

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL  
INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

**Viviane Cristina Torres**

**PERCEPÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE SOB A ÓTICA DOS  
PACIENTES ATENDIDOS POR ACADÊMICOS DE MEDICINA**

**São Caetano do Sul  
2020**



**Viviane Cristina Torres**

**PERCEPÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE SOB A ÓTICA DOS  
PACIENTES ATENDIDOS POR ACADÊMICOS DE MEDICINA**

**Trabalho Final de Curso apresentado ao  
Programa de Pós-Graduação Mestrado  
Profissional Inovação no Ensino Superior em  
Saúde da Universidade Municipal de São  
Caetano do Sul como requisito parcial para  
obtenção do título de Mestre em Saúde.**

**Área de concentração: Inovações  
Educacionais em Saúde Orientada pela  
Integralidade do Cuidado.**

**Orientador: Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito**

**São Caetano do Sul  
2020**

## FICHA CATALOGRÁFICA

TORRES, Viviane Cristina

Percepção da relação médico-paciente sob a ótica dos pacientes atendidos por acadêmicos de medicina. / Viviane Cristina Torres – São Caetano do Sul – USCS, 2020.

77 f.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito

Dissertação (Mestrado – Mestrado Profissional em Saúde)

Universidade Municipal de São Caetano do Sul, 2020.

ASSUNTOS: 1. Relação médico-paciente. 2. Educação Médica. 3. Empatia.  
4. Comunicação. 5. Satisfação de Usuários.

Trabalho Final de Curso defendido e aprovado em 13/08/2020 pela Banca Examinadora constituída pelos(as) professores(as)

Profa. Dra. Jane de Eston Armond (UNISA)

Prof. Dr. Arquimedes Pessoni (USCS)

Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito (USCS)



**Reitor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul  
Prof. Dr. Leandro Campi Prearo**

**Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa  
Profa. Dra. Maria do Carmo Romeiro**

**Gestão do Programa de Pós-graduação em Saúde  
Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito**





Dedico este trabalho ao meu pai, Sylvio Torres (em memória), que me ensinou a perseverar nos meus objetivos sem me afastar dos valores éticos e humanos, livre de vaidade e regida pela humildade.

À minha filha Giovanna e ao Matheus Mendes, que por tantas vezes me ajudaram com as tecnologias, trazendo-me o novo e o desafio de nos atualizarmos constantemente para entendermos o movimento da humanidade.



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os professores que me enriqueceram com sua sabedoria, e sobretudo ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito, que tanto me incentivou e não me deixou desistir quando os caminhos pareciam difíceis.



*O que destrói a humanidade? A política, sem princípios; o prazer, sem compromisso; a riqueza, sem trabalho; a sabedoria, sem caráter; os negócios, sem moral; a ciência, sem humanidade; a oração, sem caridade.*

Mahatma Gandhi



## RESUMO

A boa relação médico-paciente é um pilar fundamental para a prática da medicina de excelência. Tal relação foi avaliada, por meio de estudo qualitativo e quantitativo exploratório, em um ambulatório da cidade de São Caetano do Sul, onde os pacientes são atendidos por acadêmicos da Faculdade de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Para tanto, utilizou-se um questionário validado denominado *Patient Relationship Questionnaire* (PDRQ9), que foi aplicado a uma amostra de pacientes que frequentavam o citado ambulatório. Cada paciente respondeu o quanto concordava com cada uma das afirmações apresentadas através de uma escala de *Likert* de cinco pontos, e os dados coletados foram avaliados por métodos estatísticos. Foram realizadas análises por meio de frequências absolutas e relativas (porcentagem). Verificou-se um alto grau de satisfação por parte dos usuários, o que pode ser atribuído à aplicação das Diretrizes Curriculares Nacionais a partir de 20 de junho de 2014. Essa resolução, elaborada pelo Ministério da Educação, trouxe modificações nas grades curriculares dos Cursos de Graduação em Medicina, possibilitando formação mais empática e humanizada dos profissionais.

**Palavras-chave:** Relação Médico-Paciente. Educação Médica. Comunicação. Satisfação de usuários e empatia.





## ABSTRACT

The doctor-patient relationship is a fundamental pillar for a practice in medicine of excellence. In an outpatient clinic in the city of São Caetano do Sul, where the patients were attended by academics from the medical school of the Municipal University of São Caetano do Sul, was proposed to evaluate the doctor-patient relationship that was established between the users of this Municipal network and the students in the graduation. It was an exploratory qualitative and quantitative study. In this search, a validated questionnaire called PDRQ9 (Patient Relationship Questionnaire) had been applied to a sample of patients who attended this clinic, and the patient had to answer how much he was in concern with each statement using a five-point Likert scale and the collected data was evaluated by statistical methods. Analyzes will be performed by means of absolute and relative frequencies (percentage). Therefore a high level of satisfaction was shown with this search what could be explained by the implementation plan of the National Curricular Guidelines from June 20<sup>th</sup> of 2014. Such changes provides more empathy and humanization for the future professionals.

**Keywords:** Doctor-Patient Relationship. Medical Education. Communication. User Satisfaction and empathy.



## LISTAS DE FIGURAS

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Algoritmo da Relação Médico-paciente .....                  | 28 |
| Figura 2 - Percepção dos pacientes em relação ao atendimento .....     | 44 |
| Figura 3 - Porcentagem das respostas para a questão de número 1 .....  | 44 |
| Figura 4 - Porcentagem das respostas para a questão de número 2 .....  | 45 |
| Figura 5 -. Porcentagem das respostas para a questão de número 3 ..... | 46 |
| Figura 6 - Porcentagem das respostas para a questão de número 4 .....  | 47 |
| Figura 7 - Porcentagem das respostas para a questão de número 5 .....  | 47 |
| Figura 8 - Porcentagem das respostas para a questão de número 6 .....  | 48 |
| Figura 9 - Porcentagem das respostas para a questão de número 7 .....  | 49 |
| Figura 10 - Porcentagem das respostas para a questão de número 8 ..... | 50 |
| Figura 11 - Porcentagem das respostas para a questão de número 9 ..... | 51 |



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|              |                                                                |
|--------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>ABIM</b>  | <i>Foundation e a European Federation of Internal Medicine</i> |
| <b>CEP</b>   | Comitê de Ética em Pesquisa                                    |
| <b>DCN</b>   | Diretrizes Curriculares Nacionais                              |
| <b>ESF</b>   | Estratégia Saúde da Família                                    |
| <b>HAQ</b>   | <i>Helping Alliance Questionnaire</i>                          |
| <b>PDRQ9</b> | <i>Patient Relationship Questionnaire</i>                      |
| <b>RMP</b>   | Relação Médico-Paciente                                        |
| <b>USCS</b>  | Universidade Municipal de São Caetano do Sul                   |



## SUMÁRIO

|                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....                                                                                    | 23 |
| O CONTEXTO DA PESQUISA .....                                                                                 | 23 |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....                                                                                     | 33 |
| 2.1 Objetivo geral .....                                                                                     | 33 |
| 2.2 Objetivos específicos .....                                                                              | 33 |
| <b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....                                                                           | 35 |
| <b>4 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....                                                                            | 39 |
| 4.1 Delineamento da pesquisa .....                                                                           | 39 |
| 4.2 Local .....                                                                                              | 39 |
| 4.3 Amostra .....                                                                                            | 39 |
| 4.4 Riscos .....                                                                                             | 40 |
| 4.5 Benefícios .....                                                                                         | 40 |
| 4.6 Do instrumento .....                                                                                     | 41 |
| 4.7 Análises dos resultados .....                                                                            | 41 |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....                                                                        | 43 |
| <b>6 CONCLUSÃO</b> .....                                                                                     | 55 |
| <b>7 PRODUTO FINAL</b> .....                                                                                 | 57 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....                                                                                     | 61 |
| <b>ANEXO A - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UNIVERSIDADE<br/>MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL</b> ..... | 69 |
| <b>ANEXO B – PDRQ9</b> .....                                                                                 | 73 |
| <b>ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA</b> .....                                                                     | 75 |









# 1 INTRODUÇÃO

## O Contexto da Pesquisa

A assim denominada relação médico-paciente (RMP) é conhecida desde a antiguidade e, no decorrer da história, adquiriu contextos diferentes regidos pelo saber médico. De acordo com Hellin (2002), a relação médico-paciente é tão antiga quanto a própria medicina. Ao longo dos séculos, a maneira pela qual médicos e pacientes se relacionam mudou.

Antes de Hipócrates predominava a visão mágico-religiosa, segundo a qual a medicina era regida pelo sobrenatural, conforme aponta Gottschall (2007). Ciência e religião misturavam-se naquela época de domínio místico, não havendo percepção da relação entre causa e efeito para explicar fenômenos - pré lógica. Todo sofrimento, cura, ou erro, era atribuído à vontade de deuses e, por isso, o médico era um feiticeiro ou sacerdote, um intermediário entre homens e deuses. Assim sendo, não respondia a responsabilidades nem sofria sanções, já que executava a vontade de espíritos que governavam atos vitais.

Nesse contexto, o papel do médico era fazer a intermediação entre o paciente e os deuses, de modo que o doente alcançasse a cura por seu próprio esforço ao conseguir a graça dos deuses para a cessação de sua enfermidade.

Ao longo do século XX, a relação médico-paciente mudou de maneira profunda,, com o paciente tornando-se menos passivo diante das preconizações e ações médicas. Alguns fatores relacionados a essa mudança (HELLIN, 2002; LÁZARO; GRACIA, 2006; SZASZ; HOLLENDER, 1956) são elencados a seguir:

- a) o avanço dos conhecimentos em psicologia e psicanálise, identificando a importância de pensamentos conscientes e inconscientes no desenvolvimento da doença;
- b) o avanço das doenças crônicas, cujo controle requer a participação ativa da pessoa.
- c) o avanço das sociedades democráticas, com maior percepção dos direitos e liberdades individuais, e um maior desejo pela participação em decisões relacionadas a si próprio;

- d) o aparecimento de sistemas de serviços de saúde públicos e privados, com maior burocratização do atendimento, inserindo um terceiro elemento na tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas;
- e) a proliferação de especialidades em saúde, com o trabalho em equipe passando a ser rotina no cuidado;
- f) o avanço científico, que multiplicou as possibilidades diagnósticas e terapêuticas para u, mesmo problema de saúde;
- g) e, mais recentemente, o uso da internet por médicos e pacientes, transformando mais uma vez o cenário da busca de informação e tomada de decisão.

Com a evolução, foi introduzido gradualmente o pensamento racional de Hipócrates, considerado o pai da medicina moderna. Ele introduziu o pensamento racional no campo do saber médico. Hipócrates atribuía à doença múltiplas causas, como estilo de vida, alimentação e meio ambiente, desvinculando o processo de adoecer dos fenômenos sobrenaturais e mágicos.

E, dessa forma, a medicina gradativamente desvinculou-se da religião, o que lhe conferiu um caráter mais racional e objetivo.

Na perspectiva hipocrática, a relação entre médico e paciente era marcada pelo paternalismo médico, tendo em vista que ao profissional da medicina cabia a decisão a respeito do que acreditava ser o melhor para o doente. Desse modo, ao paciente não eram oferecidas possibilidades de escolha sobre a condução do tratamento.

De acordo com Perez, Cano e Lopes (2018), a relação médico-paciente é um pilar fundamental para a boa prática da medicina, até porque a crescente influência da tecnologia e da ciência podem levar à perda de contato com valores humanos básicos.

Para Provenzano et al. (2014, p. 21),

[...] em meados do século XX, frente às transformações econômicas e às descobertas microbiológicas, Abraham Flexner propôs um novo modelo para o conceito de saúde e doença, fortemente alicerçado em aspectos biomédicos.

Tal modelo contribuiu significativamente para o afastamento entre o conhecimento médico e o cuidado clínico, ou seja, o médico se tornou incapaz de enxergar a doença no paciente como um conjunto de fatores e não algo isolado,

restrito a um único sistema. Desenvolveu-se uma visão cientificista e hospitalocêntrica, que acabou por desvalorizar o lado humanista da prática médica.

Já no século XXI, a lógica do modelo de Flexner se inverteu, dando ênfase ao encontro mais empático do médico com seu paciente, o que fica claro nas novas propostas contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2014) do curso de graduação em Medicina.

As DCN de 2014 propõem, para o formando de Medicina, uma formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, que o capacite a atuar pautado em princípios éticos no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2014).

Ainda segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais de (BRASIL, 2014), o egresso do curso de medicina deve apresentar algumas competências gerais e habilidades, a saber:

- Atenção à Saúde: os profissionais de saúde, dentro do seu ambiente de trabalho profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual, quanto coletivo.
- Tomada de decisões: os egressos do curso de medicina devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada.
- Comunicação: os profissionais de saúde devem ser dotados de capacidades de comunicação verbal, não verbal, e habilidades de escrita e leitura.

E a comunicação também consta das habilidades específicas das DCN (BRASIL, 2014), como elemento primordial para que o profissional da área médica se relacione adequadamente com os colegas de trabalho, com os pacientes e com os familiares destes.

Para Ribeiro, Freitas e Barata (2018), a relação médico-paciente é um processo especial de interação humana, que é a base da prática clínica em suas dimensões técnica, humanística e ética.

Em 1976, os médicos de família ingleses Byrne e Long lançaram o livro “*Doctor Talking to Patients*”, no qual, após analisarem milhares de consultas, desenvolveram um modelo a partir do qual a consulta médica acontece ao longo de seis fases:

- 1) o médico estabelece uma relação com o paciente;
- 2) o médico tenta descobrir a(s) razão(ões) para o atendimento do paciente;
- 3) o médico realiza um exame verbal ou físico, ou ambos;
- 4) o médico e/ou o paciente consideram a condição;
- 5) o médico e o paciente optam pelo tratamento ou pela investigação, se necessário;
- 6) a consulta é encerrada.

A percepção da relação médico-paciente como um fator importante no contexto do atendimento em saúde é um conceito culturalmente consolidado, e apresenta componentes relacionados à troca verbal de informações associadas a fatores socioemocionais (ROTER; HALL, 1989).

Para Eveleigh et al. (2012), as dimensões consideradas, de maneira isolada ou em conjunto, como constituintes do relacionamento entre médicos e pacientes são:

- a) confiança;
- b) aliança terapêutica, composta por concordância em relação aos objetivos, definição de responsabilidades e desenvolvimento de vínculo;
- c) empatia.

Nesse sentido, Grosseman e Stoll (2008) enfatizam que, em qualquer processo de interação interpessoal, a relação é mediada pela comunicação.

De acordo com Thomaz, Nelson e Silverman (2012), a qualidade de uma entrevista clínica -e o alicerce da comunicação entre médico e paciente. Cabe ao médico aprimorar a sua sensibilidade para reconhecer o que a enfermidade representa na vida da pessoa. Nesse contexto, o profissional deve ser capaz de reconhecer que o médico não trata a doença, mas sim a pessoa.

Por essa razão, o médico necessita ter consciência da necessidade de manter certa aproximação emocional com o paciente durante a entrevista clínica. Isto porque os resultados que uma relação empática traz ao paciente, ao médico e ao tratamento

como um todo são diversos e, por vezes, mais benéficos que qualquer tipo de medicação.

Na visão de Ribeiro, Freitas e Barata (2018) entre os benefícios de uma comunicação efetiva destacam-se: maior precisão na identificação dos problemas do paciente, com promoção do raciocínio clínico; maior adesão do paciente ao tratamento; melhor entendimento, por parte do paciente, em relação aos problemas que vivencia, às investigações conduzidas e às opções de tratamento; menor incidência de queixa de erro médico por parte do paciente; e maior satisfação para o médico e o paciente.

No livro “Habilidades de comunicação com paciente e família”, Leite, Carrara e Coelho Filho (2007) relata que, a partir de 2000, verifica-se uma crescente preocupação com a humanização na atenção à saúde. Esse autor destaca ainda que constantes movimentos, encontros e publicações têm buscado colocar em cena a necessidade de se aprimorarem as habilidades comunicacionais, entre vários outros aspectos, seguindo em direção à melhoria na qualidade dos serviços de saúde. Assim, ressalta-se a noção de empatia, que, para Riess (2010), é um dos componentes cardinais para a relação médico-paciente.

Osler (1906), um estudioso canadense considerado por muitos como o pai da medicina moderna, postula que o médico deve ter uma mente perfeita e um coração generoso, e que o exercício da medicina é uma missão árdua e complexa, que requer elevado dispêndio intelectual e grande sensibilidade em relação às mais delicadas emoções.

Desde os tempos mais remotos, como cita Peterson et al. (1992), a comunicação efetiva é crucial para qualquer médico, pois a habilidade comunicacional desse profissional pode promover um diagnóstico correto, com 76% de acurácia. Na visão de Schmid Mast, Kindlimann e Hornung (2004), a boa comunicação e a elevada empatia do profissional resultam na satisfação do paciente, o que influencia a adesão deste ao tratamento, e auxilia consideravelmente na melhora de suas condições de saúde.

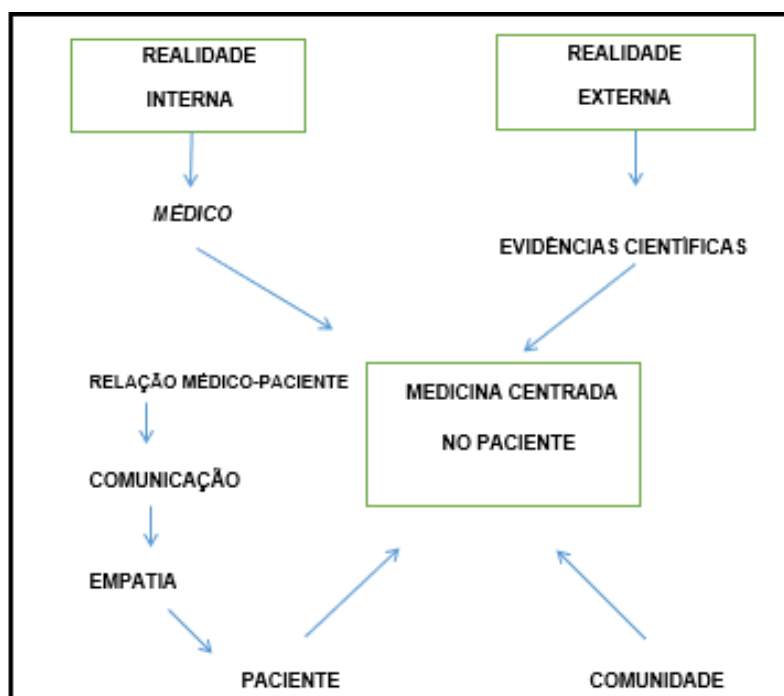
Na tentativa de sistematizar as várias dimensões necessárias para a atuação competente do médico, Stange, Miller e McWhinney (2001) propõem um modelo denominado os quatro quadrantes do conhecimento, apresentado a seguir:

- 1) conhecimento de evidências científicas;
- 2) conhecimento da comunidade e do sistema de saúde;

- 3) conhecimento do paciente;
- 4) conhecimento próprio.

Em tal modelo, os quadrantes 1 e 2 se referem à realidade externa e os de números 3 e 4 contemplam a realidade interna, mas todos eles convergem para o protagonista, que é o paciente. A figura 1 ilustra esse modelo de quadrantes do conhecimento.

Figura 1 - Algoritmo da Relação Médico-paciente



Fonte: Adaptado do trabalho de Graziela Moreto (2015).

Também esse modelo evidencia as propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina elaboradas pelo Conselho Nacional de Educação e a Câmara de Educação Superior (BRASIL, 2014), que denota a preocupação dos educadores brasileiros com a formação de profissionais “humanizados”, cujo enfoque é a medicina centrada no paciente.

Miller e Schmidt (1999) enfatizam que o elemento mais complexo da relação assistencial é o componente das relações humanas e que, à medida que os estudantes de medicina avançam em seus estudos, fomentar um hábito humanizado e de conexão empática com os pacientes segue sendo um desafio. Alguns estudos



têm identificado uma drástica transformação no estudante de medicina durante seu processo de formação.

Nos primeiros anos, o estudante está entusiasmado com o ideal de ser médico, o que o torna mais sensível ao sofrimento do paciente (AUTHIER, 1986; KAY, 1990).

No decorrer dos anos, esse idealismo vai caindo no esquecimento, e o estudante inicia o assim denominado processo de “desumanização”, no qual o paciente passa a ter papel secundário na prática médica.

Segundo Angoff (2001), durante o curso médico os estudantes recebem uma mensagem implícita, de que devem ser capazes de tolerar o estresse e não expressar suas emoções. Para Shapiro (2011), a imaturidade dos estudantes de medicina impede-os de lidar com suas emoções diante das situações estressantes inerentes à prática clínica. Com isso, em um primeiro momento, o afastamento afetivo do outro e de si mesmos parece ser a solução mais fácil. Não sentir nada seria a maneira que o aluno encontra para se proteger de respostas emocionais inadequadas provenientes de situações estressantes.

Lara, Moral e Campayo (2009) enfatizam essa teoria, com base nos achados de estudo realizado com alunos em internato - quinto e sexto anos do curso -, período no qual predomina uma cultura que estimula o distanciamento do paciente para evitar envolvimento emocional. Esse comportamento pode ser explicado como um mecanismo de defesa para fugir do contato com o sofrimento do outro, ou mesmo para não se sentir impotente perante essa situação. Quando o profissional, seja aluno ou médico, tenta se proteger erroneamente com essa impessoalidade, automaticamente a empatia fica comprometida.

A empatia, que é a consciência do clínico com as preocupações do paciente, gera compromisso emocional, compaixão e impulso de ajudar, e, segundo Benbassat e Baumal (2004), pode ser ensinada. E Gracey et al. (2005) ressaltam esse entendimento, quando postulam que o ensino da humanização é cada vez mais reconhecido como um componente da educação médica.

Vários trabalhos apontam a empatia como aspecto fundamental para a construção da boa relação médico-paciente.

O termo empatia vem da palavra grega “*Empatheia*”, e significa apreciação ao sentimento de outra pessoa. Foi empregado primeiramente por Tichener, em 1915, para designar a capacidade de compreender outro ser humano, mas somente após

1918 Elmer Ernest Southard o utiliza no contexto da relação médico-paciente, como facilitador do diagnóstico e da terapêutica (HOJAT, 2007).

De acordo com Suartz et al. (2013), no campo médico, a palavra empatia significa identificar e compreender os sentimentos do doente, promovendo aumento da confiança, da lealdade e do respeito entre médico e paciente e desta forma apresenta variáveis emocionais e cognitivas que possibilitam o entendimento do paciente e a compreensão de suas experiências.

Já Moreto (2015) afirma que a empatia começou a ser utilizada como ferramenta no curso de medicina na tentativa de aprimorar a entrevista médica.

No entanto, para Thomas, Nelson e Silverman (2012), empatia é a disposição genuína de ouvir, compreender e compadecer-se por meio de deduções e de informações retidas na memória, ou de colocar-se no lugar do outro, prestando-lhe apoio e fazendo com que ele se sinta compreendido.

Segundo Epstein (1999), para ser empático é necessário não só testemunhar e compreender o sofrimento do paciente, como compreender as próprias emoções.

Por sua vez, Falcone et al. (2008) destacam que a empatia é uma habilidade social que distingue a espécie humana das demais espécies. Na espécie humana, têm-se a tomada de perspectiva, a autoconsciência, a consciência do outro e a reavaliação da emoção, além das expressões verbal e não verbal de entendimento.

A empatia pode ser uma ponte entre a medicina centrada no doente e a medicina baseada em evidências, um caminho prático para incorporar os avanços tecnológicos no contexto de um cuidado atento e eficaz aos pacientes (MORETO, 2015). Nesse mesmo caminho, Christianson et al. (2007) informam que, ainda que existem vários programas educacionais com o objetivo de desenvolver habilidades como a empatia, mudanças significativas na postura do aluno ainda não foram observadas.

Também Jeffrey (2018) considera a empatia como parte fundamental da relação médico-paciente, e essencial para o cuidado médico efetivo. Dessa forma, empreendeu uma investigação, na Universidade de Edinburgh, para avaliar as razões pelas quais os estudantes de medicina se tornam menos empáticos no decorrer de sua formação. e neste estudo ele. De acordo com os resultados, algumas barreiras para o pleno exercício da empatia que se desenvolvem durante o curso de graduação são a cultura da escola médica, o currículo, as falhas no contato com os pacientes e os modelos de ensino, que promovem afastamento dos pacientes. Diante disso, o

autor conclui que a melhor maneira de desenvolver a empatia é promover o contato com os pacientes.

Brody, Ryan e Kusma (2004) explicitam que, embora os estudantes acreditem que a aquisição de habilidades de comunicação para o exercício da medicina seja mais uma questão de prática, e que tais habilidades podem ser adquiridas por conta própria, a experiência, por si só, não garante tal aprendizagem. Esse tipo de entendimento pode levar à repetição continuada de erros, à diminuição da empatia do estudante e à deterioração na relação médico-paciente.

A respeito dessa temática, têm sido desenvolvidos desde programas específicos e pontuais, até à Política Nacional de Humanização (O Humaniza-SUS), todos se propondo a melhorar a qualidade do cuidado oferecido aos usuários e trabalhadores do sistema de saúde.

Grosseman e Patrício (2004) destacam que a relação médico-paciente vem ganhando cada vez mais espaço na literatura internacional nas últimas décadas.

Neste contexto, cabe retomar o parâmetro legal, ou seja, as Diretrizes Curriculares Nacional que, em seu artigo 29 - no que diz respeito à estrutura do Curso de Graduação em Medicina -, mencionam que deve-se: *“III – incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos”* (BRASIL, 2014).

As constantes críticas à ineficiência do modelo de ensino médico apontam saídas em modelos pedagógicos permeados pela humanização, com maior interação entre o aluno e o paciente e a realidade deste, a fim de facilitar a relação médico-paciente e, conseqüentemente, o processo diagnóstico-terapêutico. Uma dessas saídas é o modelo conhecido como educação baseada em problemas.

Pereira e Almeida (2005) informam que, na educação baseada em problemas, na qual os alunos são responsáveis pela busca de respostas, as questões que lhes são impostas são apontadas como um caminho possível para superar a dicotomia entre teoria e prática, ou seja, nesse modelo os alunos são confrontados constantemente com a realidade epidemiológica da população.

Para Silva, Muhl e Moliani (2015), o profissional humanizado é aquele que conhece a realidade do local onde está trabalhando, que escuta e mantém diálogo com seus pacientes, orientando-os e traçando, conjuntamente com eles, as melhores estratégias para a solução de uma determinada enfermidade, ou buscando soluções para contornar os problemas que possam surgir com o tratamento.

As DCN (BRASIL, 2014) informam que as Universidades têm procurado incluir, em seus projetos pedagógicos, matérias tendentes a suprir essa necessidade de humanização do futuro profissional médico, enquanto Silva, Muhl e Moliani (2015) avaliam que o que pode gerar o afastamento do médico da prática mais humanista é o excesso tecnológico.

Nesse âmbito, Foucault (2012) contribui, ao explicitar que, atualmente, os diagnósticos não são mais realizados nos encontros clínicos, com o médico se debruçando sobre o leito do doente, mas sim por de procedimentos e exames muitas vezes realizados por terceiros, nos quais não é o médico que estabelece o diagnóstico.

Silva, Muhl e Moliani (2015) procederam a um estudo comparativo entre os currículos de cursos de Medicina da Universidade Estadual de Londrina – conhecida por sua modernidade e pela busca de um ensino mais focado na relação do médico com o paciente em suas diversas dimensões – e a Universidade Federal de Paraná – portadora de perfil mais conservador –, e verificaram, que apenas 10,55% da carga horária na Universidade de Londrina são de matérias com algum conteúdo humanístico, enquanto na Universidade Federal do Paraná, essa porcentagem cai para 6,58%.

Stock, Sisson e Grosseman (2012) sugerem que, para a mudança desse cenário, seria necessário criar espaços para as reflexões mediadas por professores ou médicos preparados, além de maior preparo dos professores, que são indispensáveis no ensino das habilidades de comunicação.

Howick et al. (2018) pontuam que a comunicação empática, com mensagens claras, é fundamental para o desenvolvimento da relação terapêutica entre médicos e pacientes e para o tratamento deste último.

E foi pensando na importância de se construir uma boa relação médico-paciente, tendo a comunicação e a empatia como importantes habilidades a serem desenvolvidas pelo futuro profissional médico, que se vislumbrou a necessidade de avaliar a relação médico-paciente, sob a ótica dos usuários da saúde de São Caetano do Sul, atendidos por acadêmicos de medicina.

## **2 OBJETIVOS**

Com a chegada dos alunos de medicina na rede de saúde pública municipal de São Caetano do Sul, surgiu a necessidade de se avaliar a aceitação destes novos personagens pelos usuários desta rede.

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar e compreender a relação médico-paciente que se estabelece no atendimento ambulatorial realizado por acadêmicos de medicina, sob supervisão.

### **2.2 Objetivos específicos**

Como objetivos específicos pretende-se, com esta pesquisa:

1. verificar a satisfação da relação médico-paciente durante o atendimento ambulatorial;
2. analisar as relações existentes entre os atributos do questionário que possam explicar melhor a relação médico-paciente.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A expressão "relação médico-paciente" define um conjunto complexo de diretrizes, atitudes e comportamentos socialmente estabelecidos, assumidos como premissas de encontros clínicos. A relação entre esses fatores e os resultados e consequências do encontro clínico é conhecida. Planejar estratégias com os objetivos de melhorar os resultados de cada paciente e prevenir as consequências adversas dos encontros clínicos requer identificar, antes de tudo, os fatores a eles associados, bem como aqueles relacionados à iniciação, à manutenção e à prevenção da deterioração da RMP, tarefas ainda pouco documentadas em nosso ambiente (SENS; STAMM, 2019).

No ato médico, como em todo contato humano, é criada uma relação interpessoal muito importante, denominada relação médico-paciente. Seus efeitos devem ser evidentes em ambos os participantes.

Para o paciente, as consequências imediatas de uma boa consulta médica serão o consentimento do plano terapêutico proposto, a satisfação com o atendimento recebido, a coleta do que foi dito e alguma mudança no grau inicial de preocupação que o levou ao consultório. Os efeitos intermediários serão a adesão ao tratamento proposto e os efeitos de longo prazo serão as mudanças na sua saúde e na sua compreensão.

Para o médico, a consequência imediata será uma experiência agradável ou não, que influenciará o estilo de suas consultas subsequentes, o efeito intermediário será o retorno do paciente a uma segunda consulta - continuidade do tratamento -, e o efeito de longo prazo será a satisfação com o trabalho, o que o torna um profissional mais eficaz e reduz as possibilidades de litígio por negligência (COSTA; AZEVEDO, 2010).

Embora o exposto seja importante, talvez as atitudes sejam ainda mais importantes. Assim, o médico deve desenvolver sua capacidade de empatia, o que também o gratifica e o aprimora, como profissional e como pessoa. Ele deve possuir e expressar a humanidade. Deve sempre transmitir sensação de segurança, e conquistar a confiança do paciente por si mesmo enquanto pessoa, e por seu profissionalismo. A disponibilidade para escutar é essencial, deixando o paciente expor livremente seus desconfortos, sem interrupções. Também é necessária a participação proporcional de ambas as partes. Durante a consulta, os pontos de vista

sobre a doença do paciente devem ser trocados e nenhuma discrepância deve ser deixada sem solução. O paciente deve participar das decisões terapêuticas. Além disso, o médico deve ser sincero, educador e encorajador (OLIVEIRA, 2013).

Os desafios que a medicina enfrenta hoje são inúmeros. O avanço no conhecimento biológico do ser humano e de suas doenças, bem como o desenvolvimento de novas tecnologias, afetam o trabalho médico na atenção profissional ao paciente, ao mesmo tempo em que o exercício profissional distanciado da ética e a prática médica com perda de valores promovem uma relação médico-paciente inadequada e que resulta na percepção de baixa qualidade nos serviços de saúde e no atendimento ao paciente. Mudanças culturais, sociais e políticas são fatores que impactam fortemente a profissão médica (ALVES; FERNANDES; GOLDIM, 2012).

Nesse cenário, é necessário que o médico tenha capacidade total para estabelecer uma relação médico-paciente adequada, condição essencial para alcançar a recuperação do estado de saúde, considerando o paciente como pessoa, com autonomia e capacidade de tomada de decisão. Para tanto, é necessário modificar conceitos e atitudes por parte do paciente, do médico e de todas as pessoas envolvidas no atendimento em saúde. E, finalmente mas não menos importante, é necessário entender de maneira diferente a relação médico-paciente, passar do modelo paternalista tradicional para um novo modelo de tipo deliberativo, no qual todas as partes são informadas, com respeito aos respectivos direitos, com conhecimento verdadeiro e completo dos riscos e benefícios como de responsabilidade compartilhada.

Para promover essa mudança nos cuidados de saúde, é necessário considerar a contribuição da bioética, dentro de um quadro de referência da ética dos princípios, e com ela a aplicação destes: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Sua fundamentação, com uma perspectiva ética, será decisiva para favorecer a análise ética e a reflexão sobre os problemas de saúde humana, promover uma cultura diferente nos diversos atores envolvidos na assistência médica, facilitar as relações inter-humanas, a relação entre médico e paciente, pessoal de saúde e paciente e para a criação de novas políticas institucionais para atendimento e atenção à saúde (STOCK; SISSON; GROSSEMAN, 2012).

A relação estabelecida entre o profissional dos serviços de saúde e o usuário de tais serviços é o ponto fundamental nas atividades da medicina. Tradicionalmente,



tem sido chamada de relação médico-paciente e, nos últimos anos, sofreu uma profunda mudança, relacionada às mudanças sociais, com o desenvolvimento da cidadania dos indivíduos, das noções de dignidade humana, da autonomia da pessoa e do reconhecimento dos direitos fundamentais das pessoas. A ideia de respeito aos direitos do paciente e o consentimento voluntário deste em seu tratamento modificaram todos os tipos de ação no processo de assistência à saúde e os transformaram em um tipo de relacionamento mais igualitário entre o médico e a pessoa doente (SENS; STAMM, 2019).



## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

Para a realização desta pesquisa utilizou-se um questionário validado e adaptado (Anexo D), que foi aplicado em usuários da rede pública de saúde na cidade de São Caetano do Sul.

### **4.1 Delineamento da pesquisa**

De acordo com Thomas, Nelson e Silverman (2012), a presente pesquisa se caracteriza como um estudo observacional analítico transversal, descritivo, *Survey* e correlacional.

### **4.2 Local**

O trabalho foi realizado no município de São Caetano do Sul, mais precisamente nas dependências do ambulatório de especialidades médicas do Hospital São Caetano, com a presença de graduandos do ensino médico da Universidade de São Caetano do Sul, sob supervisão de professores da citada universidade. Sendo que este hospital que nos seus primórdios era um hospital particular, teve suas portas fechadas por falência em 1910 e posteriormente este prédio foi utilizado para abrigar os ambulatórios de especialidades médicas da rede municipal de saúde.

Como no momento da aplicação do questionário no ambulatório de especialidades deflagrou-se a pandemia pelo novo Coronavírus (Covid-19), fez-se necessária uma mudança de estratégia e, ao invés de a aplicação da pesquisa ser presencial, adotou-se ligação telefônica por vídeo.

### **4.3 Amostra**

A seleção da amostra foi do tipo intencional, também denominado de amostra de conveniência, não-probabilística. A amostra foi constituída por usuários do sistema público de São Caetano do Sul atendidos por acadêmicos de medicina, sob supervisão médica, no ambulatório de especialidades médicas do Hospital São Caetano. Os critérios de exclusão adotados na presente pesquisa foram: não ser

alfabetizado e ser menor de 18 anos. Como critérios de inclusão, foram adotados: pacientes do sexo masculino e feminino, alfabetizados, maiores de 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa.

Todos os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de forma falada e explicada, por conta da necessidade de mudança de estratégia, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), conforme normas de pesquisa com humanos, e assim estando de acordo, prosseguiram respondendo às questões propostas<sup>1</sup> (Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

#### **4.4 Riscos**

Os possíveis riscos para os voluntários foram mínimos, por exemplo, o não entendimento do que se queria avaliar, sobre a percepção dos usuários da relação médico-paciente que se estabelecia nesse ambulatório, destinado aos acadêmicos em formação em São Caetano do Sul.

#### **4.5 Benefícios**

Dentre os benefícios do presente trabalho, incluem-se a melhor compreensão da relação que se estabelece entre acadêmicos em formação e usuários da Saúde de São Caetano do Sul, a identificação de dificuldades e da eficiência no desenvolvimento de habilidades voltadas à construção da RMP e à efetivação de pactos com os pacientes na tentativa de melhorar a adesão destes ao tratamento, e o estímulo a atitudes empáticas nos futuros egressos do Curso de Medicina.

---

<sup>1</sup> De acordo com normas e diretrizes regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996): Anexo A.

#### **4.6 Do instrumento**

Para avaliar a relação entre usuários e acadêmicos que atendem no ambulatório de especialidades médicas do Hospital São Caetano, utilizou-se o *Patient Relationship Questionnaire* (PDRQ-9) (Anexo B), questionário quantitativo da relação médico-paciente desenvolvido em 2004 por pesquisadores da Universidade de Amsterdam a partir de um questionário de validação da aliança terapêutica em psicoterapia, o *Helping Alliance Questionnaire* (HAQ), considerando que a relação médico-paciente apresenta muitos pontos convergentes com a aliança psicoterapêutica, como altos níveis de confiança, cooperação, compreensão e empatia.

Segundo Brandão, Giovanella e Campos (2013), no Brasil tal instrumento foi adaptado e aplicado na Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária em um centro de saúde escola no Rio de Janeiro.

Também Spósito et al. (2018) adaptaram o PDRQ-9 e o utilizaram no Hospital Universitário Regional de Maringá, para verificar o nível de satisfação dos pacientes em relação ao contato, à comunicação, à acessibilidade e à confiança no serviço médico prestado naquele Hospital. E, de vez que tal adaptação se adequava perfeitamente às necessidades desta investigação, solicitou-se permissão aos autores da adaptação e empregou-se tal instrumento no presente trabalho (Anexo C).

#### **4.7 Análises dos resultados**

Os resultados foram submetidos a análises de frequência absoluta e relativa (porcentagem).



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 40 pacientes, que responderam ao questionário por videochamada, já que o início da pesquisa coincidiu com a deflagração da pandemia pelo novo Coronavírus. Tais pacientes haviam passado por diversas especialidades médicas no ambulatório situado em uma unidade pública na cidade de São Caetano do Sul, e, quanto às especialidades, estavam aleatoriamente assim distribuídos:

Psiquiatria: 03 pacientes  
Cardiologia: 10 pacientes  
Reumatologia: 01 paciente  
Neurologia: 06 pacientes  
Oftalmologia: 02 pacientes  
Gastroenterologia: 02 pacientes  
Ginecologia: 10 pacientes  
Nefrologia: 01 paciente  
Hematologia: 01 paciente  
Pneumologia: 01 paciente  
Ortopedia: 01 paciente  
Dermatologia: 02 pacientes

Em relação ao sexo, 30 pacientes eram do sexo feminino, e 10 pacientes eram do sexo masculino.

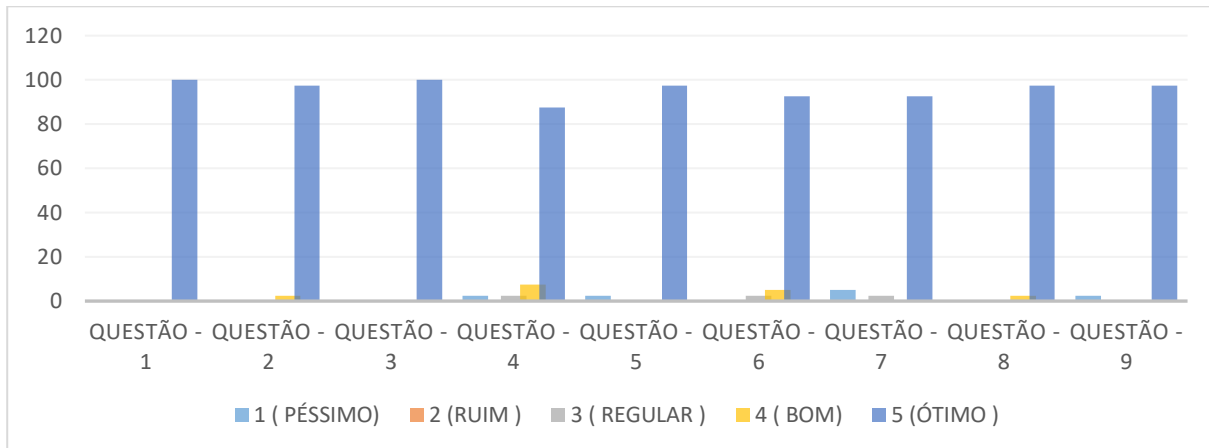
Em relação à idade os pacientes estavam assim distribuídos:

Entre 18 e 20 anos: 01 paciente  
Entre 21 e 30 anos: 02 pacientes  
Entre 31 e 40 anos: 12 pacientes  
Entre 41 e 50 anos: 03 pacientes  
Entre 51 e 60 anos: 06 pacientes  
Entre 61 e 70 anos: 09 pacientes  
Entre 71 e 80 anos: 05 pacientes  
Entre 81 e 90 anos: 02 pacientes

Verifica-se, portanto, que a maioria dos pacientes eram idosos e do sexo feminino.

Na figura 2, observam-se os achados deste estudo.

Figura 2 - Percepção dos pacientes em relação ao atendimento



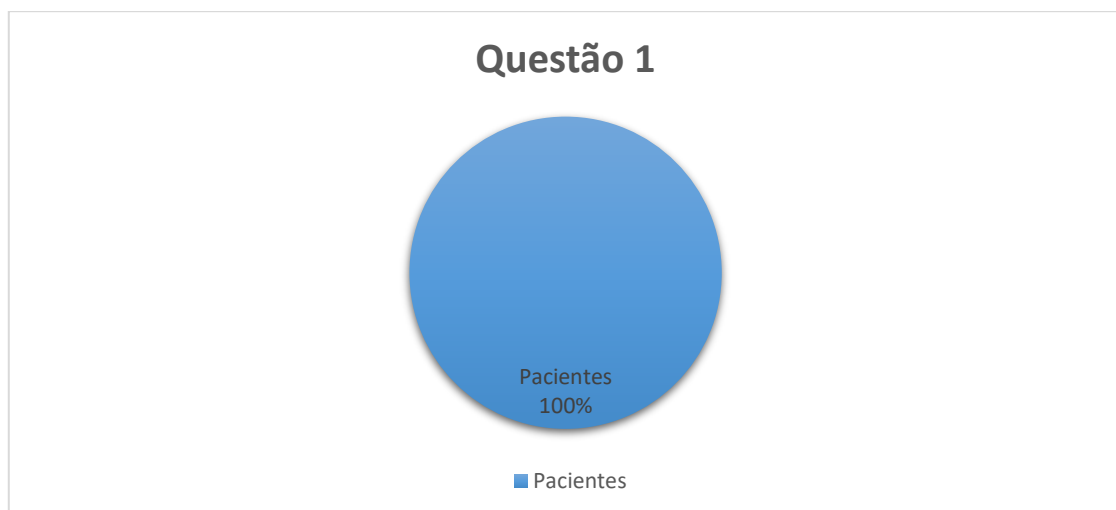
Fonte: A autora.

Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciou-se a aplicação do questionário, cujos resultados são apresentados a seguir.

Na questão de número 1, que indagava se o aluno se mostrou interessado em ouvir tudo o que o paciente tinha a dizer, 100% responderam com ótimo (Figura 3).

Segundo o Dr. David Mendel (1991), na obra *Proper Doctoring*, os pacientes querem ser escutados e verificar que há interesse por eles. Querem que o médico procure entender o que pensam e o que sentem, mesmo que não saibam se expressar.

Figura 3 - Porcentagem das respostas para a questão de número 1



Fonte: A autora.



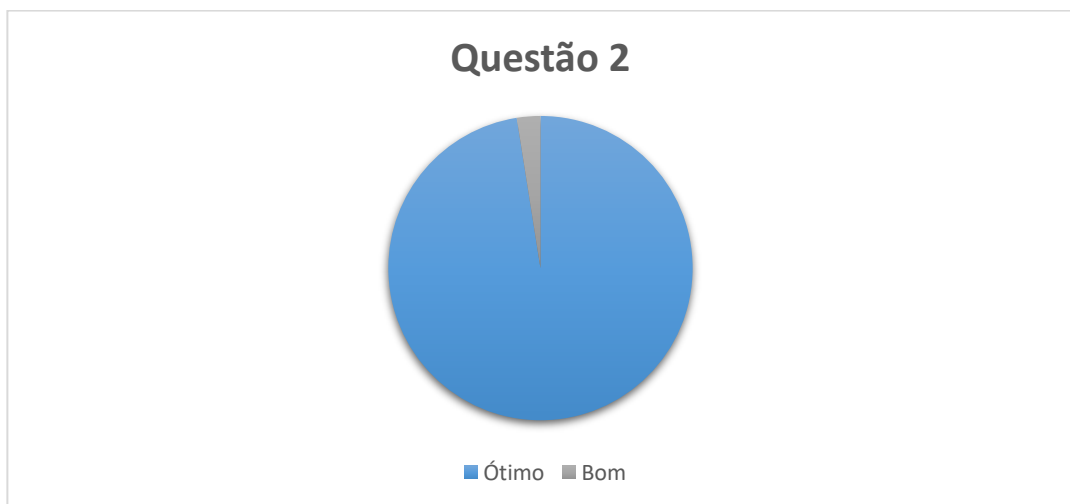
À questão de número 2, relativa ao fato de o paciente ter conseguido informar tudo ao aluno sem ser interrompido, 97,5% responderam ótimo, e 2,5% responderam bom, como se observa na figura 4.

Não são poucos os estudos relativos à dinâmica da consulta médica que abordam a satisfação do paciente.

Em um desses estudos, Langewitz et al. (2002) gravaram 335 entrevistas entre médicos e pacientes, para mensurar o tempo que cada paciente envolvido levava para responder à seguinte pergunta do médico: “o que lhe trouxe a esta consulta hoje?”, sem interrupção. De acordo com os resultados, o tempo médio o tempo em que um paciente respondeu a tal pergunta sem interrupção do médico foi de 92 segundos. Além disso, 77% dos pacientes utilizaram dois minutos para contar “todos os problemas”, e somente 2% falaram por mais de cinco minutos.

Beckman e Frankel (1984) apontam que o médico interrompe o paciente, em média, 18 segundos após este começar a falar, o que faz com que ele desista de continuar referindo os motivos que o levaram à consulta. Outro estudo, conduzida por médicos de família (Marvel et al., 1999), mostrou que o tempo de redirecionamento da consulta, isto é, interromper o paciente para lhe perguntar outra coisa, é de 23 segundos. Tais resultados apontam que é necessário que o médico aprenda a ouvir o paciente.

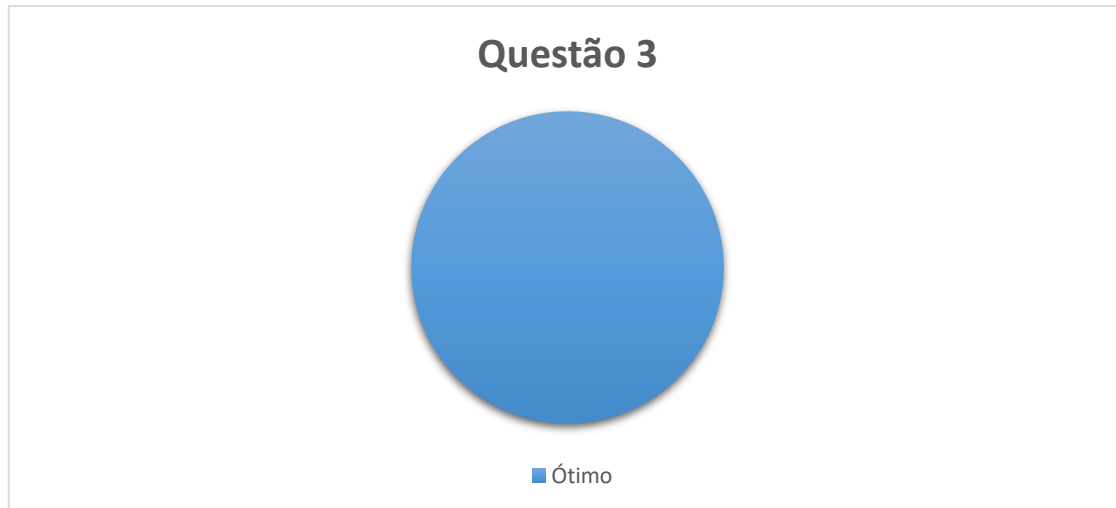
Figura 4 - Porcentagem das respostas para a questão de número 2



Fonte: Fonte: A autora.

Na questão de número 3 que falava sobre o paciente se sentir à vontade em relatar os seus problemas, 100% assinalaram a opção ótimo, como se verifica na figura 5.

Figura 5 -. Porcentagem das respostas para a questão de número 3

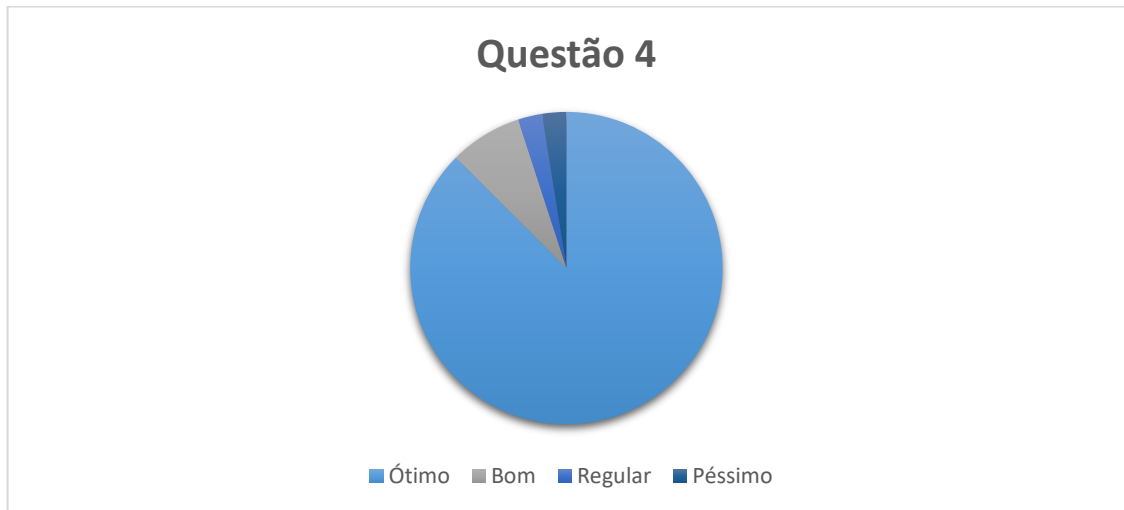


Fonte: Fonte: A autora.

Na questão de número 4, que avaliava se o aluno tinha sido claro ao explicar a enfermidade e fornecer instruções a respeito do tratamento, 87,5% assinalaram a opção ótimo, 7,5% assinalaram bom, 2,5% pontuaram regular, e 2,5% indicaram péssimo (Figura 6).

A literatura relativa a habilidades de comunicação é vasta. Há artigos descrevendo habilidades de comunicação durante a tomada de decisões, outros relativos à forma de transmitir informações desagradáveis, todos sobre a utilização da comunicação verbal e não verbal em uma consulta (MORETO, 2015).

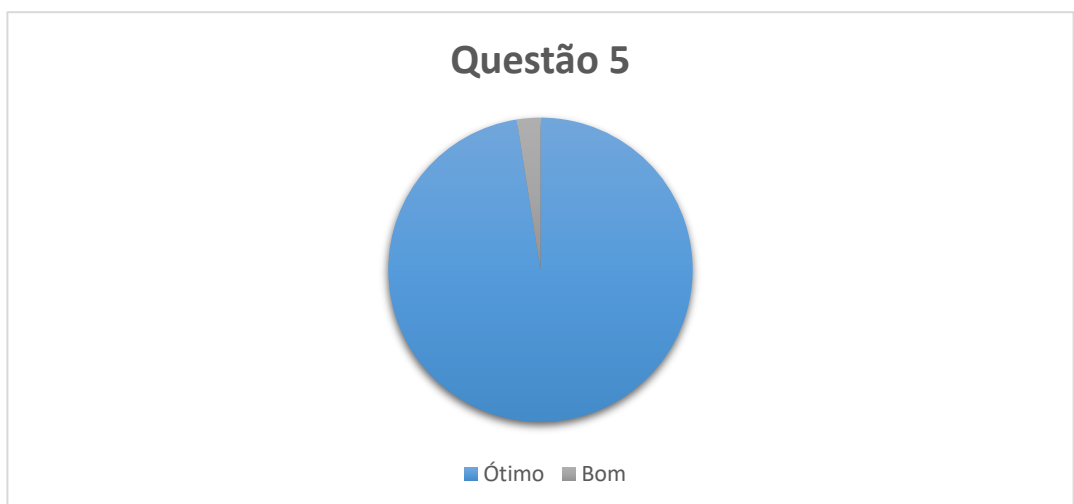
Figura 6 - Porcentagem das respostas para a questão de número 4



Fonte: A autora.

Na questão de número 5, que questionava se houve espaço para esclarecer dúvidas sobre o que não tinha sido bem entendido, 97,5% assinalaram ótimo e 2,5% apontaram péssimo, como se observa na figura 7.

Figura 7 - Porcentagem das respostas para a questão de número 5



Fonte: A autora.

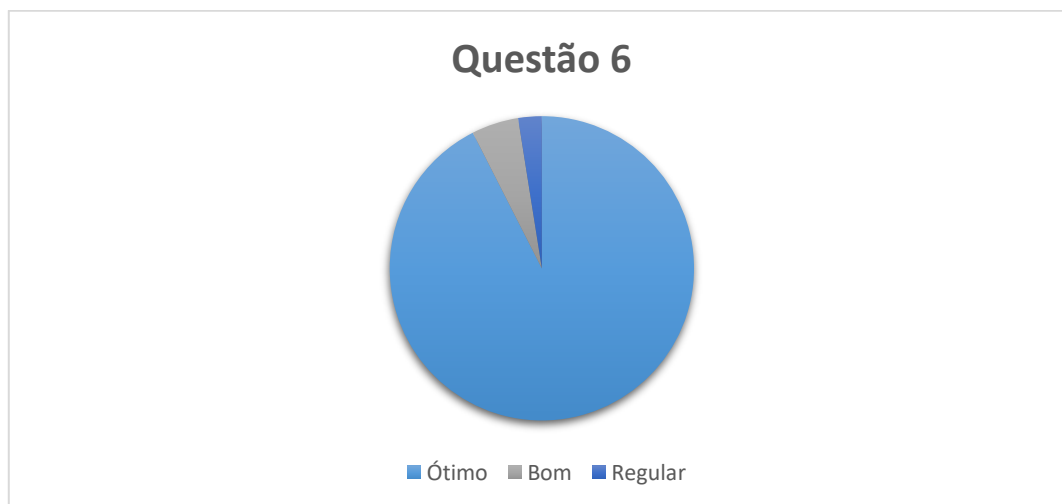
Na questão de número 6, que indagava se o aluno se interessou pelas questões emocionais, 92,5% pontuaram a opção ótimo, 5% responderam com bom, e 2,5% apontaram regular (Figura 8).

Segundo Sucupira (2007, p. 626),

[...] a compreensão mais ampla do paciente e de suas demandas não se esgota no domínio de uma técnica, mas implica a necessidade de uma formação mais ampla nas ciências humanas, o que vai se expressar nas atitudes, posturas e condutas adotadas nessa relação.

Isso requer uma formação que, ao longo do curso, dê condições ao aluno de entender a própria natureza da profissão médica. É desejável que o profissional tenha uma postura não somente ética, mas com uma marcada pela solidariedade, necessária para lidar com o sofrimento humano, E que entenda o paciente enquanto sujeito portador de um sofrimento que deve ser acolhido.

Figura 8 - Porcentagem das respostas para a questão de número 6



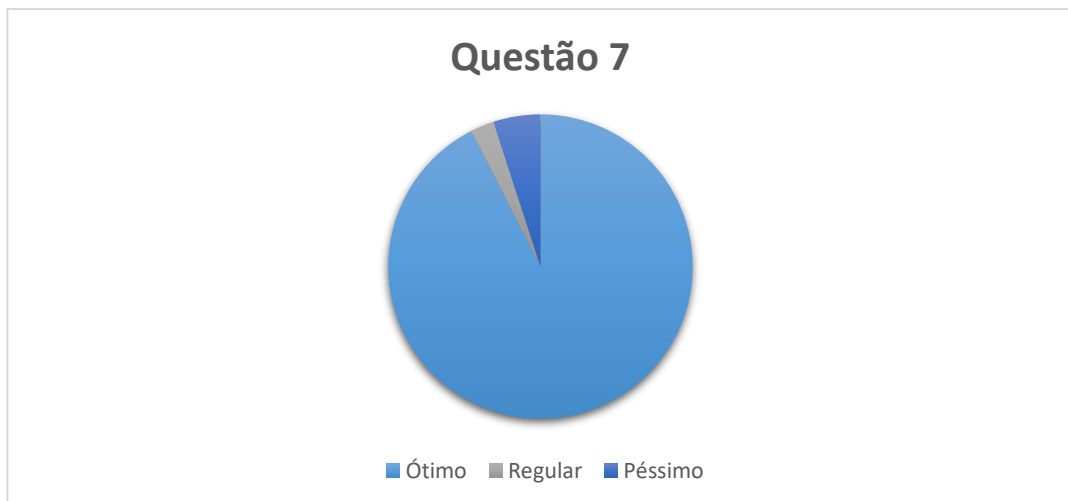
Fonte: A autora.

Na questão número 7, que perguntava se o paciente confiou no tratamento proposto, 92,5% assinalaram ótimo, 2,5% responderam com regular, e 5% pontuaram péssimo, como se verifica na figura 9.

De acordo com Halpern (2001), a empatia aproxima o médico do paciente, fazendo com que este exponha com mais confiança as suas queixas e preocupações e, conseqüentemente, propicia melhor diagnóstico e tratamento.

Além disso, fortalece a autonomia e a segurança do paciente em relação à sua doença, o que também contribui para a recuperação deste. Tem-se, assim, a importância das relações empáticas entre médico e paciente.

Figura 9 - Porcentagem das respostas para a questão de número 7



Fonte: A autora.

Quanto à pergunta 8, que questionava se o paciente se sentia confortável com a presença dos alunos, 97,5% assinalaram a opção ótimo, e 2,5% indicaram bom (Figura 10).

Como mencionado anteriormente, a interação entre estudantes e pacientes é essencial para a formação médica, e os estudantes também devem estar cientes do valor dessa relação.

Grosseman e Stoll (2008) realizaram um estudo com 25 estudantes do 12º semestre de uma faculdade de medicina do sul do Brasil, e observaram que 68% deles concorda que o aprendizado prático ocorre durante os atendimentos, os estágios extracurriculares e no decorrer do internato, o que evidencia o reconhecimento, por parte dos pesquisados, do valor do paciente para o ensino médico.

No contexto da relação estudante-paciente, em que existe uma troca entre ambos, é que este último vai expor a sua história, o seu próprio corpo, passando a ser

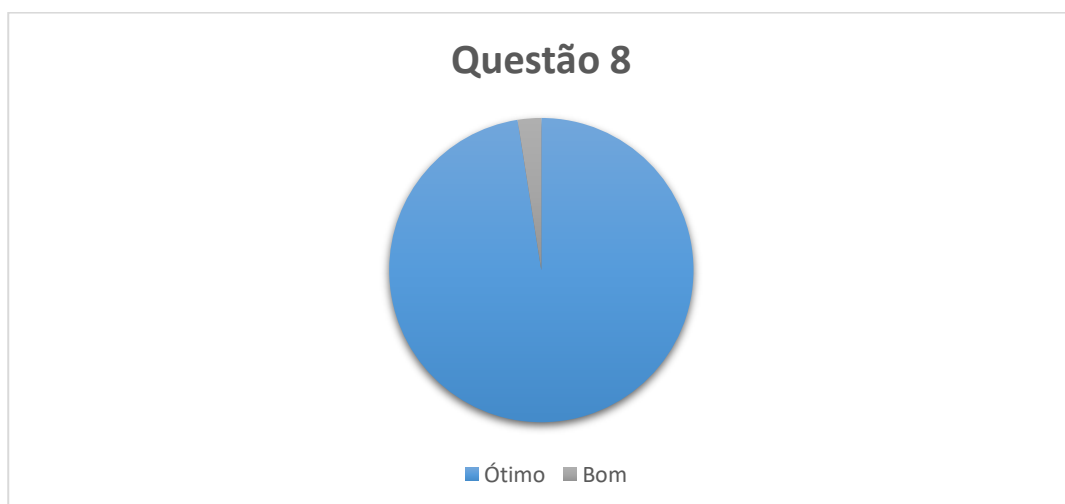
alguém que, além de receber atendimento médico, é também objeto de aprendizagem prática (MENÉNDEZ et al., 2008).

Sendo assim, é importante que a relação médico-paciente seja favorável, de maneira que o paciente se sinta confortável.

Considera-se que a presença dos estudantes tende a limitar a privacidade do paciente, podendo lhe causar incômodo e constrangimento na revelação de informações. Diferentemente do que ocorreu no presente trabalho, esse entendimento foi confirmado em um estudo realizado por Gerken et al. (2013), no qual 36% dos participantes, quando questionados sobre a frequência de incômodo ou de constrangimento em razão da presença de alunos durante o atendimento, responderam “geralmente” ou “às vezes”.

Tanto os possíveis sentimento de insegurança, quanto o desconforto, ou até mesmo o constrangimento do paciente frente à presença do aluno na consulta médica aponta a necessidade de se fornecerem orientações específicas aos estudantes sobre a obrigatoriedade do respeito à vontade do paciente e à obtenção de seu consentimento, no início do atendimento, a fim de serem cumpridos os princípios bióticos da autonomia e da não maleficência. A privacidade, o bem estar psíquico e emocional e o conforto do paciente são direitos previstos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

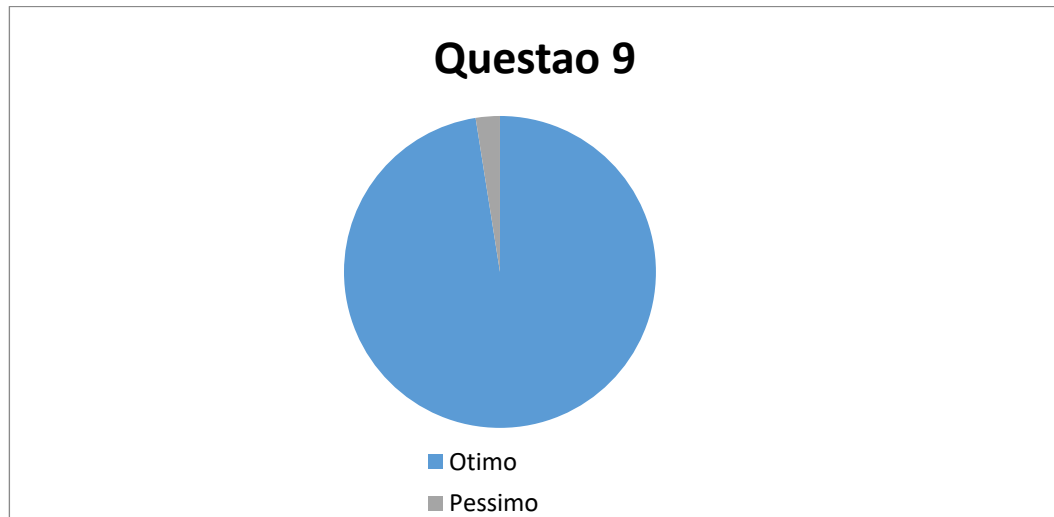
Figura 10 - Porcentagem das respostas para a questão de número 8



Fonte: A autora.

Por fim, quando os pacientes foram questionados sobre a satisfação de suas expectativas no atendimento, 97,5% responderam com ótimo, e 2,5% assinalaram péssimo, como se observa na figura 11.

Figura 11 - Porcentagem das respostas para a questão de número 9



Fonte: A autora.

Mendel (1991) comenta sobre as expectativas do paciente durante uma consulta e a postura médica: os pacientes querem ser escutados e confirmar que há interesse por eles; querem que o médico procure entender o que pensam e o que sentem, mesmo que não saibam se expressar. Já ao médico, cabe saber se o paciente está ou não satisfeito com os serviços prestados. Esse tipo de relação é impossível se o médico está convencido que é uma estrela e que, ao paciente, caberia apenas admirá-lo.

Ao final do questionário foi colocada uma pergunta aberta, que possibilitava que o paciente apresentasse críticas e/ou sugestões. A grande maioria dos entrevistados manifestou alto grau de satisfação, poucos pacientes se queixaram da demora do atendimento, o que para alguns foi classificada como vantagem pela atenção que receberam e o detalhamento da anamnese e das explicações dadas acerca da doença.

Outras críticas foram feitas, não em relação ao atendimento prestado pelos alunos, mas pela dificuldade de marcar os exames solicitados na consulta.

Outros pacientes se queixaram de equipamentos quebrados e falta de material para a realização de procedimentos, como material para a realização de biópsia no ambulatório de dermatologia.

Os entrevistados também sugeriram melhorar o espaço de conforto para os estudantes. Um paciente com 68 anos, e outro com 60 anos, sentiram-se desconfortáveis em despir-se na frente dos estudantes e este último sugeriu que houvesse mais investimentos em medicina preventiva. Um único paciente, da psiquiatria, reclamou muito da médica responsável pelo ambulatório, mas não dos alunos.

Mas, no geral, a impressão dos pacientes em relação ao atendimento prestado foi muito positiva, e todos se sentiam muito gratos pela atenção recebida.

Para Esquerda et al. (2016), a capacidade de entender o ser humano é um dos elementos mais difíceis na relação médico-paciente porque, para ele, a empatia é uma habilidade social.

Moreto, Gonzáles e Piñero (2017) destaca que a empatia deve ser encorajada como elemento fundamental na relação médico-paciente, pois é por meio dela que se dá a ligação entre a medicina baseada em evidências e a prática clínica centrada no paciente. Thomas, Nelson e Silverman (2012) conclui que os futuros médicos devem ter se abrir a essa aproximação mais emocional com os pacientes, a fim de exercerem uma medicina focada na abordagem integral dos indivíduos.

Para Moreto (2015), os recursos humanísticos na educação médica abrangem o amplo espectro da condição humana e podem ser utilizadas como ferramenta para propiciar a reflexão individual. Cada vez com maior frequência surgem iniciativas vinculadas às humanidades na tentativa - urgente, e ao mesmo tempo paciente e continuada - de conduzir o estudante de hoje, médico de amanhã, no caminho da reflexão sobre a riqueza da dimensão humana.

Ao retomar os objetivos deste estudo, de avaliar a relação que se estabelece entre acadêmicos da faculdade de medicina e usuários da rede municipal de São Caetano do Sul, e confrontá-los com os resultados, surge a pergunta: o que teria gerado achados tão lineares, que demonstraram tão alto nível de satisfação?

Moreto (2015) pontua que as pesquisas voltadas à satisfação do paciente têm como objetivo avaliar como ele se sente em relação à qualidade do cuidado recebido,



e contempla a combinação entre as expectativas dos pacientes antes da consulta e as experiências vivenciadas com o encontro médico e sua influência na resolução da queixa que levou o paciente à consulta.

Dessa maneira, é desejável que o médico tenha uma boa escuta, valorizando as queixas doeste paciente, e que seja empático. Sensibilizar o estudante de medicina para o desenvolvimento de um olhar centrado no paciente tem sido preocupação das escola de medicina, como se verifica nas novas grades curriculares. Bisca-se a formação mais humanizada dos futuros profissionais da saúde, estimulando atitudes mais empáticas, e isso tem trazido resultados muito satisfatórios, como foi possível verificar neste estudo.

As Diretrizes Curriculares Nacionais trazem em seu bojo a preocupação de que o estudante de medicina tenha uma formação mais humanista, reflexiva, crítica e ética, desenvolvendo atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos (BRASIL, 2014).

No artigo 32 desse documento, pontua-se que o curso de medicina deve utilizar metodologias ativas, que pode gerar uma aproximação entre o acadêmico e o paciente desde os primeiros anos da sua formação, despertando a percepção mais empática do estudante (BRASIL, 2014).

Outro componente muito discutido e levantado por Bayne (2011) é a importância do modelo do professor nesse processo educacional da empatia. É fundamental para o desenvolvimento da empatia que o estudante vivencie bons exemplos. Enfatizando esse modelo, Borrel, Epstein e Alenta (2006) reforçam o papel do professor, lembrando que o aprendizado se dá através do “contágio” das atitudes éticas do professor durante a prática diária.

No presente estudo, pode-se verificar que as ações para estimular boas práticas médicas na busca de atendimentos mais humanizados e empáticos têm surtido bons resultados para o sucesso terapêutico dos doentes que buscam ajuda, e que inquéritos sobre satisfação devem ser rotineiramente aplicados para reavaliar os atendimentos.

Uma limitação encontrada neste estudo foi a falta de conhecimento aprofundado das grades curriculares do Curso de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Novos estudos, correlacionando os conteúdos programáticos das disciplinas do curso com o desempenho dos alunos em termos de empatia e humanização, devem ser realizados.

As palavras de Orellana-Peña (2014, p. 68) enfatizam a necessidade de formar profissionais que tenham empatia e que sejam sensíveis às necessidades humanas:

As humanidades estão relacionadas com aspectos éticos da prática clínica, habilidade de comunicação, sensibilidade e compaixão diante do sofrimento do outro. Um novo humanismo médico se faz necessário para conseguir harmonizar os avanços tecnológicos com as necessidades reais dos pacientes.

## 6 CONCLUSÃO

Diferentes condições que impactam negativamente a relação médico-paciente. A comunicação adequada permite que o paciente entenda as informações relativas à prescrição ou às recomendações, primeiro passo para que ele as aceite e as lembre (OLIVEIRA, 2013).

A relação médico-paciente é uma correspondência interpessoal do tipo profissional que serve de base para a gestão em saúde, e seu valor não se restringe à ordem social, mas estende-se ao âmbito terapêutico.

Dada a importância desse processo, optou-se por estudar a relação entre estudantes de medicina e pacientes por eles atendidos, consultando os pacientes. Constatou-se elevado grau de satisfação com o atendimento de alunos de medicina – sob supervisão de médicos – por parte dos pacientes.

Os resultados do presente estudo podem servir aos gestores e professores para intervir, a fim de aprimorar esse ponto-chave durante os cuidados médicos, através da aplicação de estratégias que atinjam a eficiência e a eficácia da relação médico-paciente e, desta maneira, melhorem o estado de saúde dos usuários. Tais estratégias também podem fazer com que os acadêmicos estejam atentos à importância de adquirir atitudes empáticas com um olhar especial ao seu doente, como um ser único nas suas dimensões biopsicossociais.

Os pacientes serão os principais beneficiários, pois, melhorando a comunicação médico-paciente, eles poderão receber os cuidados necessários para resolver sua situação de saúde. Além disso, o trabalho serve como antecedente válido para outros profissionais da área da saúde interessados em se aprofundar na relação profissional-paciente.

Buscando uma ligação entre os achados desta pesquisa - na qual o alto grau de satisfação foi uma constante - e os dados da literatura, é possível salientar que alguns componentes são fundamentais para que a relação que se estabelece entre médicos e pacientes seja construída de maneira satisfatória, dentre os quais se incluem a boa e efetiva comunicação e a empatia.

A comunicação com o paciente é uma competência essencial que o médico deve ter no seu trabalho diário; da mesma forma, o paciente percebe que um médico que o ouve pode coletar adequadamente dados clínicos para um diagnóstico adequado. O médico que atua dessa forma como agente terapêutico, fortalece a relação médico-paciente.

A incorporação das humanidades na educação médica tem como objetivos educacionais primordiais o despertar de atitudes e valores muitas vezes inesperados nos próprios estudantes, que estarão em função da escala de valores da educação e da maturidade que cada um possui. Na verdade, esse processo educacional através das humanidades assemelha-se a uma viagem: importa mais o que se aprende durante o tempo que leva do que propriamente o destino. Um processo que atenta mais para uma educação real, e não para o simples treino (BLASCO; MORETO; LEVITES, 2005).

## 7 PRODUTO FINAL

O presente deixa como contribuição uma atividade a ser aplicada entre os alunos para promover reflexões acerca da importância da relação médico-paciente.

Algumas instituições, como a *ABIM Foundation* e a *European Federation of Internal Medicine*, além de pesquisadores como Steinert et al. (2005) elencam características fundamentais ao profissional para a construção de uma boa relação médico-paciente:

- ter competência técnica para oferecer ao paciente o que há de melhor na ciência médica;
- ser honesto com o paciente;
- manter a confidencialidade;
- ter comprometimento pessoal com o paciente;
- proporcionar melhor acessibilidade ao paciente;
- ter atitude empática, compreensiva e compassiva;
- ter autoconhecimento dos pontos fortes e fracos;
- manter a confiança do paciente;
- ter responsabilidade profissional.

Outra abordagem é feita por Borrel, Epstein e Alenta (2006), que enumeram os hábitos a serem desenvolvidos para a prática médica de excelência:

- 1) Hábitos de comunicação e relacionamento humano com os pacientes, os familiares dos pacientes e com os colegas de trabalho:
  - cordialidade e respeito;
  - capacidade de controlar a própria ansiedade e as oscilações do estado de ânimo, ter paciência, empatia e compaixão;
  - percepção o outro como pessoa;
  - compromisso com o cuidado clínico do paciente e seu sofrimento.
- 2) Hábitos de reflexão e estudo:
  - Contemplar a situação clínica sob a perspectiva do paciente;

- Questionar sobre a própria atuação com certa frequência:
  - ✓ Estou fazendo todos os procedimentos possíveis e necessários?
  - ✓ Algo pode estar influenciando na minha capacidade de concentração durante a consulta clínica?
  - ✓ Estou suficientemente presente e bem disposto para atender este paciente?
  - ✓ O que diria um bom médico sobre o atendimento que estou realizando?
  - ✓ Existe algum dado relevante que estou omitindo ou alguma questão ética?
  - ✓ Estou estudando de maneira periódica para oferecer o melhor cuidado ao meu paciente?

Mas, acima de tudo, é preciso exercitar a escuta significativa e empática, que se coloca no lugar do outro e se compromete com esse paciente a buscar o diagnóstico preciso e o melhor tratamento, dentro das melhores evidências científicas.

Tendo como base esses conceitos fundamentais, sugere-se uma atividade com os estudantes no formato da sala de aula invertida (*Flipped classroom*), na qual os alunos, antes de virem para a atividade em grupo, deverão se aprofundar nos temas abordados acima.

Para o dia da atividade em sala de aula, a turma deve ser separada em grupos, e o professor atuará como mediador durante o processo e no final, realizando o *feedback* com os alunos.

Para iniciar a atividade, o professor procederá à leitura do caso clínico que segue.

*Rafael era aluno do quinto ano do curso de medicina em internato em pediatria. Fase exaustiva para o aluno de medicina que tem muitas demandas de estudo e ainda os plantões para cumprir. Segunda-feira, após um dia muito corrido no hospital universitário, iria ficar no plantão noturno. O plantão não tinha nem começado e ele já estava bastante cansado... No meio da madrugada, chegou uma criança com dor abdominal acompanhada da mãe. A mãe tentava falar o que estava acontecendo, porém era interrompida constantemente pelo acadêmico, que desejava encurtar a conversa e*

*concluir o atendimento. Ele mal perguntou a respeito da dor, não tirou a roupa do paciente e não realizou o exame físico. Foi medicando com Plasil e Buscopan e, ainda sem discutir o caso com o preceptor, deu alta para a criança. A mãe, indignada com o atendimento, por não ter sido ouvida e sem ter atingido suas expectativas em relação à investigação e à solução do problema, foi embora com a criança. Passadas 24 horas, a mesma criança deu entrada no Pronto Socorro já com quadro de toxemia, desidratada, abdômen distendido, vômito, febre e forte dor abdominal.*

*O acadêmico no plantão realizou a anamnese fazendo todos os questionamentos acerca dos sintomas e, após realizar o exame físico detalhado, chamou o preceptor, que fechou o diagnóstico de apendicite: a criança foi encaminhada para cirurgia de urgência. Este caso teve um final feliz pois a criança foi operada e se recuperou, porém nem sempre em medicina podemos contar com esse desfecho num atendimento que não foi eficiente e que levou à perda de muito tempo, produzindo um agravamento do quadro.*

Serão distribuídas aos grupos placas com números que vão de 1 a 5. Os alunos em grupos responderão ao questionário que segue, com pontuações que vão de 1 a 5, sendo 1 correspondente a péssimo e cinco a ótimo.

#### QUESTIONÁRIO

- 1) O aluno se mostrou interessado em ouvir o que a mãe do paciente tinha a dizer?
- 2) A mãe do paciente conseguiu informar ao aluno tudo o que queria, sem ser interrompida?
- 3) A mãe do paciente se sentiu à vontade para relatar ao aluno os problemas de seu filho?
- 4) O aluno foi claro ao explicar a enfermidade e dar instruções a respeito do tratamento?
- 5) A mãe do paciente teve espaço para tirar dúvidas com o aluno sobre o que não havia entendido?
- 6) O aluno se interessou por questões emocionais relacionadas ao problema de saúde do paciente?
- 7) A mãe paciente sentiu confiança no tratamento proposto pelo aluno?
- 8) A mãe paciente se sentiu confortável com a presença dos alunos de medicina no hospital?

9) O atendimento recebido alcançou as expectativas da mãe do paciente?

Após a leitura do questionário, os alunos devem discuti-lo e aplica-lo aos dois atendimentos. Os resultados obtidos devem ser compilados pelo relator do grupo para apresentação ao professor, que trará para a discussão os achados dos vários grupos.

Por fim, será feito o balanço geral dos achados dos grupos e o professor fará o fechamento, para alicerçar os conhecimentos e as competências adquiridos com esse trabalho.



## REFERÊNCIAS

- ALVES, C. A.; FERNANDES, M. S.; GOLDIM, J. R. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 358-362, 2012.
- ANGOFF, N. R. A piece of my mind: crying in the curriculum. **JAMA**, Chicago, v. 286, n. 9, p. 1017-1018, Sept. 2001. DOI: 10.1001/jama.286.9.1017.
- AUTHIER, J. Showing warmth and empathy. *In*: Hargie O. (ed.). **A handbook of communication skills**. London, England: Croom Helm, 1986. p. 441-465.
- BENBASSAT, J.; BAUMAL, R. What is empathy and how it be promoted during clinical clerkships? **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 79, n. 9, p. 832-839, Sept. 2004. DOI: 10.1097/00001888-200409000-00004.
- BAYNE, H. B. Training medical students in empathic communication. **Journal for Specialists in Group Work**, London, v. 36, n. 4, p. 316-329, Oct. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1080/01933922.2011.613899>.
- BECKMAN, H. B.; FRANKEL, R. M. The effect of physician behavior on the collection of data. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 101, n. 5, p. 692-696, Nov. 1984. DOI: 10.7326/0003-4819-101-5-692.
- BLASCO, P. G.; MORETO, G.; LEVITES, M. R. Teaching humanities through opera: leading medical students to reflective attitudes. **Family Medicine**, Kansas City, Mo, v. 37, n. 1, p. 18-20, Jan. 2005.
- BORREL, F. C.; EPSTEIN, R. M.; ALENTA, H. P. Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. **Medicina Clínica**, Barcelona, v. 127, n. 9, p. 337-342, Sept. 2006. DOI: 10.1157/13092322.
- BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, Jan. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100012>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 17, 6 jun. 2014. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category\\_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 31 jul. 2020.

BRODY, D. S.; RYAN, K.; KUSMA, M. A. Promoting the development of doctoring competencies in clinical settings. **Family Medicine**, Kansas City, Mo, v. 36, p. S105-S109, Jan. 2004. Supplement.

CHRISTIANSON, C. E.; MCBRIDE, R. B.; VARI, R. C.; OLSON, L.; WILSON, H. D. From traditional to patient-centered learning: curriculum change as an intervention for changing institutional culture and promoting professionalism in undergraduate medical education. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 82, n. 11, p. 1079-1088, Nov. 2007. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181574a62.

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, jun. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000200010>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022010000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000200010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 31 jul. 2020.

EPSTEIN, R. M. Mindful practice. **JAMA**, Chicago, v. 282, n. 9, p. 833-839, Sept. 1999. DOI: 10.1001/jama.282.9.833.

ESQUERDA, M.; YUGUERO, O.; VIÑAS, J.; PIFARRÉ, J. La empatía médica, ¿nace o se hace? evolución de la empatía en estudiantes de medicina. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 48, n. 1, p. 8-14, Jan. 2016. DOI: 10.1016/j.aprim.2014.12.012.

EVELEIGH, R. M.; MUSKENS, E.; VAN RAVESTEIJN, H.; VAN DIJK, I.; VAN RIJSWIJK, E.; LUCASSEN, P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 65, n. 1, p. 10-15, Jan. 2012. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2011.05.011.

FALCONE, E. M. O.; FERREIRA, M. C.; LUZ, R. C. M.; FERNANDES, C. S.; FARIA, C. A.; D'AUGUSTIN, J. F.; SARDINHA, A.; PINHO, V. D. Inventário de empatia (I.E.): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 321-34, dez. 2008.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

GOTTSCHAL, C. A. M. **Medicina hipocrática**: antes durante e depois. Porto Alegre: Stampa, 2007.

GERKEN, I. B.; ANDRADE, C. S.; LOPES, F. B.; RIBEIRO, M. M. F. Conhecimento e opinião de pacientes sobre prática docente-assistencial. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 66-71, mar. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000100010>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022013000100010&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000100010&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 31 jul. 2020.

- GRACEY, C. F.; HAIDET, P.; BRANCH, W. T.; WEISSMANN, P.; KERN, D. E.; MITCHELL, F. R.; INUI, T. Precepting humanism: strategies for fostering the human dimensions of care in ambulatory settings. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 80, n. 1, p. 21-28, Jan. 2005. DOI: 10.1097/00001888-200501000-00007.
- GROSSEMAN, S.; PATRICIO, Z. M. A relação médico paciente e o cuidado humano: Subsídios para a formação da educação médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 99-105, ago. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v28.2-014>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022004000200099&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022004000200099&script=sci_arttext), Acesso em: 23 jul. 2020.
- 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, set. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300004>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 jul. 2020.
- HALPERN J. **From detached concern to empathy**: humanizing medical practice. New York: Oxford University, 2001.
- HELLIN, T. The physician patient relationship: recent developments and changes. **Haemophilia**, Osney Mead, Oxford, UK, v. 8, n. 3, p. 450-454, May 2002. DOI: 10.1046/j.1365-2516.2002.00636.x.
- HOJAT, M. **Empathy in patient care**. Antecedents, development, measurement and outcomes. New York: Springer, 2007.
- HOWICK, J.; MOSCROP, A.; MEBIUS, A.; FANSHAW, T. R.; LEWITH, G.; BISHOP, F. L.; MISTIAEN, P.; ROBERTS, N. W.; DIENINYTÉ, E.; HU, X-Y.; AVEYARD, P.; ONAKPOYA, I. J. Effects of empathetic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. **Journal of the Royal Society of Medicine**, London, v. 111, n. 7, p. 240-249, Jul. 2018. DOI: 10.1177/0141076818769477.
- KAY, J. Traumatic deidealization and future of medicine. **JAMA**, Chicago, v. 263, n. 4, p. 572-573, Jan. 1990.
- LANGEWITZ, W.; DENZ, M.; KELLER, A.; KISS, A.; RUTTIMANN, S.; WOSSMER, B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. **BMJ**, London, v. 325, n. 7366, p. 682-683, Sept. 2002. DOI: 10.1136/bmj.325.7366.682.
- LARA, J. R. L.; MORAL, R. R.; CAMPAYO, J. G. Por que algunos médicos se vuelven poco éticos ( malvados?) com sus pacientes?. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 41, n. 11, p. 646-649, nov. 2009. DOI: 10.1016/j.aprim.2009.01.005

LÁZARO, J.; GRACIA, D. La relación médico-enfermo a través de la historia. **Anales del Sistema Sanitario Navararra**, Pamplona, Navarra, v. 29, p. 7-17, 2006. Suppl. 3. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000600002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002). Acesso em: 31 jul. 2020.

LEITE, A. J. M.; CARRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. (org.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007.

MARVEL, M. K.; EPSTEIN, R. M.; FLOWERS, K.; BECKMAN, H. B. Soliciting the patient's agenda: have we improved? **JAMA**, Chicago, v. 281, n. 3, p. 283-287, Jan. 1999. DOI: 10.1001/jama.281.3.283.

MENDEL, D. **Proper doctoring**. Pamplona: EUNSA, 1991.

MENÉNDEZ, D. F. S.; AZEVEDO, M. H.; PAIVA, A. F. A.; SOUSA, R. L.; SILVA, I. B. A.; MAROJA, J. L. S. Percepção do paciente na interação com o aluno de semiologia médica: proposta para questionário estruturado de observação. *In: X ENCONTRO DE INICIAÇÃO À DOCÊNCIA*, 10., 2008, Paraíba. **Anais [...]**. Paraíba: UFPB, 2008. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/IXEnex/iniciacao/documentos/anais/6.SAUDE/6CCSDMIMT09.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2020.

MILLER, S. Z.; SCHMIDT, H. J. The habit of humanism: a framework for making humanistic care a reflexive clinical skill. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 74, n. 3, p. 800-803, Jul. 1999. DOI: 10.1097/00001888-199907000-00014.

MORETO, G. **Avaliação da empatia de estudantes de Medicina em uma Universidade na cidade de São Paulo, utilizando dois instrumentos**. 2015. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-19062015-154448/pt-br.php>. Acesso em: 31 jul. 2020.

MORETO, G.; GONZÁLES, B. P.; PIÑERO, A. Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina. **Educación Médica**, v. 19, n. 3, p. 172-177, May-Jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.12.013>.

OLIVEIRA, M. S. **A judicialização da relação entre médico e paciente: uma breve reflexão em bioética e ética**. Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, 2013.

ORELLANA-PEÑA, C. M. Médicos humanistas. **Persona y Bioética**, v. 18, n. 1, p. 57-69, 2014. Disponível em: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/3911/html>. Acesso 31 jul. 2020.

OSLER, W. Teaching and thinking. *In*: OSLER, W. **Aequanimitas**: with other addresses to medical students, nurses and practitioners of medicine. London: H. K. Lewis; 1906. p. 121-136.

PEREIRA, O. P.; ALMEIDA, T. M. C. Medical education according to a resistance pedagogy. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 16, p. 69-79, fev. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100006>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-32832005000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832005000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en).

PEREZ, B. G.; CANO, M. A. R.; LOPEZ, E. G. La relation medico-paciente analizada por estudiantes de medicina desde la perspectiva del portfolio. **Cuadernos de Bioética**, Madrid, v. 29, n. 95, p. 59-67, 2018.

PETERSON, M. C.; HOLBROOK, J. H.; VON HALES, D.; SMITH, N. L.; STAKER, L. V. Contributions of the history, physical examinations and laboratory investigation in Making Medical diagnosis. **Western Journal of Medicine**, San Francisco, v. 156, n. 2, p. 163-165, Feb. 1992.

PROVENZANO, P. C.; MACHADO, A. P. G.; RANGEL, M. T. A. S.; ARANHA, R. N. A empatia médica e a graduação em medicina. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 119-125, out.-dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2014.13941>.

RIBEIRO, M. F.; FREITAS, L. S.; BARATA, J. M. L. A avaliação de estudantes de medicina de uma faculdade de Belo Horizonte, em relação ao processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 28, p. e-1985, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180007>.

RIESS, H. Empathy in medicine--a neurobiological perspective. **JAMA**, Chicago, v. 304, 14, p. 1604-1605, Oct. 2010. Doi: 10.1001/jama.2010.1455.

ROTTER, D. L.; HALL, J. A. Studies of doctor-patient interaction. **Annual Review of Public Health**, Palo Alto, v. 10, p. 163-180, 1989. DOI: 10.1146/annurev.pu.10.050189.001115.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. F. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface**, Botucatu, v. 23, p. e180487, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.180487>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832019000100255&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100255&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 jul. 2020.

SHAPIRO J. Perspective: does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 86, n. 3, p. 326-332, Mar. 2011. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182088833.

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, jan./mar. 2015. DOI: 10.7213/psicol.argum.33.080.AO06.

SPÓSITO, C. V. A.; SILVEIRA, F. C.; UECHI, F. A. A.; CREVELIM, K. R.; SILVA, M. A. D. Análise de Questionário de Satisfação sobre relação médico-paciente: uma revisão bibliográfica. **Revista Científica Ágape**, Maringá, v. 1, 1a. edição, p. 1-11, 2018.

STANGE, K.; MILLER, W. L.; MCWHINNEY, I. Developing the Knowledge base of family practice. **Family Medicine**, Kansas City, Mo, v. 33, n. 4, p. 286-297 Apr. 2001.

STEINERT, Y.; CRUESS, S.; CRUESS, R.; SNELL, L. Faculty development for teaching and evaluating professionalism: from programme design to curriculum change. **Medical Education**, Oxford, v. 39, n. 2, p. 127-136, Feb. 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2004.02069.x.

STOCK, F. S.; SISSON, M. C.; GROSSEMAN, S. Percepção de estudantes de Medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente, após mudança curricular. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 5-13, mar. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000100002>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000100002](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000100002). Acesso em: 31 jul. 2020.

SUARTZ, C. V.; QUINTANA, M. I.; LUCHESE, A. C.; MARCO, M. A. Avaliação de empatia em residentes de especialidades clínicas e cirúrgicas da Universidade Federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 320-325, set. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000300003>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022013000300003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022013000300003&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 31 jul. 2020.

SUCUPIRA, A. C. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 624-627, set./dec. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000300016>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832007000300016&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832007000300016&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 31 jul. 2020.

SZASZ, T. S.; HOLLENDER, M. H. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. **A.M.A.**: archives of internal medicine, Chicago, v. 97, n. 5, p. 585-592, May 1956. DOI: 10.1001/archinte.1956.00250230079008.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividades física**. 6. ed. São Paulo: Artmed, 2012.

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, abr. 2014.

## APÊNDICES





## ANEXO A - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL



### PERCEPÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE SOB A ÓTICA DOS PACIENTES ATENDIDOS POR ACADÊMICOS DE MEDICINA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa e este documento, chamada Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegura seus direitos como participante de pesquisa e foi elaborado em duas vias, assinado e rubricado pelo pesquisador e por você, sendo que uma via será sua e outro ficará com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma e, aproveite para esclarecer suas dúvidas. Se você tiver perguntas, poderá fazê-las ao pesquisador. Você NÃO sofrerá nenhum tipo de penalidade ou prejuízo se não aceitar participar desta pesquisa ou retirar sua autorização em qualquer momento.

#### **Justificativa e Objetivos**

Tendo em vista a melhoria do atendimento prestado neste ambulatório, será objeto desta pesquisa avaliar o grau de satisfação dos usuários municipais da saúde de São Caetano do Sul em relação ao atendimento prestado.

#### **Procedimentos**

Participando do estudo você está sendo convidado ao preenchimento de um questionário sobre o seu perfil e um outro que fala sobre a sua satisfação em relação ao atendimento prestado pelo estudante de Medicina da Universidade de São Caetano do Sul, sob supervisão de um Professor.

Por fim há uma questão aberta onde o participante pode dar sua opinião para a melhoria do atendimento.

#### **Desconfortos e riscos**

Os riscos com esta pesquisa são mínimos, sendo que você pode se sentir desconfortável ou constrangido em responder algumas perguntas. Você tem a liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para seu atendimento, sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa identificar, será mantido em sigilo.

#### **Benefícios**

Avaliar a relação que se estabelece entre acadêmicos da Faculdade de Medicina e usuários da saúde de São Caetano do Sul, na tentativa de se identificar alguma falha que possa ser corrigida para melhorar este atendimento e favorecer a adesão ao tratamento.

Rúbrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rúbrica do participante \_\_\_\_\_

## **Acompanhamento e Assistência**

Você terá direito à assistência integral e gratuita devido a danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, pelo tempo que for necessário. Os resultados da pesquisa poderão ser enviados para você sempre que solicitado e permanecerão confidenciais.

## **Sigilo e Privacidade**

Você tem garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Seu nome não será revelado na divulgação dos resultados desse estudo.

## **Ressarcimento e Indenização**

A participação no estudo não acarretará custos para você, bem como não implicará em nenhuma compensação financeira adicional relacionada à sua participação na pesquisa. O estudo será realizado no momento do término da consulta no ambulatório.

## **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, com função pública, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Res. CNS 196/96, II. 4).

## **Contato**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora Dra. Viviane Torres, RG: 7.497.720, Telefone: 4228-3225/42290559.

E-mail: [vivianedermato@hotmail.com](mailto:vivianedermato@hotmail.com) e o Whatsapp: 99951-3965.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas de estudo, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da USCS- das 8 horas às 12 horas e das 14 horas às 18 horas, através do telefone 4239-3282 / e-mail: [cep@adm.uscs.edu.br](mailto:cep@adm.uscs.edu.br)

Rúbrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rúbrica do participante \_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa – USCS: Rua Santo Antônio, 50, Centro – São Caetano do Sul, CEP: 09521-160, Tel: (11) 4239-3282.

### Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter recebido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante da pesquisa:

---

Data: / /

---

(Assinatura do participante de pesquisa ou nome e assinatura do seu responsável legal)

### Responsabilidade do Pesquisador

Asseguro ter cumprido as exigências de Resolução 466 de 2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante de pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP. Comprometo-me utilizar os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Assinatura do pesquisador)

Rúbrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rúbrica do participante \_\_\_\_\_  
Comitê de Ética em Pesquisa – USCS: Rua Santo Antônio, 50, Centro – São Caetano do Sul,  
CEP: 09521-160, Tel: (11) 4239-3282.



## ANEXO B – PDRQ9



**PERCEÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE SOB A ÓTICA DOS  
PACIENTES ATENDIDOS POR ACADÊMICOS DE MEDICINA**

**Questionário de avaliação da satisfação dos pacientes ambulatoriais acerca da  
relação médico-paciente no ambulatório acadêmico no Hospital São Caetano em São  
Caetano do Sul.**

Caro paciente, à frente de cada uma das nove afirmações a seguir, há uma escala de 1 a 5, que deve ser assinalada conforme a sua avaliação em relação à experiência com o atendimento médico recebido neste ambulatório. Sendo que na figura do médico estará um aluno da faculdade de medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul sob a supervisão de um professor graduado em medicina.

Os números que correspondem ao critério de satisfação: Péssimo (1), Ruim (2), Regular (3) Bom (4) Ótimo (5).

Antes de responder as questões, vamos pedir alguns dados pessoais:

NOME: \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
 TELEFONES: \_\_\_\_\_  
 GRAU DE ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

|                                                                                          |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1 O aluno se mostrou interessado em ouvir tudo o que eu tinha a dizer.                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 Eu consegui informar ao aluno tudo o que queria, sem ser interrompido freqüentemente.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 Eu me senti à vontade para relatar ao aluno os meus problemas.                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 O aluno foi claro ao explicar a enfermidade e dar instruções a respeito do tratamento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 Tive espaço para tirar dúvidas com o aluno sobre o que não havia entendido.            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 O aluno se interessou por questões emocionais relacionadas ao meu problema de saúde.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 Eu senti confiança no tratamento proposto pelo aluno                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 Me senti confortável com a presença de estudantes de medicina no hospital.             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 O atendimento recebido alcançou as minhas expectativas.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Dê sugestões para a melhorar o atendimento



## ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL  
**SÃO CAETANO DO SUL**  
 SECRETARIA DE SAÚDE

### CARTA DE ANUÊNCIA

( Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CNEP)

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a realização do Projeto da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) - pesquisa intitulada "Avaliação da relação médico – paciente sob a ótica dos pacientes atendidos por Acadêmicos de Medicina", sob responsabilidade da pesquisadora Viviane Cristina Torres , com orientação do Prof. Carlos Alexandre Felício Brito , nesta Instituição.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- ✓ A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
- ✓ Não haverá nenhuma despesa para esta Instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.
- ✓ No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos requisitos estabelecidos pela Resolução 466/12 e suas complementares.

Antes do Início da coleta dos dados a pesquisadora responsável deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

São Caetano do Sul, 28 de Novembro de 2019-11-28

Autorização de realização e assunção da co-responsabilidade

Rua Prudente de Moraes, 81 - 3º andar  
 Santa Paula - São Caetano do Sul - SP | CEP: 09541-450



saocaetanodosul.sp.gov.br

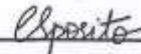




**ANEXO D - AUTORIZAÇÃO PARA USAR O QUESTIONÁRIO****CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

Eu, Carolina Vargas de Almeida Sposito, RG 9.330.056-5  
CPF 068.607.489-07, graduanda do curso de Medicina na  
Universidade Estadual de Maringá, tenho ciência e autorizo a realização do  
questionário de *Avaliação da satisfação dos pacientes ambulatoriais  
acerca da relação médico-paciente no Hospital Universitário de Maringá*,  
presente no artigo de minha autoria "ANÁLISE DE QUESTIONÁRIOS  
DE SATISFAÇÃO SOBRE RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: UMA  
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA", para fins de pesquisa científica, sob  
responsabilidade da pesquisadora Viviane Cristina Torres, pela  
Universidade de São Caetano do Sul.

Maringá, 18 de Novembro de 2019



Carolina Vargas de Almeida Sposito