuscrito e sua submissão às recomendações dos editores e do Corpo Editorial caracterizam a aceitação para publicação. Quando aceito o artigo, todos os autores devem enviar a autorização para publicação da versão final do trabalho por meio eletrônico; o principal autor também deve fazê-lo por escrito, na forma de carta, assinada de próprio punho, endereçada à *Revista Bioética*, conforme modelo enviado pelos editores. Os artigos publicados estarão sob a guarda da *Revista Bioética*, que deve ser citada em caso de reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico.

Referências

- As referências, em sua maioria, seguirão as normas propostas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, no estilo Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
- Só serão aceitos artigos com referências citadas literalmente ou indicadas no corpo do texto.
- As referências devem ser feitas em algarismos arábicos sobrescritos (por exemplo, Potter²) e numeradas consecutivamente, pela ordem em que forem sendo citadas. Todas as referências indicadas devem ser listadas, ao final do artigo, na ordem numérica correspondente.
- Não serão aceitos artigos com referências feitas por meio de recursos de formatação de programas de edição de texto, como “Notas de rodapé” e/ou “Notas de fim”.
- Não serão aceitos artigos com referências em ordem alfabética.
- Comunicações pessoais não serão aceitas como referências, podendo, porém, ser transcritas no texto, entre parênteses, com o nome da pessoa e a data.
- As referências citadas apenas em quadros ou legendas de figuras devem estar de acordo com a sequência estabelecida.
- Todas as citações de outras fontes apresentadas no texto devem fazer parte das referências, incluindo documentos, tratados, reportagens, livros e capítulos de livros.
- Nas referências, artigos com vários autores devem incluir até seis nomes, seguidos de *et al.* quando esse número for excedido.
- Deve-se sempre buscar a referência do original que se quer destacar e evitar referência de segunda ordem, ou seja, quando o autor citado está se referindo a outro. Se o *apud* for inevitável, isso deve ser explicitado no texto. Por exemplo: “Analisando o trabalho de Potter, Pessini³ descreve...”.
- Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. Títulos de livros, local e nome de editoras não devem ser abreviados. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade dos autores.

Quadros e ilustrações

Recomenda-se que cada artigo seja acompanhado de, no máximo, **três** quadros, tabelas ou figuras – formatados no corpo do texto, abertos para a revisão e não copiados em formato de imagem. Devem ser numerados sequencialmente e indicar a fonte das informações apresentadas na parte inferior. Nos quadros, identificar as medidas estatísticas de variações, como o desvio padrão e o erro padrão da média.

Exemplos de citação de referências

Artigos de revistas

- Listar até os seis primeiros autores. Mais de seis, listar os seis primeiros e acrescentar “*et al.*”.

Tongu MT, Bison SHDF, Souza LB, Scarpi MJ. Aspectos epidemiológicos do traumatismo ocular fechado contuso. *Arq Bras Oftalmol.* 2001;64:157-61.

Garcia ME, Braggio EF, Martins ABK, Goulart LQ, Rubinsky A, César LO *et al.* Análise de dados dos exames periódicos efetuados nos trabalhadores da Universidade de São Paulo. *Rev Med Hosp Univ.* 2000;10:29-33.

Livros e outras monografias

- *Autores individuais*

Martin LM. A ética médica diante do paciente terminal: leitura ético-teológica da relação médico-paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica. Aparecida: Santuário; 1993.

Capítulo de livro

Rego S, Palácios N, Schramm FR. Alocação de recursos na assistência materna-infantil. In: Schramm FR, Braz M, organizadores. *Bioética e saúde. Novos tempos para mulheres e crianças?*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 81-104. (Coleção Criança, Mulheres e Saúde).

Atas de conferência, congresso e encontro

Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde: 1998 set 2-6; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

Outras publicações

- *Artigo de jornal*

Scheinberg G. Droga é a principal forma de aborto. Folha de S. Paulo. 15 nov 1999; *Ciência*: 12.

- *Texto legal – Legislação publicada – NBR 6.028*

Brasil. Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995. Normas para o uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados. *Diário Oficial da União*. Brasília, v. 403, nº 5, p. 337-9, 6 jan 1995. Seção 1.

- *Dicionário e referências semelhantes*

Stedman. *Dicionário médico*. 25ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996. Apraxia; p. 91.

- *Texto clássico*

The Winter's Tale: act 5, scene 1, lines 13-6. *The complete works of William Shakespeare*. Londres: Rex; 1973.

- *Material não publicado/aguardando publicação*

Martins-Costa J. A reconstrução do direito privado: reflexos dos princípios constitucionais e dos direitos fundamentais no direito privado (mimeo ou no prelo).

- *Material eletrônico*

Fortes PAC. A bioética em um mundo em transformação. [Internet]. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2011 ago [acesso 22 dez 2011]. 19(2):319-27. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/630/657

Comunicações:

bioetica@portalmedico.org.br

Conselho Federal de Medicina. SGAS 915, Lote 72.

Brasília/DF, Brasil. CEP 70390-150.

6. ARTIGO ORIGINAL

Percepções da comunicação nas relações entre médicos e pacientes

Alex André Ferreira Queiroz ¹, Sarah Santana Diniz ², Déborah Pimentel ³

Resumo

Trata-se de duas pesquisas simultâneas, descritivas, transversais e quantitativas, realizadas na capital do estado de Sergipe, com o objetivo de avaliar a percepção de médicos e a de pacientes sobre as relações que desenvolvem entre si nos serviços de saúde. Foram entrevistados, respectivamente, 100 médicos e 200 pacientes. Na percepção dos médicos, 99% dos pacientes saem satisfeitos com o atendimento recebido; entretanto, 12,9% dos pacientes referem não ter gostado do médico que lhes atendeu. Os pacientes identificam atitudes do médico que prejudicam a adequada relação, sobretudo dificuldades de comunicação. Houve diferenças significativas entre o atendimento recebido, na percepção dos pacientes, a depender do tipo de serviço, se público ou privado. Os resultados indicam a necessidade de o médico repensar algumas de suas posturas, de valorizar a subjetividade dos pacientes e de aperfeiçoar suas habilidades de comunicação.

Palavras-chave: Relações médico-paciente. Percepção. Satisfação do paciente. Comunicação.

Resumen

Percepciones de la comunicación en las relaciones entre médicos y pacientes

Se tratan de dos investigaciones simultáneas, descriptivas, transversales y cuantitativas, realizadas en la capital del estado de Sergipe, con el objetivo de evaluar la percepción de médicos y la de pacientes sobre las relaciones que desarrollan entre sí en los servicios de salud. Fueron entrevistados, respectivamente, 100 médicos y 200 pacientes. En la percepción de los médicos, 99% de los pacientes salen satisfechos con el atendimento recibido; sin embargo, 12,9% de los pacientes refieren no haber gustado el médico que les atendió. Los pacientes identifican actitudes del médico que perjudican la adecuada relación, sobretudo dificultades de comunicación. Hubo diferencias significativas entre el atendimento recibido, en la percepción de los pacientes, a depender del tipo de servicio, si público o privado. Los resultados indican la necesidad del médico repensar algunas de sus posturas, de valorar la subjetividad de los pacientes y de perfeccionar sus habilidades de comunicación.

Palabras clave: Relaciones médico-paciente. Percepción. Satisfacción del paciente. Comunicación.

Abstract

Perceptions of the communication in the physician-patient relationships

This study is a result of two simultaneous descriptive quantitative cross-sectional surveys conducted in the capital city of Sergipe, aiming to evaluate physicians' and patients' views of the interactions between them in health services. 100 physicians and 200 patients were interviewed, respectively. In the physicians' perception, 99% of the patients were satisfied with the assistance received; however, 12.9% of the patients declared to be dissatisfied with the physician who assisted them. The patients identified physicians' attitudes that compromised the therapeutic relationship, especially communication difficulties. The quality of assistance was significantly different, in the patients' view, depending on the type of service, whether public or private. Our findings suggest that it is imperative for physicians to reconsider their attitude, improving their communication skills and considering patients' subjectivities.

Keywords: Physician-patient relations. Perception. Patient satisfaction. Communication.

Aprovação CEP-UFS 27344214.7.0000.5546

1. Graduando alex.qrz@hotmail.com – Universidade Federal de Sergipe (UFS) **2. Graduanda** sarahsdiniz@hotmail.com – Universidade Tiradentes, Aracaju/SE **3. Doutora** deborah@infonet.com.br – UFS, Aracaju/SE, Brasil.

Correspondência

Alex André Ferreira Queiroz – Avenida Centenário, nº 10, Condomínio José Rollemberg Leite, bloco 1, apt. 403, Bugio CEP 49090-040. Aracaju/SE, Brasil.

Declararam não haver conflitos de interesse.

A comunicação é a base da relação médico-paciente e, quando efetiva, acarreta inúmeros benefícios, dentre os quais melhor adesão ao tratamento e maior grau de satisfação de médicos e pacientes ^{1,2}, além de ser uma forma eficaz de humanizar os serviços de saúde ³.

A relação médico-paciente é ponto fundamental da prática médica ⁴, e deve ser construída com base no respeito, na empatia, na confiança e no sigilo entre o profissional e o paciente ⁵⁻⁸. Assim, é necessário que os médicos desenvolvam relações afetuosas com seus pacientes, e que os compreendam como seres constituídos de vivências e de saberes prévios àquele encontro ⁹. Para tanto, é impossível dissociar a doença da pessoa doente, de suas crenças, emoções, forma de enxergar a doença, dúvidas quanto ao processo de adoecimento e o seu direito de decidir sobre os rumos do tratamento ⁷.

Um dos maiores problemas da Medicina na atualidade é o afastamento entre médicos e pacientes. Cada vez mais, os profissionais tratam doenças e desconsideram a subjetividade da pessoa doente ^{4,10-13}. Os pacientes, por sua vez, ao procurarem os serviços médicos, buscam não apenas conhecimento técnico especializado para o diagnóstico dos seus problemas de saúde, mas também atenção e afeto, que os médicos nem sempre estão dispostos a oferecer, abrindo precedentes para dificuldades no relacionamento entre eles ^{4,14}.

Sabendo que é preciso discutir a relação médico-paciente, pois, dessa forma, pode-se alcançar mudanças significativas nesse processo ¹⁵, e tendo em vista que existem muitos trabalhos na literatura que se destinam a investigar este tema, mas faltam estudos que analisem os dois pontos de vista simultaneamente, realizamos duas pesquisas que se propuseram a analisar a percepção de médicos e a dos pacientes, respectivamente, sobre a relação que desenvolvem, entre si, nos serviços de saúde.

Método

Tratam-se de dois estudos com metodologia quantitativa, exploratórios, transversais e descritivos, realizados na cidade de Aracaju, estado de Sergipe, ao longo do primeiro semestre de 2016, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Vivos, de acordo com a norma do Conselho Nacional de Saúde, Resolução CNS 466/12.

Foram escolhidos para a primeira pesquisa, pacientes maiores de 18 anos, em estabelecimentos de saúde públicos e privados da cidade. A amostra deste primeiro estudo foi por conveniência. O cálculo amostral foi realizado de acordo com a fórmula de Gil ¹⁶ para populações infinitas (acima de 100 mil habitantes), considerando uma população urbana de cerca de 570 mil pessoas ¹⁷. Com nível de confiança de 95%, erro máximo permitido de 6% e hipótese de que ao menos 10% da população de pacientes saem satisfeitos da consulta, foi estabelecido o número mínimo de 100 pacientes participantes, abordados nas imediações de acesso aos serviços médicos. Foram coletados, no entanto, 200 questionários.

Os participantes médicos tiveram a sua amostra ideal (97) determinada por Gil ¹⁶, baseada na fórmula para populações finitas, que levou em consideração o número de 3.382 profissionais em Sergipe ¹⁸, que foram alcançados em estabelecimentos de saúde ou em eventos científicos da categoria. Para efeito de cálculo, adotou-se nível de confiança de 95%, erro máximo permitido de 6% e a hipótese de que ao menos 10% dos

médicos se reconhecem com habilidades de comunicação com os pacientes. Para esta segunda pesquisa foram coletados 100 questionários.

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados, dois questionários complementares. Aquele dirigido aos médicos foi composto por nove questões de identificação socioeconômica e 58 questões referentes ao processo de comunicação entre médicos e pacientes. Para efeito deste trabalho, sete dessas questões foram excluídas, por se referirem à comunicação de más notícias, objeto de outro artigo. Por sua vez, o questionário aplicado aos pacientes foi constituído por sete questões de identificação socioeconômica e 50 questões referentes ao processo de comunicação.

Os questionários, autoaplicáveis, foram construídos para um fácil e rápido preenchimento (cerca de cinco minutos). Estes instrumentos possibilitaram aos pesquisadores conhecer o perfil dos médicos e o dos pacientes com as variáveis socioeconômicas e as condições em que eles oferecem e recebem os serviços de saúde, respectivamente, e ainda, como estabelecem a comunicação entre si.

No que tange à análise dos dados, em ambas as pesquisas, estes foram descritos por meio de frequências simples e percentuais, quando com variáveis categóricas, e média e desvio padrão, quando contínuas ou ordinais.

Para avaliar as associações entre resultados das duas pesquisas, concernente às variáveis categóricas, foi utilizado o teste Exato de Fisher; nas diferenças de média foi utilizada a Análise de Variância – Anova; e para correlação entre variáveis contínuas ou ordinais foi utilizada a correlação de Pearson. O nível de significância adotado foi de 5% e o software utilizado foi o R Core Team 2016.

Resultados e discussão

As amostras das pesquisas foram constituídas por 100 médicos e 200 pacientes. Em relação aos médicos, a maioria (51%) era do sexo masculino, casado (76%), com média etária de 43,4 ($\pm 9,7$) anos, e tempo médio de graduação de 17,6 ($\pm 9,3$) anos, sendo que 88,8% deles tinham pós-graduação.

No que se refere aos pacientes, 71,5% eram do sexo feminino, sendo 50% solteiros, com idade média de 34,9 ($\pm 14,3$) anos, e a maioria (24,9%) possuía ensino superior incompleto, seguida daqueles que apresentavam ensino fundamental incompleto (19,3%). Quanto ao tipo de atendimento recebido, 45% eram pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 42,5% por plano de saúde e 12,5% eram assistidos em consultas particulares.

As Tabelas 1 e 2 sintetizam os resultados referentes à relação médico-paciente obtidos nos estudos.

A pesquisa com os médicos mostrou que eles se consideram pontuais (98%), simpáticos (99%), levantam para receber seus pacientes (84%), apertam a mão destes (87%), acreditam que os pacientes saem satisfeitos da consulta (99%) e que os indicam como médicos (100%).

Entretanto, dos pacientes que responderam ao questionário, 12,9% afirmaram não ter gostado do médico que lhes atendeu, sendo que 11,3% deles relataram que não recomendariam o profissional que lhes prestou auxílio. Na percepção desses pacientes, alguns problemas podem ser percebidos na relação com o médico, como falta de pontualidade (29,2%), não levantar quando o paciente entra na sala (51,1%), falta de

contato físico como “aperto de mão” (44,5%), não ser chamado pelo nome (21,8%) e não manter contato visual (20,7%).

De forma similar a esses resultados, outro estudo ¹⁹, que avaliou a concordância de médicos e pacientes sobre aspectos relacionados à satisfação destes com a consulta médica, identificou que 22,5% dos pacientes não haviam gostado da consulta, enquanto, na percepção dos médicos, apenas 4,7% dos pacientes teriam ficado insatisfeitos com o atendimento recebido. Assim, de um lado temos a figura do médico que julga atender integralmente às necessidades dos seus pacientes e, do outro, há pessoas nem sempre totalmente satisfeitas com o atendimento recebido. Essa divergência de expectativas e resultados acarreta conflitos que podem dificultar o estabelecimento de uma sólida relação médico-paciente, como também resultar em processos ético-profissionais.

Nas últimas décadas, as alterações sociais vivenciadas no Brasil, com o fortalecimento da cidadania e dos instrumentos de defesa do consumidor, têm modificado a relação médico-paciente ^{20,21}. Nesse sentido, uma pesquisa ²¹ identificou que a dificuldade na relação médico-paciente é responsável por 13,8% das denúncias contra médicos ao Conselho Regional de Medicina de Sergipe; enquanto outro estudo ²⁰ percebeu que a principal causa de denúncia quanto à relação médico-paciente ao Conselho Regional de Medicina de Goiás foi por mau atendimento (39,5%). Em decorrência, constata-se que é preciso que o médico seja mais atencioso e abandone a postura de distanciamento do seu paciente.

De fato, na percepção dos pacientes, as habilidades humanas têm mais valor que as habilidades técnicas dos profissionais da saúde. Dessa forma, estabelecer uma relação afetuosa, tocar nos pacientes, dar explicações sobre o diagnóstico e/ou o tratamento, usar linguagem acessível, respeitar a autonomia, bem como estar disposto a conversar sobre outros assuntos, que não apenas os referentes à saúde, são atitudes do profissional associadas à maior satisfação dos pacientes ^{9,12,22}.

Tabela 1. A relação médico-paciente sob a percepção dos pacientes, Aracaju/SE, Brasil, 2016

	n	%
O médico foi pontual?		
Sim	126	70,8
Não	52	29,2
Você gostou do médico?		
Sim	169	87,1
Não	25	12,9
O médico foi simpático ao dizer “bom dia/boa tarde/boa noite”?		
Sim	164	85,0
Não	11	5,7
Não cumprimentou	18	9,3
O médico levantou quando você entrou na sala?		
Sim	90	48,9
Não	94	51,1
O médico “apertou sua mão”?		
Sim	103	53,6
Não	89	46,4
O médico chamou você pelo nome?		
Sim	151	78,2
Não	42	21,8
Você foi bem tratado pelo médico?		
Sim	170	88,1
Não	6	3,1
Indiferente	17	8,8
O médico foi simpático com você?		
Sim	164	85,0

Não	13	6,7
Indiferente	16	8,3
O médico lhe passou confiança?		
Sim	168	87,5
Não	15	7,8
Não sei	9	4,7
O médico manteve contato visual com você?		
Sim	153	79,3
Não	40	20,7
Você acha que o médico é capaz de compreender tudo o que você diz na consulta?		
Sempre	160	83,8
Às vezes	29	15,2
Raramente	2	1,0
Houve alguma interrupção durante a consulta?		
Sim	27	14,1
Não	165	85,9
Você teve privacidade durante o (a) atendimento médico/internação?		
Sim	184	93,4
Não	13	6,6
O médico explicou o que você tinha?		
Sim	169	88,0
Não	23	12,0
O médico se despediu no final da consulta?		
Sim	171	90,0
Não	19	10,0
Você ficou satisfeito com a consulta?		
Sim	172	90,5
Não	18	9,5
Você indicaria o médico que o (a) atendeu?		
Sim	173	88,7
Não	22	11,3

As respostas indicam que os pacientes acham que o relacionamento entre médicos e pacientes deve ser cordial e que o profissional deve dar espaço para que se sintam livres para se expressar, garantindo, inclusive, privacidade e ausência de interrupções por terceiros^{5,8,11}. Entretanto, essa nem sempre é uma realidade, como demonstrado em pesquisa⁹ realizada em Fortaleza, que verificou que 35,9% dos pacientes concordavam que o médico não deu oportunidades para que eles falassem sobre suas preocupações com a saúde; outro trabalho²³, também realizado no nordeste do Brasil, observou-se que, em 91,4% das consultas, os médicos não permitem que os pacientes expressem seus medos ou ansiedades.

Em nosso estudo, apesar de os dados gerais da pesquisa com pacientes mostrarem que, na percepção destes, os médicos são simpáticos desde o momento em que os recebem e os cumprimentam (85%) e que, do ponto de vista do médico, a simpatia é a regra (99%), a análise comparativa dos dois estudos, referente ao tipo de atendimento, apresentou diferenças.

A pesquisa sobre a percepção dos pacientes revelou que os médicos foram menos simpáticos quando o tipo de atendimento era por plano de saúde, sendo que 12% dos pacientes relataram que os médicos nem os cumprimentaram com um “*bom dia*”, enquanto no SUS e no atendimento particular os pacientes se queixam desta má postura com frequência menor, de 8,2% e 4%, respectivamente. Infere-se que o profissional na sua clínica privada, ao atender planos de saúde, provavelmente coloca metas numéricas de atendimento por turnos, com o intuito de ganhar mais dinheiro em menos tempo, haja vista os valores baixos recebidos por cada atendimento e/ou procedimento médico, o que faz com que tente agilizar ao máximo aquelas consultas, esquecendo até mesmo os cumprimentos básicos que regem as relações humanas²⁴.

Em virtude desse achado, é preciso reforçar a importância de o paciente se sentir acolhido e valorizado diante da figura do médico. Trabalho ²⁵ realizado em Minas Gerais mostrou que, na percepção de 92,3% dos pacientes, o médico ser alegre e sorridente ajuda no processo de restabelecimento da saúde; enquanto 69,2% dos entrevistados afirmaram que não se consultariam com um médico de comportamento grosseiro, por mais famoso e bem-conceituado que fosse.

Ainda no que se refere aos cumprimentos, é importante que, durante o atendimento, o profissional de saúde estabeleça contato físico com seus pacientes, com um aperto de mão respeitoso e acolhedor, de forma a estreitar o vínculo entre eles ⁹. No presente estudo, os pacientes relataram que 59,5% dos médicos não os cumprimentam com aperto de mão quando o atendimento era por meio do SUS, enquanto no atendimento por plano de saúde e no particular essa má postura foi encontrada com frequência de 37,3% e 32%, respectivamente. Esse pior desempenho no SUS pode ser justificado pela maior demanda de pacientes no serviço público e, conseqüentemente, menor tempo disponível para receber o paciente adequadamente ²⁴.

Quando questionados sobre pontualidade, 29,2% dos pacientes perceberam que o médico não foi pontual, apesar de apenas 2% dos profissionais entrevistados assumirem que raramente são pontuais, conforme mostrado na Tabela 2. A análise por tipo de atendimento mostrou que, na percepção dos pacientes, a maioria dos atrasos do médico ocorreu quando o atendimento era por plano de saúde (37,3%). Por outro lado, apenas 12,6% dos pacientes atendidos em consultas particulares consideraram que o médico não foi pontual.

Pesquisa ²⁶ relatando a percepção de pacientes sobre a assistência médica mostrou que uma das principais queixas entre os usuários do SUS é o tempo de espera, com prejuízo à satisfação quanto ao atendimento recebido. Segundo os dados desses autores, 28,9% dos pacientes atendidos no serviço público esperavam até mais de duas horas para serem atendidos, enquanto no setor privado, apenas 9,9% dos pacientes haviam aguardado a consulta médica por tempo similar. Contrariando essas expectativas, 76,1% dos pacientes do nosso estudo, atendidos pelo Sistema Único de Saúde, consideraram o médico pontual; entretanto, deve-se observar que muitos destes foram atendidos por médicos que já estavam nas unidades de saúde quando da chegada destes pacientes, reduzindo, por conseguinte, o tempo de espera.

Tabela 2. A relação médico-paciente sob a percepção dos médicos, Aracaju/SE, Brasil, 2016

	n	%
Você é pontual?		
Sempre	34	34,0
Frequentemente	64	64,0
Raramente	2	2,0
Você acha que seus pacientes ficam satisfeitos com o seu atendimento?		
Sim	98	99,0
Não	1	1,0
Você costuma ser simpático ao dizer Bom dia/Boa tarde/Boa noite?		
Sim	99	99,0
Não sei	1	1,0
Você costuma levantar para receber seus pacientes?		
Sim	84	84,0
Não	16	16,0
Você costuma "apertar a mão" dos seus pacientes?		
Sim	87	87,0
Não	13	13,0
Você acha importante "apertar a mão" dos seus pacientes?		

Sim	82	94,3
Não	5	5,7
Você se considera cordial com seus pacientes?		
Sim	100	100,0
Não	0	0,0
Você se considera simpático com seus pacientes?		
Sim	99	99,0
Não	1	1,0
Você acha que transmite confiança ao paciente?		
Sim	100	100,0
Não	0	0,0
Você mantém contato visual com seus pacientes?		
Sim	100	100,0
Não	0	0,0
Você consegue compreender tudo o que seu paciente fala?		
Sempre	76	76,8
Às vezes	22	22,2
Raramente	1	1,0
Você costuma chamar seu paciente pelo nome?		
Sim	98	98,0
Não	2	2,0
Sua consulta é interrompida com frequência?		
Sim	10	10,0
Não	59	59,0
Às vezes	31	31,0
Você oferece privacidade a seus pacientes durante o atendimento?		
Sim	91	91,0
Não	9	9,0
Você costuma explicar ao paciente o que ele tem?		
Sim	96	96,0
Não	4	4,0
Você acha que seu paciente sai satisfeito da consulta?		
Sim	98	99,0
Não	1	1,0
Você acha que seus pacientes o indicam como médico?		
Sim	100	100,0
Não	0	0,0

No que se refere à comunicação entre o profissional e o paciente, sabe-se que, quando efetiva, há impacto favorável no processo saúde/doença, atuando desde a promoção e a prevenção de enfermidades até melhorando a adesão aos tratamentos^{3,27}. Entretanto, os médicos nem sempre parecem estar abertos a esse diálogo. Pesquisa²³ realizada no Ceará observou que 39,1% dos médicos não explicam de forma clara e compreensível os problemas de saúde aos seus pacientes; enquanto outro estudo⁵, feito no Norte do país, identificou que, na percepção de 66,7% dos pacientes, a comunicação do médico com eles foi falha ou inexistente; e para 26% dos participantes do mesmo artigo, o médico se deteve aos exames e aos prontuários, sem estabelecer verdadeiramente a comunicação interpessoal.

De modo contrário a essa postura, a comunicação verbal entre médicos e pacientes deve ser mantida com respeito e o médico deve se dirigir ao paciente chamando-o pelo nome, personalizando aquela relação e valorizando a biografia e a singularidade de cada indivíduo²⁸. Quando questionados, no atual estudo, os pacientes informaram que não foram chamados pelo nome, com maior frequência, quando o atendimento era pelo SUS (29,4%), enquanto no particular apenas 4% dos pacientes tiveram essa percepção, com $p=0,02$. Possivelmente, o grande número de pacientes encontrados no SUS, associado ao reduzido tempo de consulta pode ajudar a explicar esse achado, pois, no sistema público de saúde, nem sempre parece haver espaço para a comunicação efetiva entre médico e paciente²⁹.

Outro aspecto que requer atenção é a comunicação de diagnósticos e prognósticos de doenças, visto que as palavras do médico exercem importante influência sobre o paciente. Uma pesquisa ³⁰, que buscou avaliar a postura dos médicos frente à informação do diagnóstico e prognóstico do câncer avançado, mostrou que apenas 60,5% deles relataram sempre informar o diagnóstico de uma doença grave ao paciente; sendo que, em caso de diagnóstico de condição terminal, 50% deles disseram informar primeiro à família do paciente, para que esta decida se deve ou não contar toda a verdade a ele. Na percepção de 34,8% desses médicos, não dar o diagnóstico ou fazê-lo com restrições é uma forma de preservar emocionalmente o paciente.

Contudo, é preciso reforçar que aquele que desconhece seu diagnóstico não entende o porquê de estar sendo tratado, e frequentemente não adere às propostas terapêuticas. Portanto, cabe aos profissionais contar a verdade sobre a doença a seus pacientes, tendo o cuidado, porém, de nunca tirar-lhes a esperança ^{30,31}.

Os médicos participantes neste presente estudo parecem estar alinhados aos princípios acima, uma vez que 96% disseram explicar aos seus pacientes o que eles têm. Apesar disso, 12% dos pacientes que responderam aos questionários relataram não ter recebido informação médica sobre seus problemas de saúde. A análise por tipo de atendimento revelou que, na percepção do paciente, o médico dá mais explicações quando o atendimento é particular (96%) ou por plano de saúde (94%) em comparação ao atendimento no SUS (79,8%), com $p=0,008$. Assim, cabe aos médicos refletir acerca da desigualdade de resultados apontada neste estudo, lembrando que a informação do diagnóstico é um direito dos pacientes, e que é seu dever assegurar-lhes a autonomia para decidir sobre as intervenções terapêuticas a que desejam se submeter ^{30,32}.

Para que haja melhorias na comunicação médico-paciente, é importante a atuação das escolas médicas como centros formadores de profissionais mais críticos e conscientes quanto ao seu dever e mais humanizados em suas relações com os pacientes. As mudanças na formação médica, dentre as quais, maior ênfase em habilidades de comunicação, podem alterar a relação médico-paciente ao desenvolver nos estudantes o reconhecimento da importância de centralizar suas ações na pessoa doente, e não apenas na doença ^{23,33,34}. Trabalho realizado ¹ na região Sul do Brasil mostrou, inclusive, que o ensino de estratégias para melhorar a relação médico-paciente é um anseio dos próprios estudantes de Medicina, uma vez que 60% dos alunos entrevistados mostraram o desejo de aprender mais sobre a relação médico-paciente durante a graduação. Para 68% desses estudantes do último ano do curso, tal aprendizado ocorreu na prática, pela observação de profissionais e de colegas da faculdade.

Ainda no que se refere à formação, o tempo decorrido desde a graduação médica parece influenciar a forma como o paciente é tratado. Em nosso estudo, dos médicos que assumiram não levantar da cadeira para receber seus pacientes, 24% tinham entre seis e 15 anos de graduados e 10% tinham mais de dez anos. Da mesma forma, 27% dos que não apertam a mão dos pacientes tinham pelo menos seis anos de graduação. Esse comportamento deselegante parece ter raízes históricas, pois o médico, representante do saber científico, sempre foi visto com distinção na sociedade, assumindo, portanto, postura de superioridade, aceita com naturalidade até mesmo pelos próprios pacientes. Soma-se a isso a deficiência na formação médica, no que se refere às habilidades de comunicação para lidar com aqueles que demandam atenção e cuidados ^{14,15}.

Outro aspecto que dificulta a relação médico-paciente é a incompreensão do profissional quanto às queixas do paciente ³⁵. Observou-se, no atual estudo, que os médicos que têm mais dificuldade em compreender o que os pacientes falam durante as consultas são, justamente, aqueles que trabalham mais de 12 horas por dia. Destes, 40% relataram que nem sempre conseguem entender as queixas dos pacientes. Este resultado é mais satisfatório entre aqueles que trabalham até oito horas, pois, nesse caso, apenas 10% dos médicos afirmaram ter alguma dificuldade para compreender o que seus pacientes falam.

A nossa pesquisa mostrou ainda, nos dados sociodemográficos, o número de atendimentos realizados pelos médicos em um dia de trabalho, e os resultados revelaram que quanto mais atendimentos o médico faz em um dia, menor tende a ser a duração das consultas. Se estas variam de cerca de 30 minutos a uma hora, quando o médico realizou até dez atendimentos ao dia, duram de cinco a 15 minutos, quando há mais de 40 atendimentos no dia ($p=0,001$). Cumpre salientar que maior tempo de consulta geralmente está associado a atendimento de melhor qualidade ²³.

É importante ressaltar, além disso, que não há sentido em o médico realizar grande quantidade de consultas em um dia, se as necessidades dos pacientes não forem atendidas ¹⁹. Portanto, é importante que o médico esteja sempre disposto a ouvir a demanda dos pacientes e a buscar soluções naquilo que for possível, sem se preocupar com o tempo da consulta ⁴. Tal necessidade, todavia, pode vir de encontro às necessidades de atendimento decorrentes da grande demanda a que estão submetidos os serviços de saúde, o que implica não apenas na contratação de mais profissionais, mas também na reformulação das estratégias de atendimento para priorizar a qualidade.

Para alcançar esse objetivo, é necessário que toda uma rede de suporte seja estabelecida. A precariedade da estrutura dos serviços pode influenciar na qualidade do atendimento e, portanto, não é benéfica para a relação médico-paciente ^{5,24}. No presente estudo, os pacientes tiveram a oportunidade de avaliar a estrutura física dos estabelecimentos onde foram atendidos, e apenas 4,2% e 4,8% dos pacientes particulares e por plano de saúde, respectivamente, não acharam a estrutura do consultório adequada, enquanto no SUS esse número alcançou 30,9% de insatisfação, com $p<0,001$. As principais queixas foram em relação à ventilação (78,6%), comodidade (42,9%) e higiene (28,6%). De forma semelhante, em pesquisa ²³ anterior feita também no Nordeste do Brasil, problemas com infraestrutura e com a organização do serviço foram queixas frequentes.

Por sua vez, quando questionados sobre equipamentos, adequação, conforto e higiene dos seus locais de trabalho, 77% dos médicos do presente estudo avaliaram os consultórios particulares como satisfatórios, enquanto apenas 47% fizeram essa mesma avaliação dos ambulatórios. Em relação aos hospitais públicos, somente 19% dos médicos entrevistados os consideraram satisfatórios; já os hospitais privados foram avaliados como insatisfatórios por apenas 5% dos médicos.

Apesar dessas estruturas físicas destoantes, que prejudicam o adequado atendimento, e do fato de a relação médico-paciente ser influenciada também pelo contexto socioeconômico dos envolvidos nesse encontro ³⁰, a origem do paciente não deve interferir negativamente na forma como o paciente é tratado, como foi visto neste estudo. Percebeu-se, entretanto, que os pacientes do SUS foram os que mais referiram não terem sido bem tratados pelo médico (16,5%), os que mais julgaram que o médico não foi simpático

(17,6%) e os que mais perceberam que o médico não manteve contato visual com eles (28,2%), o que tem implicações diretas no grau de satisfação.

Ao final da consulta, por sua vez, o médico deve assegurar-se de que o paciente entendeu as informações transmitidas, quais os próximos passos da investigação diagnóstica e/ou do tratamento e deve se despedir afetuosamente do paciente. Apesar disso, em estudo ²³ anterior, identificou-se que em 55% das consultas os médicos não verificam o grau de entendimento dos pacientes sobre o diagnóstico dado; e em 53% das consultas, o profissional não avalia a compreensão do paciente quanto às indicações terapêuticas. Além disso, no presente trabalho, percebeu-se que, na percepção dos pacientes, quando estes eram atendidos pelo SUS, 14,5% dos médicos não se despediram; todavia, quando o atendimento era particular esse número caiu para apenas 4%.

Dessa forma, em linhas gerais, os resultados deste estudo se aproximam aos de outra pesquisa ²⁶, que analisou a percepção da população brasileira sobre a assistência à saúde prestada pelo médico, com base na Pesquisa Nacional de Saúde, e identificou melhores avaliações no atendimento privado. Como visto anteriormente, somam-se à essa desigualdade, a falta de comunicação, de infraestrutura e de preparo de muitos médicos para lidar com a dimensão subjetiva dos pacientes.

Em virtude desses problemas, percebeu-se que existe a necessidade de um novo perfil de profissional médico, que não se restrinja ao componente biológico do indivíduo e que possua melhor capacidade de acolher às demandas dos pacientes e de se comunicar com eles ^{23,35}. Em síntese, o trabalho do médico deve ser desenvolvido com compaixão, benevolência, prudência, virtude, lealdade aos seus pacientes e respeito à dignidade do ser humano ²². Nesse sentido, a construção do vínculo com os pacientes deve ser um objetivo diário do profissional médico, pois este nunca deve esquecer que ele é, para o homem doente, a esperança da salvação ²⁰.

Este estudo apresentou limitações. Os médicos desta pesquisa não foram necessariamente os mesmos que atenderam os pacientes, haja vista, inclusive, que tivemos dificuldades em conseguir médicos dispostos a contribuir com a pesquisa, apesar de garantirmos o sigilo e o anonimato de todos os participantes. Supõe-se também que grande número de perguntas não respondidas pelos médicos, deveu-se à uma reflexão acerca dos conteúdos apresentados, com possível constrangimento por seus atos, ainda que o questionário fosse anônimo. Igualmente, houve quantidade considerável de perguntas não respondidas, principalmente pelos pacientes, talvez não porque tenham se furtado a respondê-las, mas porque, possivelmente, lhes tenha faltado capacidade de compreendê-las ou discernimento crítico sobre o tipo de atendimento que receberam. Nesse sentido deve-se ter em conta que 45% deles eram atendidos pelo SUS, onde há uma população talvez menos exigente por desconhecer seus direitos na relação médico-paciente.

Sugere-se, no futuro, novas pesquisas com médicos e pacientes com entrevistas individuais semiestruturadas e/ou grupos focais, que poderiam discernir dúvidas, permitir confrontações e promover mais esclarecimentos sobre a relação médico-paciente.

Considerações finais

Os dados apresentados neste trabalho mostram, ainda que com algumas ressalvas, que existe, por parte de médicos e pacientes, uma percepção positiva sobre a relação que desenvolvem entre si nos serviços de saúde. Entretanto, algumas medidas podem ser empregadas com o objetivo de fortalecer o vínculo profissional-paciente e solucionar dificuldades desta relação, percebidas, na maioria das vezes, apenas por aqueles que recebem os cuidados médicos. Assim, atitudes como levantar para receber os pacientes, cumprimentá-los, manter contato visual durante as consultas, dar explicações sobre a doença e se despedir ao final da consulta devem fazer parte da rotina do médico e estão associadas ao aumento da satisfação dos pacientes com o serviço recebido.

Além disso, é imprescindível investir em ações que diminuam as divergências da qualidade de atendimento em virtude do tipo de serviço, se público ou privado. Observou-se, no presente estudo, que os pacientes assistidos em consultas particulares ou mediante planos de saúde fizeram melhor avaliação do atendimento recebido, em comparação aos pacientes do SUS. Apesar das atuais dificuldades do sistema público, dentre as quais a maior demanda de atendimentos e menor remuneração ao profissional, o médico não deve tratar com distinção o paciente em virtude de sua classe social ou do retorno financeiro proveniente do atendimento. Nesse sentido, além de uma reflexão crítica do médico a respeito de sua atitude enquanto profissional e mudança de postura, é preciso que os serviços de saúde, sobretudo os públicos, sejam melhor estruturados, de forma a evitar a sobrecarga de trabalho do médico e a garantir melhor remuneração aos profissionais.

Ainda no que se refere à infraestrutura, esforços devem ser empregados para prover um ambiente de consulta acolhedor e confortável tanto para o paciente, muitas vezes fragilizado pelo sofrimento inerente à doença, quanto ao profissional, que nem sempre trabalha em condições dignas. Neste estudo, a insatisfação com a estrutura física dos locais de atendimento, no sistema público, foi queixa constante, tanto pelos médicos, quanto pelos pacientes, o que reforça a necessidade de readequar esses serviços de saúde.

Por fim, é preciso que os médicos aprendam a se comunicar melhor com seus pacientes, reconhecendo nestes os gestos, as palavras e as singularidades de um ser humano doente, muitas vezes temeroso em demonstrar seus medos e suas dúvidas frente à figura do “*doutor*” — símbolo do saber e da cura. Para tanto, fica o desafio às escolas médicas de desenvolver ações que sensibilizem os futuros médicos para a importância de compreender a subjetividade dos pacientes e de trabalhar habilidades de comunicação desde o início da graduação. Somente por meio da empatia, do diálogo participativo e do afeto é possível consolidar a relação médico-paciente e tornar a Medicina mais humanizada.

Este artigo é fruto de monografia apresentada como trabalho de conclusão do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe.

Referências

1. Grosseman S, Stoll C. O Ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de Medicina. Rev. bras. educ. med. 2008;32(3):301-8.
2. Chehuen Neto JA, Sirimarco MT, Cândido TC, Bicalho TC, Matos BO, Berbert GH *et al.* Profissionais de saúde e a comunicação de más notícias sob a ótica do paciente. Rev Med Minas Gerais. 2013;23(4):518-25.

3. Ostermann AC, Souza J. Contribuições da análise da conversa para os estudos sobre o cuidado em saúde: reflexões a partir das atribuições feitas por pacientes. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(7):1521-33.
4. Ferreira RA, Cunha CF. Relação médico-paciente na adolescência. *Rev Med Minas Gerais*. 2014;24(Supl. 2):S80-86.
5. Pereira MGA, Azevêdo ES. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2005;51(3):153-7.
6. Santos AF, Barbosa RB, Faro SRS, Júnior AA. Representações sociais do processo saúde-doença entre nefrologistas e pacientes renais crônicos. *Psicol. saúde doenças*. 2005;6(1):57-67.
7. Santos MFO, Fernandes MGM, Sousa ESS, Oliveira HJ, Ramalho GL. Aspectos éticos considerados na relação médico-paciente: vivências de anesthesiologistas. *Rev Bras Anesthesiol*. 2013;63(5):398-403.
8. Marques Filho J, Hossne WS. A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. *Rev. bioet. (Impr.)*. 2015;23(2):304-10.
9. Nations MK, Gomes AMA. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(9):2103-12.
10. Soares JCRS, Camargo Júnior KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2007;11(21):65-78.
11. Guzmán JLD, Iriart JAB. Revelando o vírus, ocultando pessoas: exames de monitoramento (CD4 e CVP) e relação médico-paciente no contexto da AIDS. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(5):1132-40.
12. Porto D, Schierholt SR, Costa AM. Retratos da relação médico-paciente na atenção básica. *Rev. bioet. (Impr.)*. 2012;20(2):288-99.
13. Siqueira JE, Pessini L, Siqueira CEM. Conflitos morais sobre a terminalidade da vida: aspectos médicos, filosóficos e jurídicos. *Rev. colomb. Bioét* 2013;8(2):104-15.
14. Tesser CD. Três considerações sobre a “má medicina”. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2009;13(31):273-86.
15. Souza LV, Santos MA. Decisões em saúde no relacionamento entre o profissional e o paciente com transtorno alimentar. *Estud. psicol. (Campinas)* 2014;31(1):75-84.
16. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 2008.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 – Cidades. Dados gerais do município de Aracaju/SE. [Internet]. [acesso 20 jun 2015]. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=280030&search=sergipe%7Caracaju%7Cinfograficos:-dados-gerais-do-municipio>
18. Scheffer M, Cassenote A, Dal Poz MR, Matijasevitch A, Castilho EA, Oliveira RA *et al*. Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP/Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Conselho Federal de Medicina; 2015.
19. Santos T, Rosendo I, Pimenta G, Martins D, Francisco MP, Neto MG *et al*. Qualidade da consulta de medicina geral e familiar: conseguem os médicos julgar corretamente a qualidade sentida pelos doentes? *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2007;3(9):13-20.
20. Fujita RR, Santos IC. Denúncias por erro médico em Goiás. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2009;55(3):283-9.
21. Almeida TA, Pimentel D. Julgamento ético do médico em Sergipe, Brasil. *Rev. bioet. (Impr.)*. 2016;24(1):128-35.
22. Geovanini F, Braz M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. *Rev. bioet. (Impr.)*. 2013;21(3):455-62.
23. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004;9(1):139-46.
24. Pimentel D. Relações e conflitos éticos na prática de médicos e enfermeiros. Brasília: CFM; 2017.
25. Rossi-Barbosa LAR, Lima CC, Queiroz IN, Fróes SS, Caldeira AP. A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. *Rev. bras. educ. med*. 2010;34(3):363-70.
26. Szwarcwald CL, Damascena GN, Júnior PRBS, Almeida WS, Malta DC. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. Brasil, 2013. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016;21(2):339-49.
27. Fernandes CRD, Britto IAGS. Ação médica no contexto ambulatorial com o portador de HIV. *Psico-USF* 2007;12(2):309-18.
28. Caetano JA, Andrade LM, Soares E, Ponte RM. Cuidado humanizado em Terapia Intensiva: um estudo reflexivo. *Esc Anna Nery*. 2007;11(2):325-30.
29. Vasconcellos-Silva PR, Nolasco PTL. Dialética da autonomia dos equilíbrios nos conflitos entre pacientes e cirurgiões oncológicos. *Rev. Saúde Públ*. 2009;43(5):839-45.
30. Trindade ES, Azambuja LEO, Andrade JP, Garrafa V. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2007;53(1):68-74.
31. Silva CMGCH, Rodrigues CHS, Lima JC, Jucá NBH, Augusto KL, Lino CA *et al*. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(Supl. 1):1457-65.
32. Chaveiro N, Porto CC, Barbosa MA. Relação do paciente surdo com o médico. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. 2009;75(1):147-50.
33. Ferreira LC, Brito TM, Carvalho IGM, Ferreira RC. A percepção de acadêmicos sobre a relação médico-paciente discutida em oficinas problematizadas do caso do eixo teórico-prático integrado (Cetpi). *Rev. bras. educ. med*. 2015;39(1):119-22.
34. Rabelo L, Garcia VL. Role-Play para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e relacionais. *Rev. bras. educ. med*. 2015;39(4):586-96.

35. Caprara A, Franco ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad. Saúde Pública 1999;15(3):647-54.

Participação dos autores

Alex André Ferreira Queiroz e Sarah Santana Diniz elaboraram o projeto, fizeram a coleta e a interpretação dos dados. Alex André Ferreira Queiroz escreveu o artigo. Déborah Pimentel orientou o projeto e revisou o texto final.

Recebido: 16.11.2017

Revisado:

Aprovado:

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**Comunicação entre médicos e pacientes nos serviços de saúde: uma pesquisa qualitativa**”. O objetivo deste estudo é conhecer as formas de comunicação entre médicos e pacientes e a relação estabelecida entre eles nos serviços de saúde. Sua participação não é obrigatória e sua recusa não trará nenhum ônus para si e nem prejuízo ao projeto. Ressaltamos que, a qualquer momento, você pode desistir e retirar seu consentimento.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao questionário que está anexo a este termo de consentimento. As informações obtidas durante essa pesquisa, em todas as etapas, serão confidenciais e asseguramos o anonimato e o sigilo sobre sua participação, sobre o local de coleta de dados e/ou local de trabalho.

Você não será submetido a quaisquer riscos, não terá despesas, nem será remunerado por sua participação. O benefício advindo desse estudo é a contribuição que os resultados dessa pesquisa podem oferecer como reflexão para a melhoria da relação médico-paciente nos serviços de saúde.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam e-mail, telefone e endereço institucional do pesquisador principal e colaboradores. Com eles, você pode tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, recebi todos os esclarecimentos solicitados, reconheço a ausência de riscos e entendi os benefícios de minha participação na pesquisa. Dessa forma, concordo em colaborar com este estudo e autorizo a utilização dos dados do instrumento que estou respondendo para os fins a que se destina essa pesquisa, bem como aprovo a utilização dessas informações para a divulgação de trabalhos entre a comunidade científica.

_____, ____/____/2016.
Local Data

Sujeito da pesquisa/Documento de identificação

Pesquisador responsável pela coleta (Telefone e e-mail)

Pesquisadora Principal
Déborah Mônica Machado Pimentel
Hospital Universitário José Aloísio de Campos. Rua Cláudio Batista, s/n. Santo Antônio,
Aracaju/SE CEP: 49060-100.
E-mail: deborah@infonet.com.br
Telefone: (79) 3214-1948

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PACIENTES

COMUNICAÇÃO ENTRE MÉDICOS E PACIENTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA PESQUISA QUALITATIVA

Questionário a ser aplicado aos pacientes

Agradecemos por sua participação na pesquisa. Este questionário contém sete questões de identificação socioeconômica e 50 questões referentes ao processo de comunicação entre médicos e pacientes. Sinta-se à vontade para não responder a perguntas que julgue constrangedoras. Você investirá cerca de cinco minutos para o preenchimento deste instrumento de coleta de dados e contribuirá para o conhecimento e a melhoria das relações de comunicação estabelecidas entre médicos e pacientes nos serviços de saúde.

- **Idade:** _____
- **Sexo:** () Masculino () Feminino
- **Profissão:** _____
- **Escolaridade:**
 - () Ensino Fundamental Incompleto
 - () Ensino Fundamental Completo
 - () Ensino Médio Incompleto
 - () Ensino Médio Completo
 - () Ensino Superior Incompleto
 - () Ensino Superior Completo
 - () Pós-graduação
- **Estado civil:**
 - () Solteiro
 - () Casado
 - () Viúvo
 - () Divorciado
 - () Outro
- **Tipo de atendimento:**
 - () Plano de saúde

- SUS
- Particular

▪ **Local onde foi abordado para responder este questionário:**

- Imediações de Hospital Público
- Imediações de Hospital Privado
- Imediações de Hospital Beneficente
- Imediações de Hospital Universitário
- Imediações de Unidade de Saúde da Família
- Outros _____

1. Você foi atendido por algum médico hoje?

- Sim
- Não

Se Não, você acompanhou alguém em uma consulta hoje?

- Sim
- Não

2. O médico foi pontual?

- Sim
- Não

3. Há quanto tempo você marcou esse(a) exame/ retorno/ consulta?

- Até uma semana
- Duas semanas
- Um mês
- Mais de um mês. Quanto tempo? _____

4. Sua consulta foi com hora marcada ou por ordem de chegada?

- Hora marcada
- Ordem de chegada
- Atendimento preferencial

5. Quanto tempo você esperou para ser atendido no dia de consulta/ exame/ retorno?

- Menos de 15 minutos
- De 15 a 30 minutos
- Acima de 30 minutos até 1 hora
- Mais de 1 hora. Especifique: _____

6. Você/ familiar/ conhecido foi atendido após esse tempo de espera?

- Sim
- Não

7. Você gostou do médico?

- Sim
- Não
- Não sei

8. O médico foi simpático ao dizer Bom dia/ Bom tarde/ Boa noite?

- Sim
- Não
- Não cumprimentou

9. O médico levantou quando você entrou na sala?

- Sim
- Não

10. O médico “apertou sua mão”?

- Sim
- Não

11. O médico o (a) chamou pelo nome?

- Sim
- Não

12. Quanto à aparência, o médico estava adequado para o atendimento?

- Sim
- Não

Se NÃO, em que aspectos o médico precisava melhorar?

Vestimentas

Higiene

Outros. Especifique: _____

13. Você foi bem tratado pelo médico?

Sim

Não

Indiferente

14. O médico foi simpático com você?

Sim

Não

Indiferente

15. O médico lhe passou confiança?

Sim

Não

Não sei

16. O médico manteve contato visual com você?

Sim

Não

17. Você acha que o médico é capaz de compreender tudo o que você diz na consulta?

Sempre

Às vezes. Por quê? _____

Raramente. Por quê? _____

18. O médico fez exame físico?

Sim

Não

Se SIM, o médico lavou as mãos?

Sim

() Não

19. Além do médico, tinha alguém presente durante a realização do exame físico?

- () Sim, acompanhante
() Sim, auxiliar de sala
() Não

20. O médico pediu exame(s)?

- () Sim
() Não

Se SIM, o médico explicou a importância desse(s) exame(s)?

- () Sim
() Não

21. Houve alguma interrupção durante a consulta?

- () Sim
() Não

Se SIM, qual tipo de interrupção? (Pode marcar mais de uma resposta)

- () O médico atendeu o celular/ telefone
() O médico recebeu alguém na sala? Quem? _____
() Barulho. Que tipo? _____
() Outros. Especifique: _____

22. Você teve privacidade durante o(a) atendimento médico/ internação?

- () Sim
() Não

Se NÃO, o que motivou a falta de privacidade?

23. Quanto tempo durou sua consulta?

- () Até 5 minutos
() Entre 5 e 10 minutos
() Entre 10 e 15 minutos
() Entre 15 e 20 minutos

- Entre 20 e 25 minutos
- Entre 25 e 30 minutos
- Mais de 30 minutos
- Outro _____

24. O médico explicou o que você/ o paciente tinha?

- Sim
- Não

25. O médico receitou alguma medicação?

- Sim
- Não

Se SIM, você entendeu como usar a medicação?

- Sim
- Não
- O médico não explicou

26. Você consegue compreender o que está escrito na receita médica?

- Sim
- Não

27. O médico se despediu no final da consulta?

- Sim
- Não

28. Você ficou satisfeito com a consulta?

- Sim
- Não

29. Você acha as instalações do prédio adequadas?

- Sim
- Não, por quê?

30. Você achou a estrutura do consultório adequada?

Sim

Não

Se NÃO, em que ponto (s) houve falta de estrutura? (Pode assinalar múltiplas respostas)

Higiene

Ventilação

Iluminação

Material de uso do médico

Comodidade

Privacidade

Outros. Especifique: _____

31. Os equipamentos para exames complementares estão funcionando?

Sim

Não

Não sei informar

32. A medicação esteve sempre disponível na farmácia da instituição?

Sim

Não, por quê? _____

Não sei informar

Não há farmácia na instituição.

Em caso de internação (entrevistado, familiar ou conhecido), responda as questões de número 33 a 38.

33. Tipo de internação:

Particular

Convênio/ Plano de saúde

SUS

34. Local de internação:

Enfermaria

Apartamento

UTI

Ainda aguarda leito. Por quê? _____

35. Quanto tempo esperou/espera pelo leito?

Não houve espera

Algumas horas. Quantas? _____

1 dia

Mais de um dia

Quanto tempo? _____

36. O mesmo médico acompanhou o paciente?

Sim

Não

Se NÃO, quantos médicos o acompanharam? _____

Isso prejudicou a recuperação?

Sim, por quê?

Não, por quê?

Ainda não sei

37. O paciente foi avaliado por médico todos os dias?

Sim

Não, por quê? _____

Ainda não

38. Você acha que o tempo de visita do médico foi suficiente?

Sim

Não, por quê? _____

Não sei

39. Você já recebeu o diagnóstico de uma doença grave?

Sim

Não

Se SIM, no momento do diagnóstico, tinha algum acompanhante com você?

Sim

Não

Se NÃO, o médico pediu para chamar um acompanhante?

Sim

Não

Você convidou o acompanhante?

Sim

Não

40. Você já presenciou a comunicação do diagnóstico de uma doença grave?

Sim

Não

Se você já recebeu ou presenciou o diagnóstico de uma doença grave, responda as questões de número 41 a 48.

41. O médico passou confiança no momento do diagnóstico?

Sim

Não

Não sei

42. O médico foi objetivo quando deu o diagnóstico?

Sim

Não

Não sei

43. O médico deu atenção ao paciente?

Sim

Não

44. O médico explicou as possíveis consequências e limitações da doença?

Sim

Não

45. O médico explicou as consequências do tratamento?

Sim

Não

46. O médico forneceu o número do telefone pessoal dele?

Sim

Não

Se SIM na resposta anterior, você precisou ligar para o médico?

Sim

Não

E o médico o(a) atendeu?

Sim

Não

47. O médico estava interessado em saber a opinião do paciente?

Sim

Não

48. O médico soube lidar com a reação do paciente?

Sim

Não, por quê? _____

49. Você indicaria o médico que atendeu você ou o paciente?

Sim

Não

50. Qual nota você daria ao médico de 0 a 10? _____

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS MÉDICOS

COMUNICAÇÃO ENTRE MÉDICOS E PACIENTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA PESQUISA QUALITATIVA

Questionário a ser aplicado aos médicos

Agradecemos por sua participação na pesquisa. Este questionário é composto de duas partes e contém nove questões de identificação socioeconômica e 58 questões referentes ao processo de comunicação entre médicos e pacientes, sendo as últimas sete retiradas do Protocolo de SPIKES (2002) para comunicação de más notícias. Sinta-se à vontade para não responder às perguntas que julgue constrangedoras. Você investirá cerca de cinco minutos para o preenchimento deste instrumento de coleta de dados e contribuirá para o conhecimento e a melhoria das relações de comunicação estabelecidas entre médicos e pacientes nos serviços de saúde.

- **Área de atuação (especialidade):** _____
- **Fez/faz cursos de pós-graduação?**
 - () Sim
 - () Não
- **Tempo desde a graduação:** _____
- **Sexo:** () Masculino () Feminino
- **Idade:** _____
- **Estado civil:**
 - () Solteiro
 - () Casado
 - () Viúvo
 - () Divorciado
 - () Outro
- **Trabalha com convênio/cooperativa/planos de saúde?**
 - () Sim
 - () Não
- **Tem vínculos empregatícios?**
 - () Sim

() Não

Se SIM, quantos vínculos? _____

▪ **Locais onde exerce atividades: (Pode assinalar múltiplas respostas)**

() Hospital Público

() Hospital Privado

() Hospital Beneficente

() Hospital Universitário

() Unidade de Saúde da Família

() Consultório

1. Quantas horas, em média, você trabalha diariamente?

() Menos de 8 horas

() De 8 horas a 12 horas

() Mais de 12 horas

2. Quantos atendimentos, em média, você faz diariamente?

() Menos de 10

() De 10 a 19

() De 20 a 40

() Mais de 40

3. Você é pontual?

() Sempre

() Frequentemente

() Raramente

() Nunca

4. Quanto tempo seus pacientes aguardam na sala de espera para serem atendidos?

() Menos de 1h

() Mais de 1h. Quanto tempo? _____

() Não esperam

5. Seus pacientes fazem alguma reclamação quanto ao tempo de espera?

() Sim, à recepcionista

- Sim, diretamente a mim
- Sim, a ambos
- Não
- Não sei

6. Quanto tempo, em média, seu paciente particular demora a conseguir agendar uma consulta?

7. Quanto tempo, em média, seu paciente de convênio demora a conseguir agendar uma consulta?

8. Você consegue atender todos os pacientes agendados?

- Sim
- Não

Se NÃO, qual o motivo de não atender todos os pacientes?

9. Você acha que seus pacientes ficam satisfeitos com o seu atendimento?

- Sim
- Não

Se NÃO, qual o motivo da provável insatisfação dos pacientes?

- Tempo de consulta
- Tempo de espera
- Falta de estrutura
- Interrupções durante a consulta
- Outro _____

10. Você costuma ser simpático ao dizer Bom dia/Bom tarde/Boa noite?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não digo

11. Você costuma levantar para receber seus pacientes?

Sim

Não

12. Você costuma “apertar a mão” dos seus pacientes?

Sim

Não

Você acha isso importante?

Sim, por quê? _____

Não, por quê? _____

13. Você costuma usar jaleco durante os atendimentos?

Sim

Não

Você acredita que o paciente acha isso importante?

Sim, por quê? _____

Não, por quê? _____

Não sei

14. Você acha que uma boa aparência influencia o atendimento?

Sim

Não

15. Você se considera cordial com seus pacientes?

Sim

Não

16. Você se considera simpático com seus pacientes?

Sim

Não

17. Você acha que transmite confiança ao paciente?

Sim

Não

18. Você mantém contato visual com seus pacientes?

Sim

Não

19. Você consegue compreender tudo o que seu paciente fala?

Sempre

Às vezes. Por quê? _____

Raramente. Por quê? _____

20. Você costuma fazer uma anamnese completa?

Sim

Não, por quê? _____

21. Você costuma fazer exame físico de rotina?

Sim

Não

Se SIM, você higieniza as mãos?

Sim

Não

22. Além de você, há alguém presente durante a realização do exame físico? (Pode assinalar múltiplas respostas)

Sim, acompanhante

Sim, auxiliar de sala

Não

23. Você costuma pedir exames complementares de rotina?

Sim

Não, por quê? _____

24. Você costuma explicar a seus pacientes a importância dos exames solicitados?

Sim

() Não, por quê? _____

25. Você costuma chamar seu paciente pelo nome?

- () Sim
() Não

26. Sua consulta é interrompida com frequência?

- () Sim
() Não
() Às vezes

Se SIM, qual tipo de interrupção? (Pode assinalar múltiplas respostas)

- () Você atende o celular/ telefone
() Alguém entra na sala
() Barulho
() Outro. Especifique: _____

27. Você oferece privacidade a seus pacientes durante o atendimento?

- () Sim
() Não

Se NÃO, o que motiva a falta de privacidade?

28. Quanto tempo costuma durar seu atendimento?

- () De 5 a 10 minutos
() Entre 15 e 20 minutos
() Entre 20 e 25 minutos
() Entre 25 e 30 minutos
() Entre 30 minutos e 1 hora
() Mais de 1 hora

29. Você atende mais pacientes em serviços públicos ou privados?

- () Públicos
() Privados
() Não sei

30. Em casos de internação, você atende mais pacientes em leitos públicos ou privados?

- Leitos públicos
- Leitos privados
- Não sei

31. Em caso de internação, você costuma visitar seus pacientes diariamente?

- Sim
- Não, por quê? _____

32. Em caso de internação, quanto tempo dura sua visita ao paciente?

- Até 5 minutos
- De 5 a 10 minutos
- Até 15 minutos
- De 15 a 30 minutos
- Mais de 30 minutos. Quanto tempo? _____

33. Você acha o tempo de seu atendimento/ visita suficiente?

- Sim
- Não, por quê? _____

34. Você costuma explicar ao paciente o que ele tem?

- Sim
- Não

35. Quando você receita medicação, costuma explicar detalhadamente como seu paciente deve usá-la?

- Sim
- Não

36. Sua receita é escrita à mão?

- Sim
- Não
- Digitada, a depender do local de atendimento

Se SIM, alguém já se queixou da sua letra?

Sim

Não

37. De que forma você costuma se despedir do paciente?

38. Você oferece o número de seu telefone pessoal ao paciente?

Sim

Não

Às vezes

Por quê? _____

39. Você acha que seu paciente sai satisfeito da consulta?

Sim, por quê?

Não, por quê?

40. Em relação a equipamentos, adequação, conforto e higiene, avalie seus locais de atendimento. (Pode assinalar múltiplas respostas)

Consultório satisfatório

Consultório insatisfatório. Em que aspecto(s)?

Ambulatório satisfatório

Ambulatório insatisfatório. Em que aspecto(s)?

Hospital público satisfatório

Hospital público insatisfatório. Em que aspecto(s)?

- Hospital privado satisfatório
- Hospital privado insatisfatório. Em que aspecto(s)?

- Hospital beneficente satisfatório
- Hospital beneficente insatisfatório. Em que aspecto(s)?

41. Em suas práticas cotidianas, há medicação quando necessário?

- Sim
- Não, por quê? _____
- Às vezes, por quê? _____

42. Você costuma dar o diagnóstico de uma doença grave? (Pode assinalar múltiplas respostas)

- Sim, diretamente ao paciente sem acompanhante
- Sim, diretamente ao paciente com acompanhante
- Sim, diretamente ao acompanhante sem o paciente
- Não, por quê? _____

43. Você costuma ser objetivo e direto ao comunicar más notícias ou o faz de forma fragmentada e indireta?

- Objetivo e direto. Por quê?
- _____
- Fragmentada e indireta. Por quê?
- _____

44. Você tem alguma dificuldade em transmitir más notícias aos pacientes?

- Não
- Sim. Qual(is) dificuldade(s)?

45. Você explica as possíveis consequências ou limitações da doença de seu paciente?

- Sim
 Não, por quê?

46. Você explica a seu paciente as possíveis complicações e efeitos adversos do tratamento?

- Sim
 Não, por quê?

47. Você dá autonomia ao seu paciente sobre opções de escolha terapêutica ou você decide sozinho qual a melhor conduta?

- Dou autonomia
 Decido sozinho
 Depende da situação

Por quê?

48. Você acha importante a opinião de seu paciente a respeito dos procedimentos/condução do tratamento?

- Sim
 Não, por quê?

49. Você sabe lidar com a reação do seu paciente frente a uma má notícia?

- Sim
- Não
- Depende da situação

Por quê?

50. Você acha que seus pacientes o indicam como médico?

- Sim
- Não

51. Qual nota, de 0 a 10, seu paciente lhe daria como médico? _____

As questões abaixo foram retiradas do Protocolo de SPIKES (2002) para comunicação de más notícias.

1. Em um mês comum, com que frequência você tem de dar más notícias a um paciente (por exemplo, diagnóstico, recorrência, doença progressiva, etc.)?

- Menos de 5 vezes
- 5 a 10 vezes
- 10 a 20 vezes
- Mais de 20 vezes

2. Qual a tarefa que você acha mais difícil?

- Discutir diagnóstico
- Contar ao paciente a respeito de recorrência
- Conversar sobre o fim de tratamento ativo e começar tratamento paliativo
- Discutir questões sobre o fim da vida (por exemplo, não fazer reanimação)
- Tarefas que envolvam a família ou amigos do paciente

3. Você fez algum curso ou treinamento específico para dar más notícias?

- Curso formal
- Acompanhou clínicos durante conversas para dar más notícias a pacientes
- Nenhuma das opções anteriores

4. Como você classificaria a sua própria habilidade de dar más notícias?

- Muito boa
- Boa
- Razoável

- Ruim
- Muito ruim

5. Em sua opinião, qual a parte mais difícil em discutir más notícias?

- Ser honesto, mas sem acabar com as esperanças
- Lidar com as emoções do paciente (por exemplo, choro, raiva)
- Demorar a quantidade de tempo correta
- Envolvimento de amigos e da família do paciente
- Envolver o paciente ou a família no processo de tomada de decisões

6. Você teve algum tipo de treinamento sobre técnicas para lidar com as emoções do paciente?

- Curso formal
- Acompanhou clínicos na prática
- Ambos
- Nenhuma das opções anteriores

7. Como você classificaria o seu próprio conforto em lidar com emoções do paciente (por exemplo, choro, raiva, negação, etc.)?

- Bastante confortável
- Não muito confortável
- Desconfortável