

**Satisfação de usuários sobre serviços em saúde: aspectos comunicacionais da
relação médico-paciente**

**Jessycka Valença Cardoso
RA 21162537**

**Brasília
Julho de 2016**

**Satisfação de usuários sobre serviços em saúde: aspectos comunicacionais da
relação médico-paciente**

Jessyca Valença Cardoso
RA 21162537

Monografia apresentada à Faculdade de
Psicologia do Centro Universitário de
Brasília – UniCEUB como requisito
parcial à conclusão do curso de
Psicologia.
Professor-orientador: Dra. Marina
Kohlsdorf.

Brasília
Julho de 2016

Resumo

Este estudo teve o objetivo de verificar o grau de satisfação de usuários a respeito da relação médico-paciente, focando no aspecto comunicacional. Participaram oito mulheres e dois homens, que foram a consultas em hospitais públicos e privados, há menos de 3 meses, devido a demandas agudas. Para a obtenção dos dados, foi realizada uma entrevista semiestruturada, contendo 15 perguntas previamente elaboradas. Para a análise dos dados, utilizou-se da técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin (1977) para criar as seguintes categorias: comunicação paraverbal, forma como o médico comunicou as orientações/informações, disponibilidade do médico para tirar dúvidas e responder perguntas, interesse e atenção do médico, tempo de duração da consulta, aspectos positivos da consulta, aspectos negativos da consulta e sugestões para melhoria do atendimento. Os resultados mostraram que uma relação médico-paciente de qualidade é de grande importância para os participantes da pesquisa. Estes, no geral, encontram-se satisfeitos com a dinâmica relacional mantida com seus médicos durante a consulta, porém, apontaram que ainda há necessidade da realização de melhorias na forma como os médicos se relacionam com seus pacientes. Considera-se a relevância deste estudo de maneira a acrescer conhecimento sobre o tema ao acervo já existente e ressaltar a necessidade de que os médicos desenvolvam melhores habilidades comunicacionais e outras modificações na forma como vêm se relacionando com seus pacientes.

Palavras-chave: Satisfação do usuário; Relação Médico-Paciente; Comunicação em saúde.

Introdução

O tema do presente estudo é a satisfação com a relação médico-paciente. Pretende-se verificar o quão satisfeitos estão os usuários de serviços em saúde quanto à relação estabelecida com o médico, de forma especial, focalizando um dos fatores relacionados à satisfação: a comunicação em consultas.

Existe vasta literatura no que se refere à satisfação do usuário, com estudos que tratam de verificar a satisfação com os serviços de saúde como um todo, incluindo os vários aspectos que envolvem os serviços oferecidos (equipe, acessibilidade, infraestrutura, ambiente etc.) (Andaleed, Siddiqui & Khandakar, 2007; Bastos & Fasolo, 2013; Cleary & McNeil, 1988; Espiridião & Trad, 2005; Linder-Perlz, 1982; Modes & Gaíva, 2007; Moreira, Borba & Mendonça, 2007; Peltzer & Phasma-Mafuya, 2009; Schmidt *et al.*, 2014). Porém, estudos que abordam a satisfação do usuário com a forma de se relacionar do médico, mais especificamente focando nas habilidades de comunicação deste profissional de saúde ainda são inconclusivos.

Assim, uma vez que já foi demonstrado que uma relação de qualidade entre o médico e o paciente gera satisfação, e que esta se relaciona à maior participação (Moreira, Borba & Mendonça, 2007), conscientização (Modes & Gaíva, 2012) e adesão ao tratamento (Bastos & Fasolo, 2012), além de outros benefícios, justifica-se a relevância deste estudo como forma de agregar conhecimento sobre o tema ao acervo já existente com foco na satisfação especificamente com a relação comunicativa e enfatizar a necessidade de que os médicos desenvolvam melhores habilidades comunicacionais e realizem outras possíveis modificações na forma como vêm se relacionando com seus pacientes.

Fundamentação Teórica

Relação Médico-Paciente

Segundo Rocha, Gazim, Pasetto e Simões (2011), nos tempos de origem da medicina, a figura do médico era fortemente conectada ao aspecto religioso, em que este profissional era concebido como um ser superior em comparação ao paciente. Tempos depois, apareceu o “médico de cabeceira”, que mantinha uma relação com o paciente pautada em maiores cuidados e proximidade. O médico de cabeceira era visto como um “amigo, que compartilha alegrias e tristezas, que aconselha, que cuida mesmo com o restrito conhecimento biológico da época” (p. 1).

A relação médico-paciente, então, se caracterizava por uma maior proximidade entre esses dois atores em decorrência da escassez de recursos para a realização dos diagnósticos. Dessa forma, o médico se utilizava de entrevistas para ter acesso às informações necessárias. Entretanto, o surgimento de novas tecnologias e a possibilidade de contar com exames complementares, elementos que promoveram maior facilidade para a conclusão de diagnósticos, fizeram com que a relação médico-paciente mais próxima fosse deixada de lado. Apesar disso, observam-se, atualmente, cada vez mais tentativas de retomar a expressão “médico de cabeceira”, buscando pela humanização e por uma visão de paciente que incluía sua cultura e vontades (Rocha *et al.*, 2011).

Apesar de tais esforços, ainda hoje, o que mais se vê são profissionais que mantêm com seus pacientes uma comunicação voltada, principalmente, à investigação de sinais e sintomas. Assim, esta prática se torna uma conduta repetitiva, que não possibilita compreender as peculiaridades de cada encontro entre o médico e seus diversos pacientes (Coelho Filho, 2007).

Comunicação, segundo Oriá, Moraes e Victor (2004, p. 294), “é o intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não-verbal”. Assim, a comunicação sempre se faz presente em um contexto relacional, incluindo o encontro terapêutico (Stefanelli, 1993, citado por Ramos & Bortagarai, 2012).

Através da comunicação, os profissionais de saúde adquirem informações para estabelecer um diagnóstico preciso de seus pacientes, elaboram planos de tratamento em parceria com o usuário e influenciam seu comportamento a fim de promover uma boa adesão à terapêutica delineada (Straub, 2014). Dessa maneira, a comunicação é um instrumento mediador do diagnóstico até o tratamento (Perosa, Gabarra, Bossolan, Ranzani & Pereira, 2006).

Uma comunicação de qualidade e, conseqüentemente, uma boa relação médico-paciente é crucial para o sucesso do tratamento (Cristo & Araújo, 2013; Straub, 2014).

Alguns de seus benefícios são

maior precisão na identificação dos problemas do paciente, com promoção do raciocínio clínico; maior adesão ao tratamento; melhor entendimento pelos pacientes de seus problemas, das investigações conduzidas e das opções de tratamento; menor incidência de queixas de erro médico; e maior satisfação para médico e paciente (Grosseman & Stoll, 2008, p. 302).

Por sua vez, uma má comunicação por parte do profissional de saúde é capaz de causar impactos emocionais naquele que recebe um diagnóstico desagradável (Traiber & Lago, 2012), além disso, pode induzir ao erro médico, havendo a possibilidade de acarretar danos físicos e morais ao paciente (Rocha *et al.*, 2011).

Portanto, é essencial que médicos desenvolvam certas habilidades comunicacionais para que, durante a consulta, possam deixar de focar somente na perspectiva biomédica

(conhecimentos sobre o corpo e sobre surgimento e evolução de doenças) e aprender a incluir a perspectiva do paciente (experiência do adoecimento, expectativas sobre o tratamento da doença e consequências da doença na vida do paciente). O médico que não se dispõe a investigar tais questões com a entrevista está se arriscando a executar um trabalho insatisfatório (Ballester, Gannam, Bourroul & Zuccolotto, 2011).

Tais habilidades a serem desenvolvidas devem se aplicar à comunicação verbal, mas também à comunicação paraverbal, ou não verbal. Esse tipo de comunicação se caracteriza por sinais paralinguísticos (tom de voz, grunhidos, ruídos vocálicos, pronúncia, a tosse e suspiro) e sinais emitidos pelo corpo de forma silenciosa (gestos, olhar, postura, expressão facial), além de ações ou movimentos corporais, características físicas do comunicador, forma como este se utiliza do espaço em que se encontra e momento em que as palavras são emitidas (Ramos & Bortagarai, 2012).

Assim, a comunicação não verbal abre possibilidades para que o sujeito compreenda não somente o significado das palavras, mas também as emoções do interlocutor. Em um contexto específico, até mesmo o silêncio, por exemplo, pode se mostrar repleto de significados e emitir diversas mensagens (Ramos & Bortagarai, 2012).

Para Ramos e Bortagarai (2012), profissionais de saúde devem ter em mente que seus pacientes não interpretam o conteúdo de suas mensagens somente pela linguagem verbal, mas também pela maneira como agem. Assim, para que a comunicação entre médico e o usuário se torne mais eficiente e satisfatória é necessário que o profissional da saúde perceba a relevância da linguagem corporal, principalmente no que se refere à proximidade com o paciente, postura, toque e contato visual.

Além da comunicação, para que se construa uma relação médico-paciente satisfatória, é preciso que o médico tenha a capacidade de se colocar no lugar de seu paciente, a fim de que possa compreender o que este está enfrentando (Rocha *et al.*, 2011), ou seja, é preciso

que o médico exerça empatia, que, segundo Pereira e Azevêdo (2005, p. 153), é “entendida como a troca de sensibilidade entre médico e paciente”.

A empatia auxilia o médico, partindo de seu ponto de vista, a nomear e entender os sentimentos do paciente. Esta maior compreensão por parte do médico sobre o que o paciente está passando proporcionaria maior confiança, lealdade e respeito entre eles. Além disso, a empatia aumenta a satisfação do paciente com o atendimento médico, assim como favorece uma melhor adesão ao tratamento (Para Suartz, Quintana, Lucchese & De Marco, 2013).

Segundo Caprara e Rodrigues (2004), é esperado que o médico seja capaz de criar contingências para que a relação tenha foco no usuário e não somente em sua doença, minimizando, assim, a assimetria característica das relações entre médicos e pacientes existentes nos dias de hoje. Para Kiyohara *et al.* (2001), médicos que dirigem atenção a outros aspectos, além dos fisiopatológicos, geram mais benefícios para seus pacientes.

O estudo de Pereira e Azevêdo (2005), que teve como objetivo avaliar a satisfação dos pacientes com a maneira de se relacionar dos médicos, apresenta as expectativas dos usuários de serviços de saúde quanto às atitudes do médico. Entre elas, os pacientes esperam que o médico ofereça suporte emocional e acolhimento.

Klug (2002, citado por Pereira e Azevêdo, 2005, p. 156), ao falar das expectativas dos usuários quanto às características do médico, afirma que é esperado que este profissional de saúde seja “amistoso, cordial, gentil, carinhoso e solidário no seu sofrimento”.

Soar Filho (1998, pp. 41-42) listou alguns atributos que, segundo sua própria avaliação, os médicos devem apresentar:

a) *empatia*: como diz a etimologia do termo (do grego: *em-pathos*), significa a capacidade de colocar-se no lugar do outro, de compreender o seu sofrimento, suas angústias e dúvidas, *sem, no entanto, confundir-se com ele*;

- b) *continência*: este atributo diz respeito à capacidade de *conter*, ou seja, tolerar dentro de si, toda a carga de pensamentos e sentimentos (alguns culturalmente percebidos como “negativos”) que o cliente possa expressar durante o atendimento, *sem revides e retaliações*. Aí se incluem o choro, a raiva, as dúvidas, as fantasias, os ataques e boicotes ao tratamento, etc.;
- c) *humildade*: a palavra é utilizada aqui não no sentido de uma autodepreciação diante do cliente, mas como sinônimo da capacidade de reconhecimento, pelo médico, de suas limitações humanas e profissionais; assim como de respeito às verdades e crenças do cliente. Este atributo confunde-se, portanto, com o seguinte:
- d) *respeito para com as diferenças*: ter respeito para com cliente significa não se investir do que Balint¹ denominou de “a função apostólica” do médico, ou seja, sua tendência a se fazer portador de verdades morais supostamente universais e válidas para seus pacientes. Uma atitude de respeito significa, também, não desqualificar as queixas do paciente: uma conduta relativamente comum é a de afirmar, quando os sintomas não parecem ter uma clara origem orgânica, que “isso não é nada... é só nervos!”. Essa resposta está associada à crença de que um mal estar, para ser *real*, não pode ser de natureza emocional, ou mesmo psiquiátrica;
- e) *curiosidade*: estar aberto ao permanente questionamento das próprias hipóteses, e às hipóteses construídas pelo cliente, constitui um atributo fundamental para o médico. A curiosidade é fundamental para uma atitude que Andolfi denomina de “a dúvida como modalidade de compreensão” (o autor refere-se a um contexto de terapia psicológica, mas sua transposição à interação médico- cliente é perfeitamente possível);
- f) *capacidade de conotar positivamente*: este atributo refere-se à disponibilidade interna para buscar novos sentidos para os comportamentos, nos quais fiquem

ressaltados os seus aspectos adaptativos e socialmente valorizados (o que *não* deve implicar na perda da continência para com os aspectos regressivos). Por exemplo, se o cliente, na impossibilidade de entrar em contato com o médico, deixa de usar a medicação em função do aparecimento de um novo sintoma, é preciso que nos lembremos de valorizar sua tentativa de contribuir para a cura, antes de criticá-lo, caso sua decisão não tenha sido a mais acertada, aos nossos olhos;

g) *capacidade de comunicação*: este item refere-se à competência para o estabelecimento de uma comunicação eficiente, ou seja, a capacidade de captar nexos comunicativos e de comunicar as próprias hipóteses, dentro de um ambiente de respeito para com as diferenças culturais que separam médico e cliente. Ela deve incluir não apenas os aspectos da comunicação verbal, mas também a habilidade de perceber e decodificar a comunicação corporal do paciente e de interagir a esse nível com ele.

Todas essas atitudes, características e atributos que se esperam de um médico não querem dizer, porém, que este profissional deva se transformar em um psicólogo ou psicanalista. Significa, apenas, que a necessidade de sensibilidade do médico para compreender a realidade do paciente, ouvir suas demandas e delinear, em conjunto, um plano de tratamento, assim como estratégias para promover um maior ajuste ao estilo de vida exigido pela doença, se encontram no mesmo nível de relevância que o conhecimento técnico-diagnóstico para os cuidados com o paciente (Caprara & Rodrigues, 2004).

Satisfação com o serviço em saúde

Nos últimos anos, observa-se um aumento do interesse na avaliação do grau de satisfação do usuário com o serviço de saúde por ele utilizado (Schmidt *et al.*, 2014). Ainda assim, no Brasil, o número de pesquisas com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços de

saúde através do nível de satisfação dos usuários ainda é muito reduzido (Bastos & Fasolo, 2013).

Estudos com o objetivo de avaliar a satisfação com os serviços de saúde mostram-se de grande relevância, uma vez que são eficientes indicadores da qualidade do serviço prestado (Cleary & McNeil, 1988). Tais estudos também fornecem subsídios para a realização de melhorias, a fim de aumentar a qualidade dos cuidados oferecidos (Peltzer & Phaswana-Mafuya, 2009; Schmidt *et al.*, 2014).

Espiridião e Trad (2005) afirmam que não existe consenso entre os autores sobre a definição de “satisfação”, porém, este conceito vem sendo concebido mais comumente como um conjunto de expectativas e percepções dos usuários acerca da qualidade dos serviços de saúde por eles utilizados.

Linder-Pelz (1982), por exemplo, define satisfação como uma atitude, ou seja, a manifestação de uma resposta afetiva de acordo com determinadas características, descritas como dimensões, que o usuário acredita que o serviço de saúde deve dispor. Dessa forma, define-se satisfação por avaliações positivas do usuário sobre as diversas dimensões do serviço de saúde.

A satisfação do paciente, como um construto multidimensional, permite que o usuário se sinta concomitantemente satisfeito com determinados aspectos do serviço e insatisfeito com outros (Moreira, Borba & Mendonça, 2007). Dentre o conjunto de dimensões que constituem este conceito, encontra-se competência técnica e habilidades de comunicação, acessibilidade, conveniência, custos e estrutura física (Wiggers, Donovan, Redman & Sanson-Fischer, 1990).

No que diz respeito à comunicação entre o usuário do serviço e o profissional de saúde, tem se discutido bastante sobre esta dimensão se caracterizar como um dos aspectos mais relevantes da satisfação (Moreira, Borba & Mendonça, 2007). Para indivíduos de baixa

renda, principalmente, o tipo de comunicação empregado se constitui como uma questão de maior peso, em decorrência das particularidades socioculturais destes pacientes, que se diferem bastante do universo cultural do profissional de saúde (Peluso, Baruzzi & Blay, 2001).

Moreira, Borba e Mendonça (2007) afirmam que a qualidade da relação do paciente com o profissional de saúde, principalmente no que se refere à troca de informações, se mostra um sólido preditor da satisfação.

O estudo de Andaleeb, Siddiqui e Khandakar (2007) identificou que quando profissionais de saúde fornecem aos pacientes informações escassas sobre sua condição de saúde, estes se sentem insatisfeitos. Os pacientes esperam que os profissionais de saúde forneçam, de maneira gentil, informações claras sobre resultados de exames, diagnósticos, prescrições, regimes de saúde etc. Assim, quanto melhor for a qualidade da comunicação percebida pelo usuário, maior será seu nível de satisfação. Além disso, Segundo Bastos & Fasolo (2013), a satisfação do usuário também está relacionada com maior adesão ao tratamento.

A pesquisa de Modes e Gaíva (2013), que tratou de mensurar a satisfação das mães/responsáveis quanto à assistência prestada à criança, constatou maior satisfação entre as usuárias que foram orientadas sobre questões relevantes referentes à saúde da criança, assim como quando a elas era oferecido espaço para tirar dúvidas sobre preocupações com seus filhos.

De modo semelhante, estudo de Mendonça e Guerra (2007, p. 373), que objetivou produzir um instrumento para avaliar a satisfação do usuário com o tratamento fisioterapêutico, evidenciou que “o esclarecimento das dúvidas do paciente, a segurança transmitida durante a assistência, a oportunidade para expressar sua opinião, a gentileza e o

respeito à sua privacidade” se mostraram como principais fatores de satisfação/insatisfação do paciente.

Além do médico se colocar disponível e abrir espaço para que o paciente expresse suas dúvidas, também é importante que haja um incentivo por parte do próprio profissional de saúde como forma de encorajar o paciente a fazer questionamentos, de forma a deixar o consultório bem informado sobre sua condição. A pesquisa de Peluso, Baruzzi e Blay (2001) aponta que pacientes se mostram retraídos para falar, tanto por questões pessoais, como timidez, como por questões que diziam respeito ao profissional de saúde, pelo fato deste não fazer perguntas e não especificar o que gostaria de saber sobre o paciente.

Anderson, Camacho e Balkrishnan (2007) mostram que o tempo gasto com o médico, ou seja, o tempo de duração do atendimento, também é um poderoso determinante da satisfação do usuário de serviços em saúde. Uma consulta com maior tempo de duração está relacionada a um atendimento mais qualificado, uma vez que possibilita a realização de uma anamnese mais aprofundada e melhor esclarecimento sobre o diagnóstico e o tratamento. Possibilita, ainda, que o médico se certifique de que houve compreensão do paciente sobre o que lhe foi comunicado, além de dar oportunidade para que este participe mais ativamente da consulta (Caprara & Rodrigues, 2004; Muller & Greco, 2010).

Quanto à forma como são tratados pelo médico, no estudo de Ortuño (2007) é exposto que os usuários se sentem satisfeitos quando o médico demonstra características de um comportamento cortês, como cumprimentar o paciente quando este adentra o consultório, chamá-lo pelo nome, sorrir e manter contato visual.

Tendo em vista a importância e necessidade de estudos sobre satisfação do usuário com serviço em saúde, o objetivo do presente estudo é verificar o grau de satisfação de usuários de serviços de saúde com a maneira como o médico vem se relacionando com eles, focando no aspecto comunicacional dessa relação, através de entrevistas semiestruturadas.

Método

Participantes

Participaram deste estudo dez pessoas que fazem parte do convívio social da pesquisadora. Entre elas, oito mulheres e dois homens, que serão identificados por nomes fictícios, a fim de preservar sua identidade. Três dos participantes compareceram a consultas médicas em hospitais públicos e sete foram a consultas em hospitais privados. Os participantes se encontram em uma faixa de idade entre 22 e 26 anos. Uma participante possui nível superior completo, enquanto os demais possuem nível superior incompleto. Os motivos que os levaram a procurar o médico foram diversos, mas todos em decorrência de demandas agudas e dentro de um período de menos de 3 meses anteriores à realização da entrevista, conforme os critérios de inclusão. Em oposição aos critérios de inclusão, os critérios de exclusão dos participantes se definem por homens ou mulheres que foram ao médico devido a consultas de rotina ou doenças crônicas, ou que tenham se consultado há mais de 3 meses até a realização da entrevista.

Materiais e Instrumento

- Gravador de voz;
- Caneta;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A);
- Entrevista semiestruturada (ANEXO B);

Procedimento

Em consonância com a Resolução 466/2012, este projeto foi submetido ao comitê em pesquisa do UniCeub, tendo sido aprovado em 25 de maio de 2016, sob número de protocolo

1.561.788. Os participantes foram selecionados segundo os critérios da pesquisa por amostra por conveniência. Entrou-se em contato com cada um deles e, assim, foi marcada a realização da entrevista em local de sua preferência. Apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que estivessem cientes de todo o procedimento da pesquisa e, assim que assinaram o documento garantindo o consentimento em participar do estudo, deu-se início a uma entrevista semiestruturada, que continha, a princípio, 15 perguntas previamente elaboradas. As entrevistas duraram em média 10 minutos e foram gravadas para posterior transcrição.

Análise de Dados

Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo, metodologia proposta por Bardin (1977), que consiste em instrumentos metodológicos aplicados a discursos diversos. O princípio dessas técnicas é uma interpretação do sentido das palavras, por meio de deduções e inferências, alternando entre objetividade e subjetividade.

A análise de conteúdo resume-se, então, em um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos as condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 1977, p. 37).

Os passos para uma análise do conteúdo de respostas a questões abertas são: 1) leitura flutuante: se refere a conhecer o conteúdo que passará pela análise, permitindo-se ser preenchido por intuições que promoverão a formulação de hipóteses; 2) formulação de hipóteses: nesta etapa, serão elaboradas as primeiras e provisórias proposições sobre a temática, que, mais tarde, serão averiguadas, confirmadas ou refutadas. Esta etapa não é

obrigatória no processo de análise de conteúdo; e 3) categorização: “categorias são classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (Bardin, 1977, p. 111). A categorização também não se trata de uma fase obrigatória em uma análise de conteúdo, todavia, a maior parte das técnicas de análise é delineada em torno de um processo de categorização.

Assim, as categorias, definidas com base na literatura e levando-se em conta o objetivo da pesquisa, foram: (1) comunicação paraverbal; (2) forma como o médico comunicou as orientações/informações; (3) disponibilidade do médico para tirar dúvidas e responder perguntas; (4) interesse e atenção do médico; (5) tempo de duração da consulta; (6) aspectos positivos da consulta; (7) aspectos negativos da consulta e (8) sugestões para melhoria do atendimento.

Resultados e Discussão

Entre os dez participantes, sete foram atendidos por médicos de hospitais privados, incluindo clínicas particulares, e três consultaram-se com médicos de hospitais públicos. O estudo de Queiroz *et al.* (2016) mostrou que usuários de hospitais privados apresentam maior satisfação com o atendimento médico do que usuários de hospitais públicos, podendo significar que os profissionais de hospitais particulares têm realizado um trabalho competente e bem qualificado, o que sustenta a representação de que os hospitais privados fornecem um atendimento de qualidade superior ao de hospitais públicos. Dessa forma, pode-se supor que a maioria dos participantes deste estudo procurou hospitais privados em decorrência do julgamento de que seriam melhor atendidos do que se dessem entrada em hospitais públicos.

Além disso, os motivos que levaram os participantes a procurarem o médico foram bastante diversificados, entre eles, mal-estar devido à ingestão de comida estragada, queda de cabelo, alergias, conjuntivite, sinusite, dor na coluna, sintomas ginecológicos e sangramento durante a gravidez. A seguir, são apresentadas as oito categorias de respostas obtidas nas entrevistas.

1. Comunicação Paraverbal

Ao serem perguntados sobre a forma como foram tratados pelo médico do começo ao fim da consulta, os participantes mencionaram dados sobre cumprimentos, presença ou ausência de contato visual por parte do profissional, assim como a expressão facial deste durante o atendimento.

A comunicação paraverbal, ou não-verbal, segundo Ramos e Bortagarai (2012), se constitui por sinais paralingüísticos (tom de voz, grunhidos, ruídos vocálicos, pronúncia, a

tosse e suspiro) e sinais corporais silenciosos (gestos, olhar, postura, expressão facial), assim como ações ou movimentos corporais, características físicas daquele que se comunica, forma como este utiliza-se do espaço em que se encontra e momento em que as palavras são emitidas. Assim, os sinais emitidos pelos médicos, identificados através das entrevistas, foram a ação corporal de cumprimentar, contato visual e expressão facial.

1.1 Cumprimento

Oito participantes relataram que seus médicos os cumprimentaram quando chegaram ao consultório. Entre eles, duas especificaram que os profissionais as cumprimentaram apertando suas mãos, e outros dois participantes relataram que não houve contato físico com o médico em nenhum momento. As duas participantes restantes afirmaram que entraram na sala de seus médicos e não foram cumprimentadas por eles. Destacam-se os relatos destas:

“Achei meio ruim, sabe? Porque eu entrei na sala, ele tava sentado na cadeira, em frente ao computador da ecografia. E aí, ele não falou nada comigo, sabe? Ele não me cumprimentou, não falou nada. Ele só ficou lá, enquanto elas (as residentes) tavam pedindo pra eu deitar lá na maca, ele ficou botando luva, mexendo no computador da ecografia e só. Nem me olhou, sabe? Só olhou pra mim e começou a falar depois que começou a analisar as imagens da ecografia” (Letícia).

“Não, não me cumprimentou. No momento que eu entrei, ele só foi mandando eu sentar na maca e falar o que eu tava sentindo e porque eu tava ali. Mas ele, em momento algum, olhou na minha cara na hora que eu entrei, nem se virou pra mim pra falar comigo, apertou de mão, nada. Tava de costas pra mim, virado pro computador, e só me ouvindo, me questionando né...” (Clara).

Os médicos de Letícia e Clara deixaram a desejar no que se refere ao primeiro contato com as pacientes. O profissional responsável pelo caso de Letícia, segundo o relato da participante, parece ter lhe dado uma melhor atenção em um segundo momento do atendimento, porém, é provável que a ausência de proximidade nesse primeiro contato possa prejudicar todo o processo de construção de uma relação de qualidade entre o médico e seu

paciente. Tal fato, na verdade, confirma-se no relato de Letícia em outro momento da entrevista:

“Se fosse pra dar uma nota, por exemplo, de 0 a 10, eu daria 8. Porque ele foi super atencioso e tudo mais, mas, querendo ou não, a primeira impressão é o que fica. E eu fiquei meio chateada de ter ido pra consulta, ido lá já naquela agonia de não saber o que era, e ele nem se apresentar, nem perguntar ‘oi, tudo bem? Como é o seu nome?’, nada, entendeu? Eu saí de lá bem chateada com isso. Engraçado, porque o resto foi ótimo. Nossa, ele foi super atencioso, explicou tudo. Mas a impressão que eu tive dele me deixou bem chateada, sabe?” (Letícia).

O fato de o médico ter mudado radicalmente sua postura na relação com Letícia no decorrer da consulta não se destacou sobre a forma como agiu no primeiro momento, o que fez com que Letícia se sentisse insatisfeita com o comportamento do médico. Essa circunstância corrobora os resultados da pesquisa de Ortuño (2007), que mostra que os pacientes sentem-se satisfeitos quando médicos apresentam características de um comportamento cortês, como cumprimentar o paciente quando este adentra o consultório, chamá-lo pelo nome, sorrir e manter contato visual. Assim, é essencial que o profissional de saúde, desde o começo do atendimento, mostre-se atencioso com seu paciente, visto que uma atitude minimamente negligente, mesmo que reservada a um momento específico, pode comprometer todo o andamento da consulta a partir daí.

O médico de Clara ainda apresenta um agravante: ter permanecido a maior parte do atendimento de costas para a paciente. Esta postura do profissional é algo que compromete mais ainda a relação entre médico e paciente, porém, pelo relato da participante, é possível inferir que seu médico não considera a importância do estabelecimento de uma relação de qualidade entre eles.

Ramos e Bortagarai (2012) afirmam que a comunicação não verbal é muito relevante no contexto interacional, pois cria possibilidades para que haja compreensão não apenas do significado das palavras emitidas, mas também das emoções daquele que detém a fala. Até

mesmo o silêncio, em uma circunstância específica, pode conter inúmeros significados e transmitir diversas mensagens. A ausência de comunicação no primeiro contato entre os médicos e suas pacientes promove um período de silêncio que, segundo as autoras, transmite diversas mensagens, as quais os pacientes podem interpretar de múltiplas maneiras, sem que o médico tenha controle sobre tais interpretações. Estas, por sua vez, poderiam comprometer o estabelecimento de uma boa relação entre o médico e o paciente, que viria a influenciar todo o processo do atendimento. Por isso, é preciso que os médicos estejam atentos às suas atitudes e comportamentos perante seus pacientes, de forma a não gerar situações que possam afetar negativamente o desenvolvimento da consulta.

1.2 Contato Visual

Em relação à presença ou ausência de contato visual por parte do médico durante a consulta, seis participantes contaram que seus médicos mantiveram contato visual durante todo o atendimento, os médicos de outros dois entrevistados, segundo os relatos, mantinham contato visual apenas em momentos específicos, e outros dois participantes afirmaram que não houve contato visual com os profissionais em nenhum momento. Os relatos abaixo ilustram as colocações dos participantes.

“Ele só olhava pro computador, me fazia perguntas e nem nisso me olhava. Era como se ele tivesse pensando ‘beleza, responde logo e vaza que eu tenho mais gente pra atender’” (Juan).

“Na hora da ecografia, ele olhava pro computador, porque ele tinha que analisar a imagem, tudo bem. Mas ele olhava pro computador e me olhava para explicar, entendeu?” (Letícia).

“Sim, o tempo todo. Assim que eu cheguei, ele me cumprimentou primeiro, me mandou sentar, aí ele sentou na cadeira dele e foi a hora que ele pediu um minutinho. Aí ele mexeu no celular, depois ele parou, colocou as duas mãos em cima da mesa e olhou pra mim e ficou olhando pra mim o tempo inteiro. Ele só parou de novo na hora que ele foi me prescrever o remédio e tudo mais. Ele mexeu no computador, mas fora isso, enquanto ele tava conversando comigo, ele tava olhando pra mim” (Júlia).

O médico de Júlia, que manteve seu olhar voltado para a paciente durante a toda a consulta, apresenta a conduta mais elogiável em relação aos demais médicos mencionados, enquanto o profissional que atendeu Juan demonstrou, através da total ausência de contato visual com seu paciente, grande falta de interesse. A postura do médico em questão fez com que Juan criasse interpretações sobre o motivo de o médico estar agindo dessa maneira. Tal interpretação presente no relato de Juan corrobora o que Ramos e Bortagarai (2012) defendem. As autoras afirmam que profissionais de saúde precisam compreender que os pacientes não interpretam suas mensagens apenas através da linguagem verbal, mas também por suas ações e comportamentos. A falta de contato visual mantido entre o médico e Juan fez com que este entendesse que o profissional desejava encurtar o atendimento ao máximo, o que pode ter afetado prejudicialmente a qualidade de seu trabalho.

1.3 Expressão Facial

Já sobre a expressão facial dos médicos, os relatos da maioria dos participantes se dividem ao descrever a fisionomia de seus médicos como tranquila, cansada e séria. Apenas uma participante, Júlia, afirmou que seu médico mantinha uma expressão sorridente, porém, vale destacar o relato de Clara, que afirma não se lembrar da fisionomia de seu médico.

“Não sei como era o rosto, até porque ele nem me olhou direito. Enfim, não lembro. Se eu voltar lá e for atendida por ele, nem vou saber que foi ele que me atendeu”
(Clara).

Clara não soube caracterizar a expressão facial de seu médico, visto que este não se voltou o suficiente para ela durante o atendimento. Tal situação é bastante preocupante e compromete grandemente o estabelecimento de uma relação médico-paciente satisfatória. As expressões faciais dos profissionais de saúde que demonstravam cansaço e seriedade, descritas pelos demais participantes, pode intimidar o paciente e também influenciar sua

relação com o médico de forma negativa. Somente o médico de Júlia demonstrou expressão facial sorridente, o que mostra receptividade e contribui para que haja uma relação de qualidade com o paciente.

Para que haja uma comunicação entre o médico e o paciente de forma mais efetiva e satisfatória e, conseqüentemente, uma relação de qualidade entre estes atores, é preciso que o médico entenda a importância da linguagem corporal, principalmente em relação à proximidade com o paciente, postura, toque e contato visual (Ramos & Bortagarai, 2012). Assim, infere-se que o médico de Júlia se destaca bastante dos demais, ao mostrar, de acordo com o relato da participante, que reconhece as influências negativas que determinados comportamentos podem causar na relação com o paciente, não só no que diz respeito à expressão facial, mas em todos os outros sinais paraverbais discutidos. Os demais profissionais, em maior ou menor grau, ainda precisam de orientação e embasamento teórico quanto aos aspectos relacionados à comunicação não verbal, que podem estar prejudicando a realização de um bom trabalho com seus pacientes sem o seu conhecimento.

Soar Filho (1998), ao listar os atributos que o médico deve apresentar, fala da capacidade de comunicação, que se refere à habilidade para a realização de uma comunicação eficiente, devendo abarcar características da comunicação verbal, assim como a capacidade de “perceber e decodificar a comunicação corporal do paciente e interagir a esse nível com ele” (p. 42). Dessa forma, além de os médicos dos participantes deverem estar atentos à sua linguagem corporal, é necessário que também estejam atentos à linguagem corporal do paciente, de forma a captar mensagens não ditas verbalmente e que podem influenciar todo o contexto do atendimento.

2. Forma como o médico comunicou as orientações/informações

A partir das entrevistas, destacam-se os relatos de duas participantes que mostraram compreensão precária acerca das informações e orientações referentes à sua condição e à realização do tratamento, em razão da maneira como seus médicos as comunicaram.

“Acho que foi um pouco confusa. Ela foi falando tudo muito rápido, eu tinha que ficar perguntando pra ver se eu tinha entendido mesmo o que ela tinha falado, sabe? Falou tudo meio que de uma vez e, às vezes, a gente não entende o que o médico tá falando, tem que ficar perguntando. Então, acho que meio confuso, muito rápido, muita informação de uma vez” (Jaqueline).

“Rápido, porque, pelo menos essas informações de ‘em hora e hora’, ‘quantidade’ tem que me falar pausadamente pra eu poder anexar as informações. Aí foi rápido, que eu tive que perguntar de novo ‘Então é tantas gostas pra tantas horas, durante tantos dias?’, aí ele ‘é’. Então se ele tivesse falado um pouco mais pausadamente, talvez eu não tivesse que reforçar o que ele tinha falado antes” (Bárbara).

Para Moreira, Borba e Mendonça (2007), a qualidade da relação médico-paciente, principalmente no que se refere à troca de informações, se mostra um sólido preditor da satisfação. De acordo com os relatos de Jaqueline e Bárbara, percebe-se certo descontentamento por parte das participantes com a forma como seus médicos transmitiram as informações a respeito de seus casos. Assim, analisando a relação médico-paciente, segundo o critério das autoras citadas relativo à troca de informações, pode-se inferir que a qualidade dessa relação encontra-se prejudicada, em decorrência da pressa dos profissionais em orientar suas pacientes.

Já com base na fala de outras três participantes, foi possível observar um maior cuidado, detalhamento e clareza, por parte dos médicos, em transmitir informações necessárias para a abordagem dos casos.

“Ela foi me mostrando os resultados do meu exame parte por parte, foi me explicando o que era o quê, foi me dizendo o que tava bom e o que não tava. Nesse momento foi bom. Ela registrou lá na receita o que eu ia precisar tomar e foi me explicando o que era pra quê, pra que servia, de quanto em quanto tempo eu tinha que tomar. Foi bem tranquilo” (Clara).

“Ele falou dos remédios que eu tenho que tomar agora e do exame que eu vou ter que fazer agora pra ver qual é o grau da minha sinusite, como é que tá, se é uma coisa crônica, se eu vou ter que fazer limpeza, se pode tratar só com o remédio... Então foram muitas orientações, mas ele foi bem claro. Ele explicou até o que eu não perguntei. Ele explicou tudo bem direitinho, falou de cada remédio, como eu tinha que tomar, que horas eu tinha que tomar, pra que servia cada um... Então, foi super claro, mais claro impossível. Ele foi um fofo (risos)” (Júlia).

“Eu achei legal porque ele me explicou tudo, falou tudo. Ele teve toda paciência do mundo, ele me explicou, eu perguntei altas coisas. Porque ele falou ‘é uma gravidez anembrionária, não sei o que’, e eu fui perguntando ‘mas por quê? O que é?’, porque, até então, eu nunca tinha ouvido falar, e ele me explicou, contou casos, falou ‘a cada cinco gestações, uma é assim, isso acontece por isso, isso e isso’, foi ótimo, foi me explicando tudo” (Letícia).

Clara, Júlia e Letícia elogiam a abordagem dos médicos, demonstrando estarem satisfeitas com a maneira minuciosa como os profissionais forneceram as orientações e informações sobre seus casos. Tal fato corrobora o resultado do estudo realizado por Andaleeb, Siddiqui e Khandakar (2007), que mostrou que quando médicos fornecem aos pacientes informações insuficientes sobre sua condição de saúde, estes se sentem insatisfeitos.

O mesmo estudo apresenta dados de que os pacientes possuem expectativas de que os profissionais de saúde comuniquem, de maneira gentil, informações claras sobre resultados de exames, diagnósticos, prescrições, regimes de saúde etc. Pode-se inferir que o sentimento de agrado revelado por Clara, Júlia e Letícia, relacionado à clareza das informações comunicadas, confirma que as participantes da presente pesquisa apresentaram as mesmas expectativas que os participantes do estudo de Andaleeb, Siddiqui e Khandakar (2007), e que tais expectativas foram alcançadas.

3. Disponibilidade do médico para tirar dúvidas e responder perguntas

Do total de dez participantes entrevistados, apenas uma relatou que seu médico não lhe conferiu espaço para que sanasse dúvidas e fizesse demais perguntas sobre o motivo que a levou à consulta.

“Não, ele não deu espaço pra que eu tirasse dúvidas. Ele foi logo falando rápido, assim ‘ah, é assim, assim, assado’ e já foi perguntando se eu precisava de um atestado. Ai eu falei que não. Ai ele ‘então tá’ e já foi me entregando a receita, como quem diz ‘pega a sua receita e pode ir embora’. Foi quando eu falei ‘então é assim, assado, vou fazer desse jeito, durante tais dias’, e ele disse ‘aham’, mas ele não deu muito espaço não, já foi emendando uma coisa na outra” (Bárbara).

Através do relato de Bárbara, pode-se inferir que o médico desejava encerrar a consulta com certa urgência, não se colocando disponível para questionamentos que a paciente pudesse vir a ter.

Peluso, Baruzzi e Blay (2001) afirmam que alguns pacientes podem se mostrar retraídos, deixando de fazer perguntas e até retendo informações importantes para o médico por diversos motivos, como timidez, ou até por questões relacionadas ao profissional de saúde que não faz perguntas e não especifica o que gostaria de saber sobre o paciente. Não foi o caso de Bárbara, que estava determinada a não deixar o consultório sem que compreendesse todas as informações e orientações comunicadas pelo médico. Porém, outros pacientes mais acanhados ou introvertidos poderiam ser prejudicados pela conduta do profissional em questão, saindo da consulta com diversas dúvidas e compreensões parciais sobre o que foi dito pelo médico, e acabarem realizando o tratamento para sua doença de forma indevida.

Caprara e Rodrigues (2004) afirmam que existe uma assimetria característica da relação entre o médico e paciente, porém, o comportamento de Bárbara durante a consulta demonstra que ela não se sentiu intimidada pela posição de poder ocupada pelo médico, visto que passou a fazer todos os questionamentos que precisava para sair do consultório bem informada sobre os aspectos que envolvem sua condição.

Os outros nove participantes confirmaram que puderam esclarecer dúvidas, mas destacam-se três relatos em decorrência das divergências na maneira como cada médico disponibilizou o espaço para tirar as dúvidas de seus pacientes.

“Ele tava totalmente aberto. Ele ia me explicando, mas se eu tinha alguma dúvida, eu podia interromper ele a qualquer momento, perguntava... No final, depois que ele explicou tudo, ele ainda perguntou se eu tinha alguma dúvida, se eu tinha entendido direitinho. Então, foi ótimo, muito aberto pra tirar dúvida” (Júlia).

“Tudo que a gente perguntou, ele respondeu explicando mesmo, sabe? Explicou bem, explicou até em termos médicos, sabe? E quando ele via que a gente não entendia alguns termos que a gente não tá acostumada, ele voltava, sabe? ‘Não, perai...’ Aí explicava, sabe?” (Leticia).

“Acho eu que ele responderia, mas de uma forma que demonstrasse que ele queria que eu sáísse logo, porque foi assim que ele conduziu tudo desde o começo” (Juan).

Os médicos de Júlia e Leticia se mostraram bastante solícitos para sanar quaisquer dúvidas que as pacientes possuíssem. O médico de Júlia procurou inclusive fazer perguntas a fim de verificar se ainda lhe restava algo a ser esclarecido, enquanto o profissional que atendeu Leticia se preocupou em esclarecer termos médicos mencionados por ele, antes mesmo que a paciente pudesse manifestar incompreensão.

Por outro lado, percebe-se, através do relato de Juan, que seu médico agiu de maneira oposta aos médicos das outras participantes. Juan não teve necessidade de fazer nenhuma pergunta ao seu médico, porém, pela maneira como este conduziu toda a consulta, o participante acredita que até poderia haver espaço para que manifestasse suas dúvidas, mas que o médico não seria tão prestativo no momento de saná-las.

De acordo com Modes e Gaíva (2013), existe maior satisfação por parte dos usuários dos serviços de saúde quando a estes é oferecido espaço para sanar dúvidas. O estudo de Mendonça e Guerra (2007) também traz um dado semelhante, ao evidenciar que o esclarecimento de dúvidas se mostrou um forte indicador de satisfação ou insatisfação para o paciente. Dessa forma, é possível afirmar que, para Júlia e Leticia, o esclarecimento de

dúvidas por parte de seus médicos se caracteriza como indicador de satisfação, enquanto, para Juan, devido à conduta do profissional com quem se consultou, este fator se caracteriza como indicador de insatisfação com a relação médico-paciente.

4. Interesse e atenção do médico

Quando questionados sobre suas opiniões quanto ao interesse e atenção que seus médicos dirigiram a eles, os participantes apresentaram relatos bastante diferenciados. Duas participantes comentaram sobre a percepção de que seus médicos estavam bem interessados e atenciosos em relação a elas, principalmente por terem manifestado curiosidade por outros aspectos de suas vidas.

“Eu achei muito legal. Enquanto ele me examinava, ele me perguntou o que eu fazia, se fazia faculdade. Conversou sobre a minha vida, conversou com a minha mãe, porque ela entrou na sala comigo. Conversou... não sei com qual objetivo, se era pra tornar a consulta mais tranquila, mais confortável. Falei que estudava pra concurso, ele falou que a mulher dele também estudava. Aspectos, assim, mais gerais, não tão específicos” (Adriana).

“Ele falou ‘você estuda?’, e eu falei ‘sim’, e ele ‘o que você estuda mesmo?’, e eu ‘farmácia’, aí ele ‘eu entendo, quando eu fazia residência, meu cabelo caiu muito e era estresse, por isso que eu tenho essas falhas aqui’. Foi bem de boa” (Camila).

Através da fala de Adriana, interpreta-se que seu médico introduziu perguntas sobre outros aspectos de sua vida de forma a manter um ambiente mais agradável para a consulta. Já em relação à Camila, que procurou um profissional devido à queda de cabelo, o médico, por sua vez, se utilizou desse tipo de conversa também para auxiliar na realização de um diagnóstico mais preciso, fazendo, até, comparações com uma situação semelhante vivenciada por ele mesmo. Tal atitude expressa empatia, visto que, como afirmam Suartz *et al.* (2013), o médico conseguiu demonstrar para a Camila que compreende o que ela está passando.

Caprara e Rodrigues (2004) afirmam que se espera do médico uma capacidade de criar contingências para que a relação tenha foco no paciente como um todo e não somente em sua doença, o que diminuiria, então, a assimetria que caracteriza as relações entre médicos e pacientes existentes nos dias de hoje. Os médicos de Adriana e Camila atingiram a expectativa apontada pelas autoras, ao demonstrarem reconhecimento de que, apesar de as pacientes apresentarem determinados sintomas que necessitam de tratamento, tais sintomas não devem ser o foco do encontro entre médico e paciente, uma vez que as pessoas ali presentes são muito mais do que só a doença que as levou a procurar um profissional da saúde.

Diferentemente da conduta elogiável dos médicos já mencionados, os profissionais que atenderam Clara, Diego e Bárbara não manifestaram interesse em nenhum aspecto que não tivesse relação com o sintoma apresentado por seus pacientes.

“Interesse em mim como pessoa subjetiva, biopsicossocial, acho que nenhum. Só no meu corpo que apresentou um sintoma diferente e que o objetivo dele é analisar aquele sintoma e medicar. Então assim, ‘entrou, olhei, vi o que era, diagnostiquei e tchau’. Só interesse na doença mesmo” (Bárbara).

“Acho que ele não tinha interesse nenhum com relação a mim. O interesse dele ali era saber quais eram os meus sintomas e como resolver aquilo. Fim” (Clara).

“Então, o médico não tem nenhum interesse em mim. Não existe interesse do médico em mim como pessoa. Ele me vê como um problema a ser resolvido, ou algum objeto de caso. A atenção dele foi estritamente necessária pra compreender o que ele precisava saber pra resolver a questão. Só isso, cumprir com o papel dele ali no momento” (Diego).

Ballester *et al.* (2011) expressam que é necessário que os médicos desenvolvam determinadas habilidades comunicacionais para que deixem de focar apenas na perspectiva do médico (conhecimentos sobre o corpo e sobre surgimento e evolução de doenças) e passem a incluir a perspectiva do paciente (experiência do adoecimento, expectativas sobre o tratamento da doença e consequências da doença na vida do paciente). Assim, enfatiza-se a

necessidade dos médicos de Diego, Clara e Bárbara de desenvolverem essas habilidades comunicacionais, uma vez que trabalharam unicamente sob a perspectiva biomédica no momento de tratar os casos de seus pacientes.

A postura desses profissionais, interessados somente em averiguar questões relacionadas à doença, corrobora, ainda, dados apontados por Coelho Filho (2007), que declara que, o mais comum atualmente, são médicos se relacionando com seus pacientes a partir de uma comunicação direcionada, principalmente, à investigação de sinais e sintomas, tornando sua conduta repetitiva e incapaz de compreender as particularidades inerentes dos encontros entre os médicos e seus múltiplos pacientes. Isso mostra que, provavelmente, os médicos de Clara, Bárbara e Diego conduzem as consultas de forma mecânica, realizando procedimentos semelhantes com pacientes diferentes, mas que manifestam sintomas similares. Essa afirmação torna os médicos de Adriana e Camila uma exceção no que se refere à forma de conduzir a consulta, uma vez que dão atenção a outras questões que compõem o ser humano à sua frente.

5. Tempo de duração da consulta

Dos dez participantes, nove afirmaram acreditarem que o tempo que passaram no consultório do médico foi suficiente para que saíssem de lá razoavelmente informados sobre seus quadros e sobre a realização do tratamento necessário. Apenas uma participante relatou que o tempo de encontro com o médico não foi o bastante. Destacam-se as falas de duas participantes para ilustrar esses dois extremos no que se refere ao tempo de duração da consulta.

“Acho que foi (suficiente) sim, acho até que demorou um pouquinho. Não tenho exatamente noção de quando tempo exato durou, mas acho que até demorou um pouquinho. Acho que foi sim, porque saiu tudo muito esclarecido. Acho que falei a história toda, ele perguntou tudo que podia perguntar, não tinha mais pra onde eu voltar no sintoma. Eu também tava com tudo claro na minha cabeça. Tô tomando os

remédios, tá tudo ótimo já. Então, acho que foi ótimo. Agora é só fazer o exame e voltar lá” (Júlia).

“Acho que não, acho que foi muito rápido, até mais rápido do que deveria. Acho que ele não fez os exames clínicos que deveria ter feito. Ele ou a enfermeira, enfim. Fizeram qualquer coisa ali rapidinho e me mandaram coletar sangue. Foi muito rápido mesmo, então acho que não foi suficiente não” (Clara).

Nota-se que a perspectiva de Júlia e Clara sobre o tempo da consulta ser ou não suficiente se deve, respectivamente, à qualidade das informações comunicadas pelo médico e à expectativa sobre a realização de procedimentos necessários para um melhor diagnóstico. De acordo com Anderson, Camacho e Balkrishnan (2007), o tempo de duração do atendimento se mostra um grande determinante da satisfação do paciente. Assim, se Júlia afirma que o tempo que passou com seu médico foi suficiente, pode-se dizer que ela se encontra satisfeita com a relação médico-paciente no que se refere a essa categoria. Da mesma forma, interpreta-se que Clara está insatisfeita com a relação que manteve com seu médico, devido ao tempo reduzido da consulta.

Caprara e Rodrigues (2004) e Muller e Greco (2010), em seus respectivos estudos, afirmam que um maior tempo de consulta associa-se a melhor qualidade do atendimento, possibilitando a realização de uma anamnese mais detalhada e melhor esclarecimento em relação ao diagnóstico e tratamento. O relato de Júlia corrobora os resultados desses estudos, visto que a participante acredita que a consulta durou tempo suficiente, pois possibilitou que fosse esclarecida sobre tudo o que precisava saber a respeito de seu diagnóstico e tratamento.

6. Aspectos positivos da consulta

Sobre os aspectos que mais gostaram em relação à consulta, três participantes, Juan, Bárbara e Clara, afirmaram que não há nada que mereça ser destacado como um ponto positivo do atendimento, no que se refere ao médico. Esse é um dado preocupante, visto que, se não há aspectos positivos a serem ressaltados em relação à conduta dos médicos durante a

consulta, pode significar que esses profissionais têm se preocupado apenas em mostrar uma competência técnica focada nos resultados, deixando de lado todo o processo anterior ao resultado final. Dessa forma, não é dada a devida importância para a qualidade da dinâmica relacional desenvolvida entre médico e paciente, apontada por diversos autores (Cristo & Araújo, 2013; Grossemann & Stoll, 2008; Straub, 2014) como sendo de grande relevância para a promoção de maior adesão por parte do paciente, resultando, assim, em um maior sucesso do tratamento. Portanto, pode ser que esses participantes, insatisfeitos com a relação estabelecida pelo médico, apresentem mais resistência em seguir as orientações fornecidas por ele, do que apresentariam se estivessem satisfeitos com a relação que mantiveram com o profissional.

Os demais participantes mostraram contentamento com a forma como foram tratados pelo médico e/ou com as explicações detalhadas fornecidas pelo profissional sobre os sintomas e sobre a realização do tratamento. Destacam-se os relatos de Júlia e Letícia de forma a ilustrar essas duas colocações.

“Eu gostei de tudo. Eu fui muito bem recebida, eu fui muito bem tratada, eu me senti acolhida, eu saí de lá tranquila, sabendo o que tava acontecendo, sabendo o que eu tinha que fazer pra melhorar. Então, assim, foi muito bom” (Júlia).

“O que eu mais gostei foi a paciência e a atenção que ele teve, a disponibilidade que ele teve pra explicar, e a preocupação que ele teve em explicar também. Porque ele não explicou de qualquer jeito e nem ficou com aquela pressa que os médicos geralmente têm” (Letícia).

Como já mencionado anteriormente, Andaleeb, Siddiqui e Khandakar (2007) mostram, em seu estudo, que os pacientes se sentem insatisfeitos quando os médicos transmitem informações precárias sobre seus casos. Além disso, os pacientes possuem expectativas de que as informações sejam fornecidas de forma gentil e clara. Os dados apresentados por esses autores são corroborados pela fala de Letícia, que mostrou satisfação com a paciência do médico ao lhe explicar tudo o que precisava saber sobre sua condição.

A participante enfatiza, ainda, a calma do profissional no momento de fornecer as informações e orientações. Pode-se supor que, ao ser atendida por outros médicos ao longo de sua vida, Letícia tenha se deparado com profissionais que forneciam informações de forma apressada e impaciente, fato que gerou descontentamento e que levou a participante a enaltecer o comportamento oposto apresentado pelo médico em questão.

Já a fala de Júlia, que demonstrou satisfação com a forma como o médico a tratou, é corroborada por Klug (2002, citado por Pereira e Azevêdo, 2005). Este autor afirma que, entre as expectativas dos pacientes no que se refere às características do médico, encontra-se que este profissional deve ser cordial, carinhoso e gentil. Visto que Júlia tenha relatado que se sentiu bem recebida e acolhida, interpreta-se que o médico se relacionou com ela de acordo com as características citadas pelo autor.

7. Aspectos negativos da consulta

Já em relação aos aspectos que menos gostaram em relação à consulta, os relatos foram bastante diversificados. Diego, Bárbara e Juan apresentaram insatisfação com aspectos técnicos da consulta. A participante Jaqueline demonstrou insatisfação por ter saído do consultório ainda sem saber a causa de seus sintomas.

“Eu não gostei porque eu saí de lá ainda sem saber o que eu tenho. Ela é uma alergista, ela é especialista, eu devia saber o que diabos é essa minha alergia e ainda não sei. Acho que ela não tava nem aí, ela viu meu rosto empoladinho, falou que deve ter sido alguma coisa diferente que eu passei, mesmo eu já tendo dito que não mudei nada, passou uma pomadinha pra eu passar e pronto, acabou. Ela ignorou completamente o resto das coisas que eu contei do resto das alergias que eu venho tendo desde o começo do ano” (Jaqueline).

Jaqueline acredita que não obteve um diagnóstico preciso sobre seus sintomas alérgicos porque a médica não deu atenção às informações que a paciente julgava importantes para a resolução de seu problema. Ballester *et al.* (2011) afirmam que, para definir um

diagnóstico e delinear uma proposta de tratamento, o médico deve levar em conta, além de seu próprio conhecimento sobre anatomia e evolução de doenças, as experiências do paciente quanto ao adoecimento. Percebe-se que a médica de Jaqueline não está agindo de acordo com a premissa apontada pelos autores, pois não considerou as informações da paciente sobre sua experiência com as alergias que apresentou anteriormente. Nesse caso, portanto, somente os conhecimentos técnicos não foram o suficiente para definir o diagnóstico de Jaqueline.

Ballester *et al.* (2011) afirmam ainda que o médico que não se dispõe a investigar questões referentes à perspectiva do paciente, como a experiência do adoecimento, arrisca-se a realizar um trabalho insatisfatório. A indefinição do diagnóstico causou descontentamento em Jaqueline, podendo-se afirmar que, do ponto de vista da paciente, a médica realizou um trabalho incompleto, corroborando, assim, a afirmação dos autores.

Outras três participantes, Adriana, Camila e Júlia afirmaram que não houve nada de desagradável durante a consulta, mostrando estarem satisfeitas com a forma como o médico conduziu o atendimento do começo ao fim.

Essas três participantes demonstraram contentamento com as atitudes de seus médicos em outros aspectos já discutidos. Tal fato mostra que esses profissionais apresentaram condutas semelhantes ao que vários autores apontam como essenciais para uma boa relação médico-paciente, como humanização do atendimento (Rocha *et al.*, 2011) e uma comunicação de qualidade, que possui grande relevância para o sucesso do tratamento (Cristo & Araújo, 2013; Straub, 2014).

Já Clara, Leticia e Joyce, por outro lado, não tiveram a mesma sorte das participantes mencionadas acima e mostraram desgosto a respeito de aspectos referentes a forma como seus médicos se relacionaram com elas. Os exemplos a seguir ilustram esta insatisfação:

“O que eu menos gostei mesmo foi o fato dele não ter olhado pra mim, dele ter ficado virado pro computador o tempo todo e ter sido assim, não achei legal” (Clara).

“O que eu menos gostei foi a falta de apresentação dele, a falta de cuidado nesse primeiro contato” (Leticia).

“O que eu menos gostei, acho que foi mais essa falta de intimidade entre a gente, entendeu?” (Joyce).

Clara mostra descontentamento quanto à ausência de contato visual por parte do médico. Já Leticia afirma não ter gostado da postura de seu médico de não ter se apresentado e se identificado para ela quando entrou no consultório. Joyce, por sua vez, queixou-se da relação distante que a médica manteve com ela durante o atendimento.

Esses dados mostram como estas participantes consideraram importante que seus médicos estabeleçam com elas relações mais próximas e amigáveis. Corroboram, assim, as informações apresentadas por Klug (2002, citado por Pereira e Azevêdo, 2005), que afirma que os pacientes esperam que os médicos sejam cordiais, gentis e até carinhosos.

Por outro lado, tais dados mostram também que os profissionais em questão não têm dado a devida relevância para a forma como se relacionam com seus pacientes. Talvez acreditem que os aspectos técnicos têm muito mais peso do que os aspectos relacionais. Rocha *et al.* (2011) afirmam que, ultimamente, há uma busca por um atendimento mais humanizado, porém, pelo relato das participantes, percebe-se que esse não é o foco dos médicos que as atenderam.

8. Sugestões para melhoria do atendimento

Adriana, Camila e Júlia, as mesmas participantes que relataram não haver pontos negativos em relação à consulta, afirmaram que não há nada que precise ser melhorado no que se refere à forma como o médico conduziu o atendimento. Outros seis participantes apontaram sugestões a respeito de aspectos relacionais, ressaltando que o tipo de relação que seus médicos estabelecem com eles necessita de melhorias, a fim de que os pacientes deixem o consultório mais satisfeitos. Destacam-se os seguintes relatos:

“Primeiro, acho que tem que melhorar essa questão do contato. Porque acho que se a pessoa tá ali, ela não tá ali porque ela quer. Ela tá ali porque tá em sofrimento, porque ela tá com dor, porque ela tá se sentindo mal. Então, já ajudaria bastante se o médico olhasse nos seus olhos e buscasse compreender o que você tá sentindo naquele momento, e não só preocupado com isso de sistema, com isso de ‘quantos pacientes já atendi por dia, vamos lá, quanto mais, melhor’. Não focar nisso né” (Clara).

“Acho que ele podia ter se apresentado, perguntado se tava tudo bem, falado ‘eu sou o doutor fulano, eu sou obstetra, eu que vou ver seu caso aqui, fica tranquila’. Ah, e outra coisa que eu senti falta nesse primeiro contato foi dele me acalmar no primeiro momento. Porque a gente chegou lá muito afoito, muito preocupado. Porque a gente não sabia o que era, não sabia se tinha perdido neném... No momento quando você não sabe o que é, você pensa mil coisas. Então, eu senti falta dele ter me acalmado, de certa forma, nem que fosse ‘ah, calma, vamos descobrir o que é’” (Leticia).

As duas participantes queixam-se da ausência de maior proximidade na relação com seus médicos. Clara afirma que gostaria que o médico demonstrasse compreensão pelo que estava passando, ou seja, que ele se mostrasse empático no momento da consulta.

Empatia, de acordo com Soar Filho (1998, p. 41), é “a capacidade de colocar-se no lugar do outro, de compreender seu sofrimento, suas angústias e dúvidas, *sem, no entanto, confundir-se com ele*”. Trata-se de uma característica bastante importante para a relação médico-paciente, uma vez que, segundo Suartz *et al.* (2013), a empatia contribui para que o médico nomeie e entenda os sentimentos do paciente, proporcionando maior confiança, lealdade e respeito entre eles, visto que haveria uma maior compreensão por parte do médico em relação ao que o paciente está passando.

Porém, entende-se, pelo relato de Clara, que o profissional com quem se consultou demonstra estar mais preocupado com os aspectos práticos do atendimento, não se importando em manter uma relação de qualidade com sua paciente, baseada na confiança e lealdade, como dizem Suartz *et al.* (2013), e muito menos com os sentimentos que esta possa vir a expressar em decorrência dos sintomas ou da comunicação do diagnóstico.

Esse foco nos aspectos práticos do atendimento pode significar que o médico de Clara se mantém distante de seus pacientes, dando ênfase somente aos sintomas e enxergando-os como um problema a ser resolvido. Tal fato compromete bastante a relação médico-paciente e mostra que, provavelmente, se um paciente expressar sentimentos e emoções dentro do consultório, o médico não saberia lidar com tal situação, o que poderia lhe trazer constrangimentos.

A participante Letícia, por sua vez, apresenta uma queixa em decorrência de seu médico não ter se apresentado e se identificado quando entrou no consultório. Além disso, ela conta que chegou bastante afoita para o atendimento e que gostaria que o médico a tivesse acalmado desde o primeiro momento. Essa fala da participante corrobora dados do estudo de Pereira e Azevêdo (2005), que apontou que os pacientes esperam que o médico lhe ofereça suporte emocional e acolhimento. Pode-se dizer que Letícia possuía as mesmas expectativas que os participantes do estudo mencionado, porém, seu médico não soube atingir tais expectativas.

Há de se destacar, ainda, o relato de mais um participante, Juan, que, diferente dos demais, não se importa com o tipo de relação mantida com seu médico.

“Ele podia ter se dado ao trabalho de mandar eu tirar a camisa, passar o dedo dele (na coluna) e ver se poderia ser algum problema no tendão, ou sei lá, alguma coisa que ele estudou anos pra saber. Já que ele queria eliminar hipóteses, dava pra eliminar uma só olhando. Tô nem aí pra ele ficar me olhando no olho e ser sorridente, demonstrando alegria de estar ali, ou algo do tipo. Se ele está cansado ou não, ele escolheu aquela profissão, ele escolheu aquele local pra trabalhar. Então que, no mínimo, usasse os conhecimentos adquiridos em anos de estudos e fizesse uma análise clínica. É o mesmo que você ir ao dentista e reclamar de dor de dente, aí o cara pergunta tudo, mas não olha seu dente” (Juan).

Juan, em oposição aos demais participantes da pesquisa, gostaria apenas que o médico tivesse feito um trabalho técnico de qualidade, examinando-o adequadamente para que, assim, pudesse resolver seu problema. Ainda que Juan exigisse somente que o médico

praticasse o que passou anos estudando, o participante saiu do consultório insatisfeito, visto que o profissional não deu atenção para a região onde se queixava de dores.

Sendo do sexo masculino, Juan apresenta um comportamento que corrobora o que Sheeren, Delatorre, Neumann e Wagner (2015) discorrem sobre papéis de gênero que são reforçados pela sociedade. As autoras afirmam que é esperado que as mulheres “tenham mais facilidade de expressar sentimentos, valorizem mais laços afetivos íntimos e preocupem-se mais com as pessoas ao seu entorno” (para. 3), enquanto os homens “tendem a ser mais práticos e objetivos, tendo maior dificuldade em demonstrar fraquezas e evitando expressar sentimentos relacionados à afetividade” (para. 3), além de apresentarem certo desconforto frente a relações de proximidade e intimidade.

Apesar disso, percebe-se que o ponto de vista de Juan é uma exceção, tanto em relação aos resultados do presente estudo quanto aos dados das pesquisas utilizadas para fundamentar o mesmo, uma vez que mostram que é fundamental para a maioria dos usuários dos serviços de saúde que os médicos estabeleçam com eles relações mais próximas e de qualidade.

Considerações Finais

O estudo teve como objetivo verificar o grau de satisfação de usuários dos serviços de saúde com a relação médico-paciente, focando no aspecto comunicacional. Entre as oito categorias de respostas obtidas nas entrevistas, a categoria Tempo de Duração da Consulta apresentou o maior índice de satisfação por parte dos participantes, enquanto a categoria Interesse e Atenção do Médico apresentou o maior índice de insatisfação. Isso mostra que os participantes da pesquisa acreditam que o tempo que permaneceram no consultório médico foi suficiente para que fossem bem informados e orientados quanto aos seus casos. Porém, mostra também que os médicos não têm dirigido interesse e atenção em relação aos seus pacientes fora do que diz respeito aos sintomas que os levaram a procurar um profissional de saúde.

Assim, esses médicos vêm atuando sob uma perspectiva biomédica, que há muito deveria ceder lugar à perspectiva biopsicossocial, caracterizada por um olhar voltado para o paciente em sua totalidade. Esse olhar traria benefícios para a construção de uma relação médico-paciente de qualidade, assim como auxiliaria na realização de um diagnóstico mais preciso, visto que diversos aspectos psicossociais da vida do paciente, que podem desencadear e/ou influenciar os sintomas apresentados por este, têm sido ignorados pelos médicos.

A respeito das demais categorias, os resultados mostram que, no geral, os participantes encontram-se satisfeitos com a relação estabelecida com o médico, porém, ainda assim, na categoria Sugestões para Melhoria do Atendimento, a maioria dos participantes apontou que os profissionais de saúde ainda têm melhorias a realizar na forma como se relacionam com seus pacientes, envolvendo o desenvolvimento de melhores habilidades comunicacionais e estratégias para estabelecer relações mais próximas, a fim de promover

mais benefícios ao encontro entre médico e paciente. Esses dados demonstram que o estabelecimento de uma relação de qualidade com o médico tem grande relevância para a maioria dos participantes da presente pesquisa.

Sugere-se que, em pesquisas futuras, haja aumento da amostra a ser estudada, assim como proporcionalidade entre a quantidade de participantes atendidos em hospitais públicos e privados, a fim de comparar a satisfação de pacientes desses dois tipos de hospitais. Também se devem considerar variáveis como idade, sexo, nível de escolaridade, nível socioeconômico para favorecer maior fidedignidade aos resultados.

Referências Bibliográficas

- Andaleeb, S. S., Siddiqui, N. & Khandakar, S. (2007). Patient satisfaction with health services in Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 22, 263-273.
- Anderson, R., Camacho, F. & Balkrishnan, R. (2007). Willing to wait? The influence of patient time on satisfaction with primary care. *BMC Health Services Research*, 7(31), 1-5.
- Ballester, D., Gannam, S., Bourroul, M. L. M. & Zuccolatto, S. M. C. (2011). Avaliação da consulta médica realizada por ingressantes na residência de pediatria. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(8), 387-397.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bastos, G. A. N. & Fasolo, L. R. (2013). Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(1), 114-124.
- Caprara, A. & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: Repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1), 139-146.
- Cleary, P.D. & McNeil, B.J. (1998). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25, 25-36.
- Coelho Filho, J. M. (2007). Relação médico-paciente: A essência perdida. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 619-635.
- Cristo, L. M. de O. & Araujo, T. C. C. F. (2013). Comunicação em saúde da criança: Estudo sobre a percepção de pediatras em diferentes níveis assistenciais. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(1), 59-68.
- Espiridião, M. & Trad, L. A. B. (2005). Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(sup), 303-312.

- Grossemann, S. & Stoll, C. (2008). O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: Estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 301-308.
- Kiyohara, L. Y. *et al.* (2001). The patient-physician interactions as seen by undergraduate medical students. *São Paulo Medical Journal*, 119(3), 97-100.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 16, 577-582.
- Mendonça, K. M. P. P. & Guerra, R. O. (2007). Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(5), 369-376.
- Modes, P. S. S. A & Gaíva, M. A. M. (2013). Satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela rede básica de saúde. *Escola Anna Nery*, 17(3), 455-465.
- Moreira, C. F., Borba, J. A. M. & Mendonça, K. M. P. P. (2007). Instrumento para aferir a satisfação do paciente com a assistência fisioterapêutica na rede pública de saúde. *Fisioterapia e Pesquisa*, 14(3), 37-43.
- Muller, E. V. & Greco, A. (2010). Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(3), 925-930.
- Oriá, M. O. B., Moraes, L. M. P. & Victor, J. F. (2004). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional com o cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 292-297.
- Ortuño, M. P. (2007). *La satisfacción de los usuarios em um servicio público de salud (CMS) es variable, em función del trato que reciben por parte del médico.* (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização). Universidad Europea de Madrid. Madrid.

- Peltzer, K. & Phaswana-Mafuya, N. (2009). *Patient experiences and health system responsiveness in South Africa*. Retirado de <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/18545>
- Peluso, E. T. P., Baruzzi, M. & Blay, S. L. (2001). A experiência de usuários do serviço público em psicoterapia de grupo: estudo qualitativo. *Revista de Saúde Pública*, 35(4), 341-348.
- Pereira, M. G. A. & Azevêdo, E. S. (2005). A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. *Revista da Associação Médica Brasília*, 51(3), 153-157.
- Perosa, G. B., Gabarra, L. M., Bossolan, G. P., Ranzani, P. M. & Pereira, V. M. (2006). Aspectos psicológicos na comunicação médico-paciente no setting pediátrico. Em M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares & G. M. Perosa (Orgs.), *Temas em psicologia pediátrica* (pp. 57-82). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Queiroz, A. K. S. S., Oliveira, R. A., Lima, A. K. C., Oliveira, H. V. & Malala, J. F. M. (2016). *Análise da qualidade no atendimento em um hospital público e outro privado na cidade de Mossoró – RN*. Retirado de <http://www.sbpcnet.org.br/livro/62ra/resumos/resumos/2524.htm>
- Ramos, A. P. & Bortagarai, F. M. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*, 14(1), 164-170.
- Rocha, B. V., Gazim, C. C., Pasetto, C. V. & Simões, J. C. (2011). *Relação médico-paciente*. Retirado de <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/8/13>
- Scheeren, P., Delatorre, M. Z., Neumann, A. P. & Wagner, A. (2015). *O papel preditor dos estilos de apego na resolução do conflito conjugal*. Retirado de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/19415/14008>

- Schmidt, S. M. S., Müller, F. M., Santos, E., Ceretta, P. S., Garlet, V. & Schmitt, S. (2014). Análise da satisfação dos usuários em um hospital universitário. *Saúde Debate*, 38(101), 305-317.
- Soar Filho, E. J. (1998). A interação médico-cliente. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44(1), 35-42.
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da saúde: Uma abordagem psicossocial*. Porto Alegre: Artmed.
- Suartz, C. V., Quintana, M. I., Lucchese, A. C. & De Marco, M. A. (2013). Avaliação de empatia em residents de especialidades clínicas e cirúrgias da Universidade Federal de São Paulo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(3), 320-325.
- Traiber, C. & Lago, P. M. (2012). Comunicação de más notícias em pediatria. *Boletim Científico de Pediatria*, 1(1), 3-7.
- Wiggers, J. H., Donovan, K. O., Redman, S. & Sanson-Fischer, R.W. (1990). Cancer patient satisfaction with care. *Cancer*, 66(3), 610-616.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Satisfação de Usuários dos Serviços de Saúde com a Relação Médico-Paciente”

Instituição das pesquisadoras: UniCeub – Centro Universitário de Brasília

Pesquisadora responsável: Marina Kohlsdorf (professora orientadora)

Pesquisadora assistente: Jessycka Valença Cardoso (aluna de graduação)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa citada acima. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

O objetivo específico deste estudo é verificar o grau de satisfação de pacientes quanto à forma como o médico se relaciona com os mesmos. Você está sendo convidado a participar exatamente por ter comparecido, há menos de 3 meses, a uma consulta com um médico de hospital público ou particular, em decorrência de um sintoma agudo.

Sua participação consiste apenas em responder a uma entrevista. O procedimento será da seguinte forma: haverá uma entrevista semiestruturada com os participantes, que terá duração de, no máximo, meia hora, a qual será gravada. Os participantes da pesquisa serão requisitados somente uma vez. A pesquisa será realizada no local que lhe for mais conveniente e não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.

Este estudo não apresenta riscos imediatos aos participantes, porém, caso haja algum prejuízo de ordem emocional, o participante será acolhido pelo serviço de psicologia do Centro de Formação de Psicólogos do UniCEUB (CENFOR). Em observância às resoluções 196/96 e 466/12, os dados serão mantidos em total sigilo. Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.

Sua participação poderá ajudar a agregar conhecimento ao acervo de pesquisas já existente sobre o tema, além de dar ênfase à necessidade de que os médicos desenvolvam melhores habilidades comunicacionais e realizem outras possíveis modificações na forma como vêm se relacionando com seus pacientes, a fim de promover relações mais próximas.

Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis. Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. O material com as suas informações (fitas, entrevistas etc.) ficará guardado sob a responsabilidade da pesquisadora Jessycka Valença Cardoso com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade. Os dados e instrumentos utilizados ficarão

arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966-1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, _____ RG _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos, concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.
Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, ____ de _____ de __

Participante

Marina Kohlsdorf (pesquisadora principal)
celular: 8172-9030/telefone institucional 3966-1200

Jessycka Valença Cardoso (pesquisadora assistente)
celular: 9955-9811 ou email: jessycka_193@hotmail.com

Endereço dos(as) responsável(eis) pela pesquisa:

Instituição: UniCEUB – Centro Universitário de Brasília

Endereço: SEPN 707/907

Bairro/CEP/Cidade: Asa Norte – CEP: 70790-075 - Brasília DF

Telefones para contato: 3966-1200

ANEXO B – Entrevista Semiestruturada

- 1) Sua consulta foi com um médico de hospital público ou privado?
- 2) Qual foi o motivo que o levou a essa consulta?
- 3) Como foi a forma que o médico lhe tratou assim que você entrou no consultório?
(Olhar, cumprimento etc.).
- 4) Como era a fisionomia do médico durante a consulta?
- 5) Como foi a forma que o médico lhe deu as orientações para a realização do tratamento?
 - a. As informações foram dadas de forma clara?
 - b. Você compreendeu todas elas?
 - c. Houve espaço para que você tirasse dúvidas?
- 6) Fale sobre a disponibilidade do médico para que você fizesse perguntas.
- 7) O que você tem a dizer sobre o interesse do médico em relação a você?
- 8) Como você descreveria a atenção que o médico lhe dirigiu?
- 9) Acha que o tempo da consulta foi suficiente?
- 10) Qual é a sua opinião sobre a maneira como foi tratado pelo médico, no geral?
- 11) Do que você mais/menos gostou?
- 12) Como acha que poderia melhorar?