

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

**RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: AVALIAÇÃO DO COMPROMISSO
PROFISSIONAL MÉDICO NA VISÃO DO PACIENTE.**

GUTIERRY ALEXANDRO ALMEIDA DO NASCIMENTO

MANOELA MARTINS MANESCHY

BELÉM – PARÁ

2006

GUTIERRY ALEXANDRO ALMEIDA DO NASCIMENTO

MANOELA MARTINS MANESCHY

**RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: AVALIAÇÃO DO COMPROMISSO
PROFISSIONAL MÉDICO NA VISÃO DO PACIENTE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para
obtenção do grau em Medicina pela Universidade
Federal do Pará (UFPA).

Orientador: Prof. Dr. Benedito Paulo Bezerra.

BELÉM – PARÁ

2006

GUTIERRY ALEXANDRO ALMEIDA DO NASCIMENTO

MANOELA MARTINS MANESCHY

**RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: AVALIAÇÃO DO COMPROMISSO
PROFISSIONAL MÉDICO NA VISÃO DO PACIENTE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para
obtenção do grau em Medicina pela Universidade
Federal do Pará (UFPA).

Orientador: Prof. Dr. Benedito Paulo Bezerra.

BANCA EXAMINADORA:

Julgado em: ___ / ___ / ___

Conceito: _____

AGRADECIMENTOS

Ao professor Bendito Bezerra, pela orientação e apoio.

Aos funcionários da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, por mostrarem-se sempre solícitos.

Ao amigo César Brenol Renk, pela disponibilidade, auxílio e carinho com que sempre nos acolheu, apesar da distância.

O sofrimento somente é intolerável
quando ninguém cuida.

Dame Cicely Saunders

RESUMO

Na medicina atual, diversos fatores têm contribuído para o distanciamento e mecanização da relação médico-paciente, como a crescente especialização da atuação médica, as políticas capitalistas adotadas pelos planos de saúde, os avanços tecnológicos, ou ainda as deficiências relativas à formação e ao ensino nas escolas médicas. O resgate de práticas humanísticas como um meio essencial e complementar aos novos recursos e necessidades da medicina está se tornando uma tendência mundial. A presente pesquisa analisa, na visão dos pacientes, a relação médico-paciente, com ênfase no compromisso profissional, ou seja, na responsabilidade do médico em se preocupar com o lado humano da medicina. Para isso, foram entrevistados 147 pacientes através de um questionário fechado após a consulta, identificando e listando a prevalência das principais queixas relatadas e verificando a satisfação e confiança dos pacientes em relação aos médicos. O tempo de consulta inferior a 10 minutos obteve a maior prevalência entre as queixas (28,57%; n=42). No entanto, a maioria dos pacientes (72,79%; n=107) mostraram-se satisfeitos e com boa visão do compromisso profissional do médico. Nesse sentido, a pesquisa indica os principais pontos de fragilidade para a reflexão e busca de soluções no intuito de encontrar a melhor maneira possível de re-humanizar a prática da grande arte que é o exercício da medicina.

Palavras-chave: Relação médico-paciente; Compromisso profissional; Humanização da medicina; Satisfação do paciente.

ABSTRACT

In the current medicine, many factors have contributed for the distance and mechanization of the doctor-patient relationship, as the grown specialization of medical practice, the capitalistic politics adopted by the plans of health, the technological advances, or even the relative deficiencies of the formation and education in the medical schools. The regaining of humanistic practices as an essential and complementary tool to the new resources and needs of the medicine is becoming a worldwide tendency. This research analyzes, from the view of the patient, the doctor-patient relationship, giving emphasis to the professional commitment, that is, the responsibility of the doctor in the human side of medicine. With this, were realized interviews with 147 patients, using a closed questionnaire after the consultation, identifying and listing the prevalence of the main told complains and verifying the satisfaction and trust of the patients with the doctor. Clinical appointments that lasted less than 10 minutes was the most prevalent complain (28,57%; n=42). However, the majority of the patients (72,79%; n=107) showed satisfied and with a good impression about the professional commitment of the doctor. Based on the results, this research demonstrates the main points of fragility for the reflection and search for solutions in order to find the best possible way to humanize the practice of the great art that is the exercise of the medicine.

Key-words: Doctor-patient relationship; Professional commitment; Humanization of medicine; Satisfaction of the patient.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
1.1 OBJETIVOS.....	10
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	11
2.1 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA EVOLUÇÃO DA MEDICINA.....	11
2.2 A COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.....	14
2.3 O COMPROMISSO PROFISSIONAL DO MÉDICO.....	18
3. MÉTODO E CASUÍSTICA.....	20
3.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	20
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM.....	20
3.3 PLANO DE COLETA DE DADOS.....	21
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	21
4. RESULTADOS	22
5. DISCUSSÃO.....	39
6. CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	49
APÊNDICE.....	50
ANEXOS.....	51

1 – INTRODUÇÃO

A medicina sempre passa por períodos onde transformações e novas tendências se fortalecem, exigindo dos profissionais de saúde (sem que jamais percam o senso crítico) uma reflexão e atitude para que possam continuar a exercer seu papel da maneira mais eficaz possível. Profundamente influenciada pelo avanço tecnológico e aumento contínuo do volume de conhecimentos científicos, a medicina atual mostra-se altamente técnica-científica e pouco humana, havendo grande dificuldade dos médicos em praticar o caráter humanístico da medicina, ou seja, estabelecer um relacionamento essencialmente humano com o paciente.

O ponto fundamental para o bom atendimento médico é a construção de uma ponte de comunicação entre o profissional de saúde e seu paciente - um canal através do qual informações serão trocadas, deixando tanto o médico quanto o paciente em situação favorável para a satisfação tão singular de cada um, seja um remédio receitado, um exame solicitado, uma dúvida esclarecida ou simplesmente, um chamar pelo nome, um escutar atencioso, um apertar de mão, um olhar de cuidado.

A relação médico-paciente trata-se de um relacionamento que exige confiabilidade recíproca, honestidade, respeito e natureza profissional (compromisso), sendo enraizado no humanismo e na solidariedade àquele que está “sofrendo” ou carente de atenção. É um tipo de relação, onde a vaidade e a onipotência do médico não têm lugar, e a proximidade e empatia entre eles se juntam para sustentar uma boa prática médica.

Porém, nos dias atuais, este vínculo encontra-se bastante desgastado, seja por políticas capitalistas adotadas pelos planos de saúde, seja por influência dos avanços da tecnologia médica, da judicialização da medicina, da superespecialização ou ainda por problemas de base, relativos à formação e ao ensino nas escolas médicas, trazendo assim dificuldades nos dois lados deste relacionamento: *médicos* vistos de maneira negativa e com desconfiança, tendo sua avaliação profissional depreciada e sua imagem, não raro, denegrada em programas de televisão, jornais e revistas; do outro lado, encontram-se *pacientes* insatisfeitos, desacolhidos, muitos deles passivos durante a consulta, e muitos, com o forte acesso a informações, superexigentes e acusadores.

Isto, no entanto, é um problema com bases não recentes, pois na medida em que o modelo mecanicista de medicina¹ (modelo biomédico) ganhou espaço, houve uma supervalorização da doença (parte) em relação ao doente (todo). Logo, não é de se espantar que haja dificuldades quando se aborda tal relação, pois este distanciamento é fruto de um longo processo, fortemente arraigado na cultura médica.

O resgate de práticas do modelo de medicina holística² (modelo hipocrático) adequado aos novos conceitos, necessidades e trâmites da medicina atual está se tornando uma tendência mundial. Um número crescente de instituições tem notado a importância da revalorização da relação médico-paciente e do despertar do sentimento de compromisso profissional médico, incrementando suas grades curriculares e assumindo a bioética um papel de destaque. O retorno da figura do médico de família (política governamental/ PSF), é mais um indicativo da necessidade de um processo re-humanização da saúde. Tais iniciativas, porém, sem uma transformação pessoal mais consistente mostram-se superficiais.

A presente pesquisa analisa a relação médico-paciente, com ênfase no compromisso profissional, ou seja, na responsabilidade do médico em se preocupar com o lado humano da medicina. Já que, nesse sentido, estimamos que o médico que verdadeiramente assume um compromisso com o paciente, mostra-se alerta para sempre respeitar a dignidade e dar a devida atenção a esta pessoa durante a consulta. Não havendo, neste contexto, queixas de pacientes em relação a este profissional. Em contrapartida, todo paciente que não tem, de algum modo, a devida atenção e respeito do médico durante a consulta, queixa-se do profissional. (insatisfação).

A pesquisa se propõe a apresentar aos médicos os traços deficientes da relação, na visão do paciente, e levar ao entendimento dos antigos e novos pontos que geram repercussão sobre essa relação. A proposta de avaliação da relação médico-paciente é uma medida que possibilita a reflexão sobre as ações em desenvolvimento com a finalidade de readequá-las às necessidades dos pacientes e também reforçar os comportamentos desejáveis da equipe médica, estimulando os

¹ Entende o indivíduo dividido em partes, não considerando suas complexas inter-relações. “Homem máquina”.

² Entende o indivíduo em seus diferentes graus, não fragmentando-o, atentando para a importância da relação mente-corpo, considerando também os aspectos sociais e o meio ambiente.

médicos a conscientizar-se e reconhecer a importância de assumir um compromisso com o exercício da profissão e com o cuidado humano da assistência à saúde.

Somente a conscientização tem o poder de despertar um verdadeiro compromisso profissional dos médicos. Acreditamos que assumir esse compromisso é assumir uma corresponsabilidade com o paciente, fortalecendo e ampliando esse relacionamento à humanidade de cada um. Isso deve ser dever de qualquer médico, e direito de qualquer paciente.

1.1 – OBJETIVOS

a) Objetivo Geral

Avaliar, no contexto da relação médico-paciente, o compromisso profissional do médico na visão do paciente.

b) Objetivos Específicos

- Identificar as principais queixas relatadas pelos pacientes após a consulta médica.
- Listar a prevalência dessas queixas.
- Avaliar a satisfação dos pacientes.
- Verificar o estabelecimento de vínculo de confiança entre paciente e médico.

2 – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA EVOLUÇÃO DA MEDICINA

Em sua origem a Medicina Ocidental era uma ciência essencialmente humanística, cujas raízes se assentavam no solo da filosofia da natureza e seu sistema teórico partia de uma visão holística que entendia o homem como ser dotado de *corpo e espírito*. (GALLIAN, 2000).

A saúde e a doença, de acordo com os escritos hipocráticos, refletia-se por um estado de equilíbrio e desequilíbrio, respectivamente, entre as influências ambientais, modos de vida e os vários componentes da natureza humana. O processo de cura era reconhecido por Hipócrates através das forças curativas inerentes aos organismos vivos, “o poder curativo da natureza”. O papel do médico consistia em ajudar essas forças naturais mediante a criação de condições mais favoráveis para o processo de cura. (CAPRA, 1982).

Para tanto, o exercício da medicina hipocrática e a formação médica na época, fundamentavam-se em apenas dois alicerces básicos: o exame físico e, em especial, a relação médico-paciente. Relação essa que favorecia a extração de todas as informações que iriam nortear a formulação de seu diagnóstico e de sua terapêutica. O médico necessitava de uma formação essencialmente humanística, com profundo conhecimento da alma humana e, para tanto, invariavelmente, deveria estar muito próximo do seu paciente, desenvolvendo com ele uma relação extremamente benéfica e essencial para a boa conduta do caso. (NASCIMENTO JÚNIOR & GUIMARÃES, 2003).

Adotado pelos médicos do ocidente, o modelo hipocrático se perpetuou historicamente com a evolução da medicina, obviamente não sem mudanças, rupturas e transformações, já que qualquer sistema de assistência à saúde é um produto de sua história e existe dentro de um certo contexto ambiental e cultural. Porém, o caráter amplamente humanístico da medicina permaneceu consolidado por muitos anos, experimentando diferentes contextos e influências ao longo da Idade Média, Renascimento e Iluminismo. (OLIVEIRA, 1981).

A partir da segunda metade do século XIX, as importantes descobertas em campos como o da microbiologia, desencadearam uma verdadeira revolução no terreno da patologia, gerando profundas transformações na ciência médica como um todo. O desenvolvimento das análises laboratoriais, de medicamentos mais eficazes e de outros métodos clínicos possibilitou à ciência médica uma maior probabilidade de cura e um maior controle sobre as doenças. (OLIVEIRA, 1981). Esses enormes progressos alcançados graças às ciências físicas, químicas e biológicas, aliados ao desenvolvimento tecnológico, foram, cada vez mais, redirecionando a formação e a atuação do médico, modificando também sua escala de valores. (ROSEN, 1980).

A medicina passou a ser vista como uma ciência essencialmente exata e biológica, perdendo pouco a pouco o seu caráter humanístico. O médico que até então dispunha tão somente de sua proximidade com o paciente para conduzir o diagnóstico e a terapêutica correta, passou a possuir uma gama de recursos tecnológicos e condutas. Esses parâmetros, por sua vez, não dependiam diretamente de uma boa relação médico paciente e ainda poderiam promover certo afastamento do profissional do cliente. Estava então sendo criada uma nova concepção de médico e de medicina: o modelo biomédico. (OLIVEIRA, 1981)

Segundo Capra (1982), o modelo biomédico constitui o alicerce da medicina moderna, influenciado pelo paradigma cartesiano e pela visão mecanicista da vida, que divide o ser humano em mente e corpo. Considera-se o organismo como uma máquina, entendida em termos de uma organização perfeita do funcionamento de suas peças, negligenciando, assim, os aspectos psicológicos, sociais, e ambientais da condição humana.

O médico cientificista tornava-se então um profissional que não mais utilizava os princípios hipocráticos para a condução do caso, mas sim baseava-se em evidências clínicas e tecnológicas que propiciassem um fechamento do diagnóstico. Tal fato comprometeu diretamente o grau de relacionamento que os profissionais desenvolviam com seus pacientes, uma vez que nesse momento não mais se apregoava uma visão holística, mas sim o crescimento da segmentação, do reducionismo. Os pacientes, antes vistos como indivíduos únicos com patologias próprias, passaram a ser vistos como máquinas que apresentavam defeitos, e como tal,

através de um exame acurado, identificava-se a peça defeituosa e posteriormente seria realizado o conserto adequado. (SÁ, 2000)

De fato, todo esse processo de supervalorização das ciências biológicas, da superespecialização e dos meios tecnológicos, que acompanharam o desenvolvimento da medicina nestas últimas décadas, trouxe como consequência mais visível, a “desumanização” do médico e a degradação de seu relacionamento com o paciente. (SIQUEIRA, 2002). Fazendo referência a esse contexto, Lown (1997) indagou que nunca a medicina avançou tanto no diagnóstico e tratamento das mais variadas doenças como no século passado, e nunca o ser humano enfermo foi tão mal cuidado.

O médico foi se transformando cada vez mais em um técnico, um especialista, profundo conhecedor de exames complexos, precisos e especializados, porém, em muitos casos, ignorante nos aspectos humanos presentes na relação com o paciente. E isso, não apenas por força das exigências de uma formação cada vez mais especializada, mas também em função das transformações nas condições sociais de trabalho que tenderam a proletarizar o médico, principalmente porque a partir do século XIX, a medicina passou ao exercício da chamada “medicina liberal”, o que redundou numa disputa de mercado para a qual a concorrência se estabeleceu, restringindo a disponibilidade deste para o contato com o paciente, assim como para a reflexão e formação mais abrangente. (MONTE, 2002).

Há necessidade de se refletir a respeito da real utilização das vantagens promovidas por especializações, recursos tecnológicos e sofisticações da medicina como ciência, frente às necessidades sociais e humanas do paciente. Pois este está inserido num contexto social, em meio a sua situação econômica e cultural, trazendo juntamente à sua doença características pessoais: o doente é o “Ser-no-mundo”. (BRANCO, 2002).

Já em 1979, Panasco criticava as práticas médicas relacionando-as com o conceito de saúde adotado pela constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948): “saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades”. Chamando a atenção para o fato de que os médicos se preocupavam muito com o

primeiro aspecto, pouco com o segundo e nada com o terceiro. Também o National Center for Health Statistics dos Estados Unidos apontou que as causas comportamentais identificadas nos pacientes eram responsáveis por mais da metade dos gastos com o atendimento com saúde, causas essas jamais detectadas com os avançados recursos tecnológicos, nem tampouco controladas com a terapêutica de última linha. (BENNETT, 1997).

Sem dúvida há uma grande necessidade de se “re-humanizar” a medicina. De se desenvolver e fornecer recursos humanísticos para o processo de formação e de atuação do médico e dos cientistas da saúde em geral. Para Mello Filho (1986), a formação de um bom médico se assenta no clássico tripé: conhecimentos, habilidades e atitudes. O conhecimento se organiza a partir de informações. A habilidade depende do treinamento. E a atitude está diretamente relacionada à formação e identidade psicológicas. Nas palavras de Mello Filho “o resultado da prática médica é, de forma sintética, função de nossa capacitação técnica e da possibilidade de fazermos um bom relacionamento com nosso paciente”.

Dessa forma o médico deve aliar ao conhecimento técnico a uma atitude humanística, de acordo com Fraga (2000), “a audição que recolhe as queixas, a mão que toca, o gesto que afaga, o olhar que mantém a esperança, o sorriso que consola, a palavra que tranqüiliza, a mente que elabora” são elementos que não podem ser criados por nenhum recurso tecnológico até o presente momento, uma vez que são propriedades exclusivas de seres humanos.

2.2 A COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Comunicação, de acordo com o discriminado por Aurélio Buarque de Holanda (1986), é “a capacidade de trocar ou discutir idéias, de dialogar, de conversar, com vista ao bom entendimento entre as pessoas”. Comunicar com qualidade passa pela compreensão do que se quer com a pessoa, o que se quer colocar em comum. (SILVA, 1999). Então, comunicação implica em uma mensagem ser enviada e recebida com compreensão pelo receptor. (SCOTNEY, 1981). Segundo Ruesch (1980), comunicação envolve a transformação consciente e ativa de afirmações em mensagens num sentido bilateral. Para ele, uma afirmação se constitui na

expressão intencional de fatos com a finalidade de transmitir informação à outra pessoa. E uma informação se converte em mensagem quando foi percebida e interpretada pelo outro.

Porém, a comunicação em qualquer tipo de relação não se dá apenas por palavras, não se desenvolve somente por conteúdo e informações faladas. Ela se faz também por comunicação não-verbal ou mesmo para-verbal. São silêncios e grunidos que utiliza-se ao falar, pausas entre frases e palavras, ênfase que coloca-se na voz – para-verbal –, além de expressões faciais, gestos, posturas corporais, e até mesmo a distância que se mantém da pessoa – não-verbal –. (SILVA, 1996).

O médico deve observar como elementos interessantes desta comunicação, tanto a reação que as palavras e atitudes do paciente provocam em si mesmo, quanto a reação do paciente às suas perguntas e comentários, observando a cada momento o efeito conseguido através de suas palavras, permitindo corrigir-se, e ajustar-se ao que deseja obter com a entrevista. (PARRY, 1992).

Aquele que envia a mensagem, o profissional de saúde, deve inspirar confiança, isto é, ser convincente para que as pessoas acreditem no que diz; ser aceito, ter credibilidade. Sua formação, experiência, realizações, círculo de amizades, e também o fato de “praticar o que prega” (congruência) são pontos relevantes para a construção dessa imagem de confiança. (SCOTNEY, 1981).

Em se tratando destes padrões de comunicação verbal e não-verbal, assim como a variedade de padrões comunicacionais, são muitos os problemas que surgem na relação médico-paciente: a) a incompreensão por parte do médico das palavras utilizadas pelo paciente para expressar a dor, o sofrimento; b) a falta ou a dificuldade de transmitir informações adequadas ao paciente; c) a dificuldade do paciente na adesão ao tratamento (HELMAN, 1994).

Kleinman et al. (1989) relatam que 50% dos pacientes que consultam um clínico geral nos Estados Unidos descrevem uma série de sintomas identificados por eles, mas que não são considerados pelo médico para a definição do quadro diagnóstico da doença. Diante de uma informação como esta, torna-se mais compreensível que a maioria dos pacientes prefira procurar um médico de confiança, mesmo que para isto tenham que dedicar mais tempo de deslocamento e

espera. Para superar estas dificuldades, Kleinman sugere que o médico procure, primeiramente, compreender o modo de vida do paciente e de seus familiares e, em segundo lugar, observe como interpretam a doença. O processo de estabelecimento de relações humanas com os pacientes concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade do médico, bem como melhorar os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação do paciente.

O profissional de saúde, ao aproximar-se de seu paciente deve considerá-lo não só como um caso, mas como uma pessoa que sofre, com uma enfermidade determinada ou angústia, havendo então a integração dos elementos dos aspectos científicos e humanos. Sempre havendo uma participação recíproca (MARTINS,1997).

O médico deve, então, se preocupar em desenvolver uma comunicação efetiva que lhe permita ser empático. 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 (SOAR FILHO,1998). A empatia não significa uma identificação a longo prazo com outra pessoa e com sua situação. É apenas uma experiência temporária que ajuda na compreensão mútua entre médico e paciente, sendo uma das características mais marcantes dos grandes profissionais clínicos. Para a condução eficaz da prática médica, é importante que a capacidade de empatia do médico seja utilizada plenamente com o paciente em todas as interações diagnósticas e terapêuticas. (MARQUES FILHO, 2003).

A ação que o terapeuta realiza através da entrevista médica vai além do diagnóstico. Enquanto busca o diagnóstico, já está exercendo uma ação terapêutica. Isto é, ao conversar com o enfermo, está promovendo a cura ou aliviando o sofrimento. (SPOERRI, 1970). Pode-se dizer, que um relacionamento médico-paciente ao ser estabelecido, tem por si só um valor terapêutico (GIGLIO, 1998).

Em muitos países, ainda hoje, os médicos informam muito pouco aos pacientes sobre o seu estado de saúde e sobre as possibilidades de tratamento, tendo um relacionamento de tipo paternalista, no qual o paciente é dependente do julgamento e das idéias do médico. Nos Estados Unidos, Canadá e em alguns países europeus, a partir das reivindicações dos movimentos a favor

dos direitos dos pacientes e também pela política de mercado, ao considerar que o médico é um prestador de serviço e o paciente um consumidor, tentou-se superar este tipo de postura paternalista dos médicos por outro modelo chamado *informativo*. Neste modelo, o paciente é informado do diagnóstico da própria doença, as dificuldades de cura, e cabe a ele, a partir desta informação, a decisão final sobre o tratamento (EMANUEL & EMANUEL, 1992).

Entretanto, neste modelo informativo, o médico funciona como simples técnico, fornecedor de informações corretas para o paciente. A superação dos modelos paternalista e informativo significa a necessidade de assumir um processo de comunicação que implique na passagem de um modelo de comunicação unidirecional a um bidirecional, que vai além do direito à informação. Esse terceiro modelo, intitulado comunicacional, exige mudança de atitude do médico, no intuito de estabelecer uma relação empática e participativa que ofereça ao paciente a possibilidade de decidir na escolha do tratamento. (CAPRARA & FRANCO, 1999).

Segundo o Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina, 1988 - Resolução nº 1.246/88), é vetado ao médico prescrever tratamento ou outros procedimentos sem o exame direto do paciente, salvo em caso de urgência. É vetado também, desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

O exame físico é um momento que merece todo o cuidado do profissional, pois nele há um limite muito tênue, onde qualquer palavra, expressão facial, gestual ou a maneira de como se realiza um toque, pode gerar no paciente um constrangimento, ao sentir de algum modo que sua dignidade foi afetada. O tato é um requisito que envolve consideração pela situação, pelos sentimentos do paciente de demonstração de um respeito fundamental por ele. (DUARTE & CASTRO, 1999).

O sentimento e as impressões a respeito do médico durante o exame e de quão metucioso e cuidadoso experimenta ser, têm efeito fundamental e duradouro sobre a confiança futura do paciente no profissional e no que lhe disser a propósito da doença e do tratamento. É importante também que o médico observe cuidadosamente se o paciente demonstra medo, está envergonhado

ou ansioso, antes de iniciar o exame físico. Deve-se sempre observar os cuidados com o conforto do paciente, a sensação de segurança e com sua auto-estima (MARQUES FILHO, 2003).

O médico deve evitar atitudes que o encaixe na caracteriopatía profissional (frieza afeítva no trato com os pacientes; negação da própria fragilidade; ausência de atividades pessoais de lazer) (NOTO, 1984). Para com isso impedir a construção de uma couraça impermeável às emoções e sentimentos, originado limitações ao exercício profissional (NOGUEIRA-MARTINS, 1991).

A mensagem que o profissional de saúde deve estar atento para passar é a de que, por ser humano é capaz de estar com, é capaz de entender o outro, de trocar o que tem de melhor em si para que o outro, por sua vez, possa fortalecer o que tem de melhor. É apenas isso que ele deve estar preocupado em “pôr em comum”, resgatando a origem da palavra comunicação (SILVA, 2002).

Dessa forma, a comunicação terapêutica pode ser considerada como uma arte que o médico vai aperfeiçoando ao longo de sua própria experiência e que modela sua capacidade de compreender, de se fazer entender, e de ensinar os outros a se comunicar. (DUARTE & CASTRO, 1999).

2.3 O COMPROMISSO PROFISSIONAL DO MÉDICO

Tendo em vista todo o desgaste de relação médico-paciente, e a urgente necessidade de seu resgate e aperfeiçoamento; o profissional de saúde deve refletir e agir para esta re-humanização da medicina, ou seja, deve assumir um compromisso com a sociedade/paciente (FREIRE, 1997).

O médico deve tomar consciência da responsabilidade que adquire junto ao paciente desde o momento que este lhe procura. Esta responsabilidade, tanto legal, quanto ética nasce da relação entre ambos e tem como fundamento o direito que tem o paciente de ser atendido da

melhor maneira possível, tanto do ponto de vista científico, quanto ético (DE LAS HERAS,1994). Ao assumir um compromisso profissional, há um grande incremento na relação médico-paciente, e tendo em vista o fato de que tal relação é repleta de expectativas mútuas, com atitudes bem refletidas e cuidadosas, o médico reduz bastante o risco de tais expectativas mudarem o caráter da relação com seu paciente, que ao invés de troca seria uma relação prejudicial de medida de força (JEAMMET et al, 1989).

Reflexão sobre si e ação sobre o mundo são fatos obrigatórios para quem assume um compromisso. Isto é, sem a “auto-consciência” de estar e ação sobre o mundo não se pode assumir um compromisso, já que não se poderia “distanciar” da realidade para observá-la. Somente um ser capaz de “distanciar” e admirar seu contexto, objetivando transformá-lo, e saber-se transformado pela própria criação, é capaz de comprometer-se. Este ser em si já é um compromisso. (FREIRE, 1997).

O verdadeiro compromisso é a solidariedade. Um encontro dinâmico bilateral e prático (ação e reflexão sobre a realidade), jamais unilateral, passivo ou gestos de falsa generosidade. O profissional deve lembrar, que antes de tudo, é Homem, e por isso comprometido por si mesmo. Se o compromisso é realmente com o Homem concreto, com a causa de sua humanização, não se pode prescindir da ciência, nem da tecnologia, e sim utilizá-las em prol de seu objetivo. A reflexão da realidade deve resultar da inserção nela. Inserção, que sendo crítica é compromisso verdadeiro. Compromisso com seu povo, compromisso com o Homem concreto, com o ser mais deste Homem. (FREIRE, 1997).

3 – MÉTODO E CASUÍSTICA

3.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa de campo de cunho exploratório, observacional e tempo transversal, a partir de uma coleta quantitativa em que analisamos de maneira descritivo-qualitativa, foi iniciada em conformidade com o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas ‘Gaspar Vianna’ (ANEXO A). A confirmação da participação no estudo foi determinada pela assinatura do próprio entrevistado, através de um termo de consentimento (ANEXO B), o qual esclarece as peculiaridades da pesquisa e a liberdade de participação. A pesquisa se desenvolveu na instituição de atendimento público Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV) na cidade de Belém-Pará.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A população em estudo na pesquisa foi composta de pacientes consultados por profissional médico nos ambulatórios da instituição. A amostra da pesquisa durante os meses de julho e agosto de 2006, totalizou o número de 147 pacientes, obedecendo os seguintes critérios:

- a) Critérios de Inclusão
 - Idade igual ou superior a 18 anos;
 - Pacientes assistidos por atendimento ambulatorial (consulta) em especialidades eminentemente clínicas³ oferecidas no serviço, nas quais foram incluídas: clínica médica (por sua visão mais integral), cardiologia e nefrologia (especialidades de referência do hospital, possuindo maior demanda).
- b) Critérios de Exclusão
 - pacientes com estado de consciência alterado;

³ Já que nessas especialidades, a relação médico-paciente aliada ao exame clínico são as principais ferramentas para a extração das informações necessárias a conduta médica, exigindo dessa maneira uma abordagem mais completa, ou menos restrita, comparado com as demais especialidades, e por isso a análise dessas é a mais conveniente para a pesquisa.

- pacientes com distúrbio de natureza psiquiátrica;
- pacientes em diálise;
- Impossibilitados de comunicação verbal

3.3 PLANO DE COLETA DE DADOS

A coleta foi efetuada durante os meses de julho e agosto de 2006. O paciente foi abordado após o atendimento, pelo pesquisador A (GAAN), fora do consultório e sem o conhecimento e presença do profissional que o realizou. Este pesquisador consultou a concordância em participar da pesquisa através da leitura e esclarecimentos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quando aceito, o paciente foi conduzido até um balcão cedido pela coordenação de ambulatórios da instituição especialmente para a entrevista, visando preservar o sigilo das respostas, evitar sentimentos de constrangimentos ou obrigatoriedades e oferecer aos pacientes maior segurança e conforto. A entrevista, através de um questionário fechado (APÊNDICE A), foi realizada pessoal e individualmente pelo pesquisador B (MMM) objetivando minimizar a heterogeneidade na coleta de informações e finalizada com a entrega de uma via do TCLE devidamente assinado ao paciente, ficando a outra de posse dos pesquisadores.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Realizou-se uma análise descritiva dos dados de forma qualitativa, sendo utilizado o programa Microsoft Excel 2002 para construção de tabelas, quadros e figuras com os respectivos valores e percentuais dos dados coletados.

4 – RESULTADOS

A amostra da pesquisa foi composta pela aplicação de questionários em 147 pacientes de um hospital de Belém, deste total de pacientes, 80,27% (n=119) eram do sexo feminino e 19,73% (n=29) do sexo masculino (tabela e figura 1). Quanto à faixa etária dos pacientes, se distribuiu entre 35 a 45 anos com 28,57% (n=42); 55 a 65 anos com 25,85% (n=38); 25 a 35 anos com 14,29% (n=21); 18 a 25 anos com 11,56% (n=17); 45 a 55 anos com 11,56% (n=17), 75 a 85 anos com 5,44% (n=8); e 65 a 75 anos com 2,72% (n=4) (tabela e figura 2). Os pacientes apresentam uma média de idade de 45,58 anos com desvio padrão de aproximadamente de 16,00.

Tabela 1 – Distribuição percentual por sexo dos pacientes entrevistados.

<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Masculino	29	19,73
Feminino	118	80,27
Total	147	100,00

Fonte: Pesquisa de campo

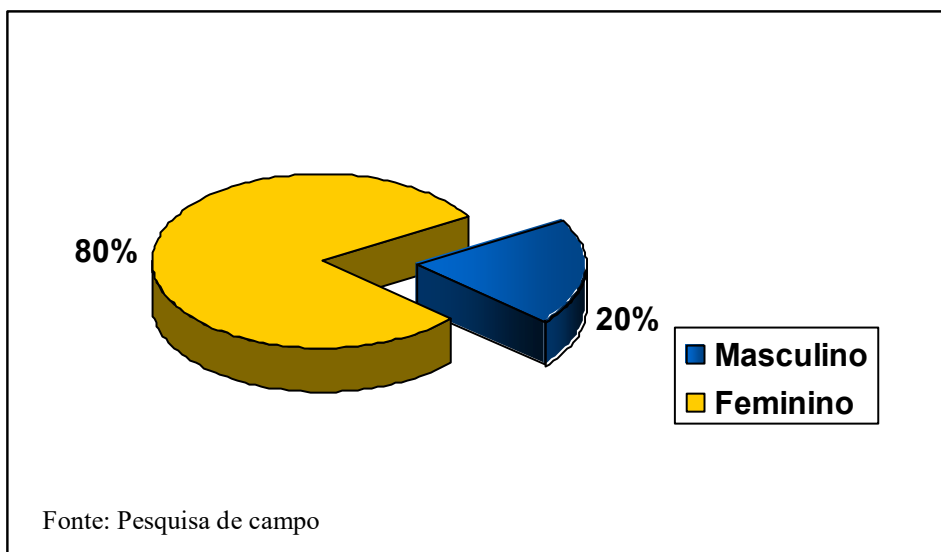


Figura 1 – Distribuição percentual por sexo dos pacientes entrevistados

Tabela 2 – Distribuição percentual por faixa etária conforme a idade dos pacientes.

<i>Faixa etária</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
15 —25	17	11,56
25 —35	21	14,29
35 —45	42	28,57
45 —55	17	11,56
55 —65	38	25,85
65 —75	4	2,72
75 —85	8	5,44
Total	147	100,00

Fonte: Pesquisa de campo

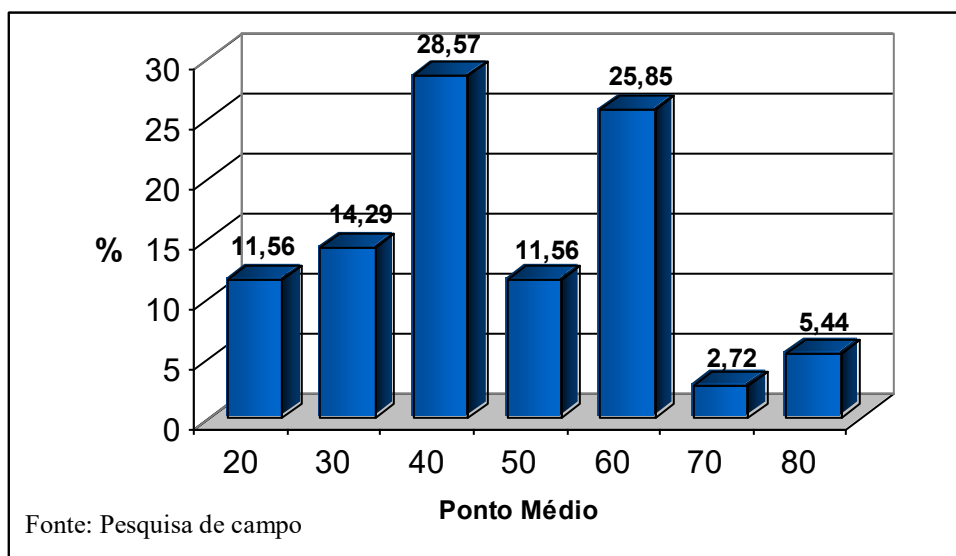


Figura 2 – Distribuição percentual da faixa etária dos pacientes entrevistados

O grau de instrução dos pacientes entrevistados distribui-se da seguinte maneira: 62,59% (n=92), possuem o ensino fundamental, 31,29% (n=46), possuem o ensino médio e 6,12% (n=9), possuem o ensino superior (tabela e figura 3)

Tabela 3 - Distribuição percentual do grau de instrução dos pacientes entrevistados.

Grau de instrução	N	%
Analfabeto	0	0,00
Ensino fundamental	92	62,59
Ensino médio	46	31,29
Ensino superior	9	6,12
Total	147	100,00

Fonte: Pesquisa de campo

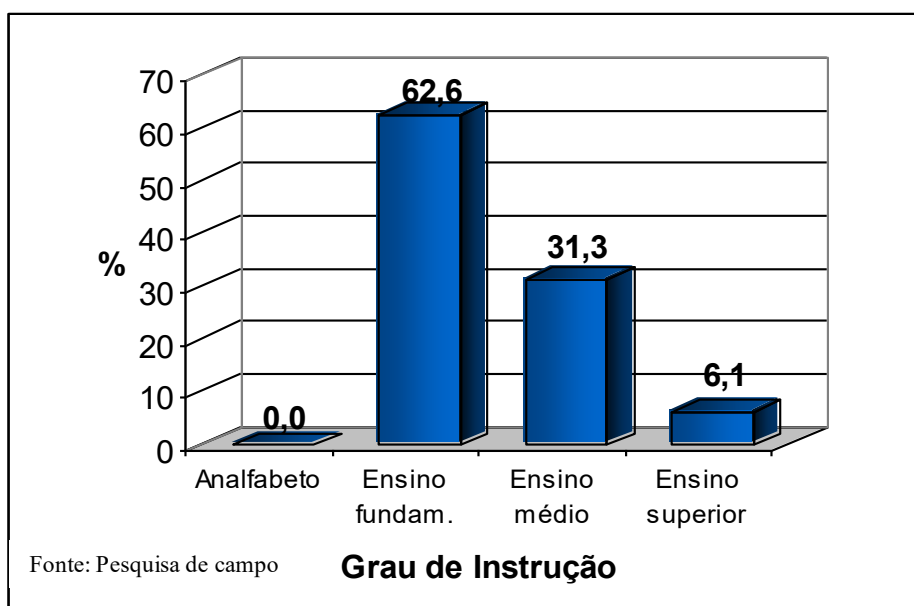


Figura 3 – Distribuição percentual do grau de instrução dos pacientes.

A procedência dos entrevistados nos mostra que 71,43% (n=105), são da capital e 28,57% (n=42) são do interior do estado (tabela e figura 4). Consulta de retorno representou 74,83% (n=110); e primeira consulta, 25,17% (n=37) (tabela e figura 5).

Tabela 4 – Distribuição percentual da procedência dos entrevistados.

<i>Procedência</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Capital	105	71,43
Interior	42	28,57
Total	147	100,00

Fonte: Pesquisa de campo

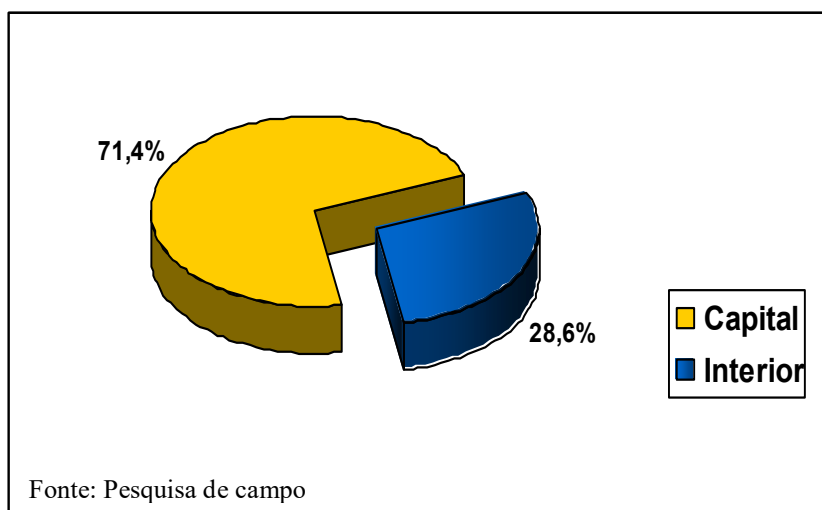


Figura 4 – Distribuição percentual da procedência dos entrevistados.

Tabela 5 – Distribuição percentual dos pacientes quanto ao atendimento.

<i>Atendimento</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Primeira vez	37	25,17
Retorno	110	74,83
Total	147	100,00

Fonte: Pesquisa de campo

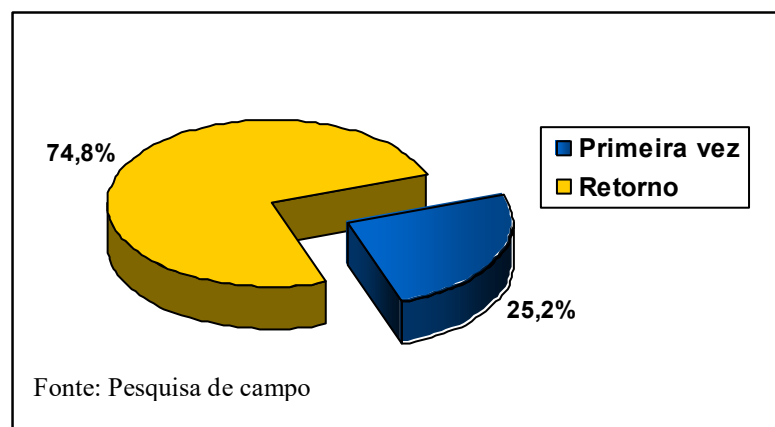


Figura 5 – Distribuição percentual quanto ao atendimento dos entrevistados.

De acordo com o tempo de consulta: 65,31% (n=96) tiveram tempo de duração entre 10 e 20 minutos, 28,57% (n=42) tiveram suas consultas em menos de 10 minutos e 6,12% (n=9) tiveram a duração de suas consultas em mais de 20 minutos (tabela e figura 6).

Tabela 6 – Distribuição percentual do tempo de duração das consultas dos pacientes

<i>Tempo de atendimento</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Menos que 10 min.	42	28,57
Entre 10 e 20 min.	96	65,31
Mais que 20 min.	9	6,12
Total	147	100,00

Fonte: Pesquisa de campo

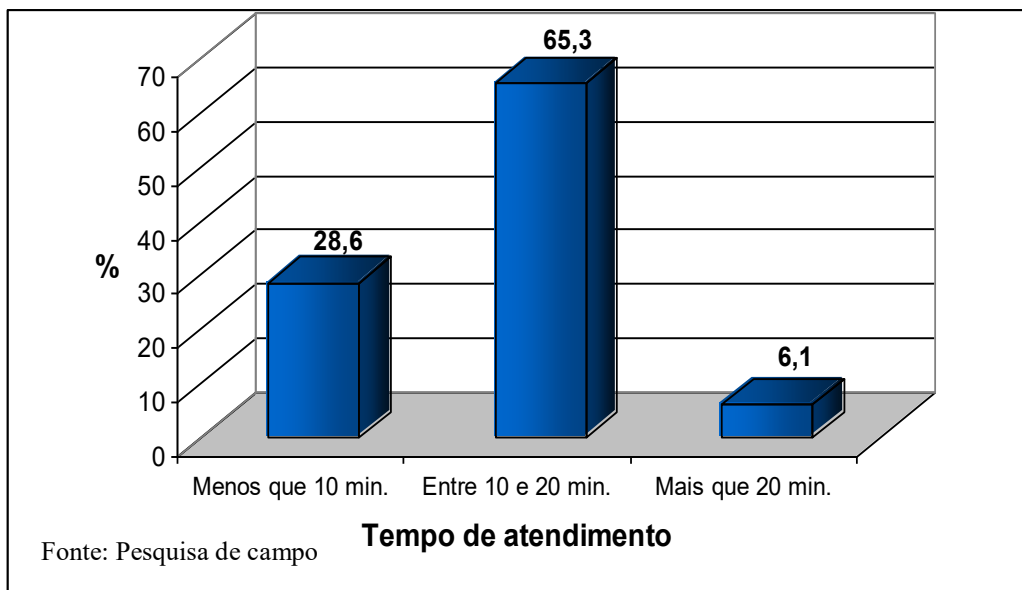


Figura 6 - Distribuição percentual da duração das consultas dos pacientes

Quanto à atitude do médico em chamar o paciente pelo nome, 96,60% (n=142) dos pacientes relataram terem sido chamados pelo nome. O médico não chamou pelo nome em 3,40% (n=5), segundo o relato dos pacientes (tabela e figura 7). Todos os pacientes foram cumprimentados pelos profissionais que o atenderam, (tabela 8).

Tabela 7 – Distribuição percentual quanto ao medico em chamar o paciente pelo nome.

<i>Chamar o paciente pelo nome</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	142	96,60
Não	5	3,40
Total	147	100,00

Fonte: Pesquisa de campo

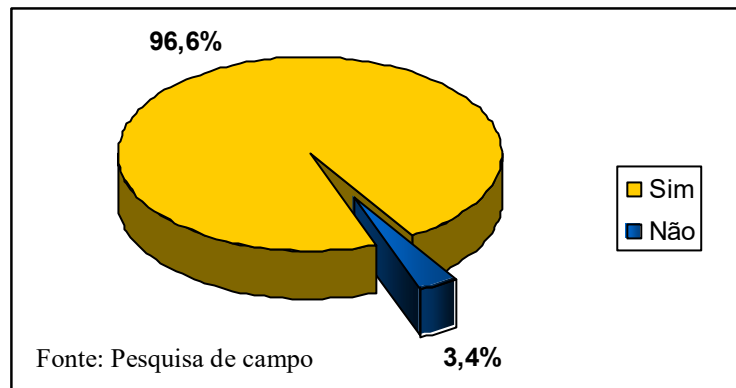


Figura 7 – Distribuição percentual quanto ao médico chamar o paciente pelo nome.

Tabela 8 – Distribuição percentual quanto aos pacientes serem cumprimentados pelos profissionais que os atenderam.

<i>O médico cumprimentou o paciente</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	147	100,00
Não	0	0,00
Total	147	100,00

Fonte: Pesquisa de campo

Dos pacientes, 91,16% (n=134) relataram que os profissionais foram atenciosos durante a consulta e para 8,84% (n=13), os profissionais não foram atenciosos, (tabela 9 e figura 8).

Tabela 9 – Distribuição percentual quanto aos médicos serem atenciosos com os pacientes.

<i>O medico mostrou-se atencioso durante a consulta</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	134	91,16
Não	13	8,84
Total	147	100,00

Fonte: Pesquisa de campo

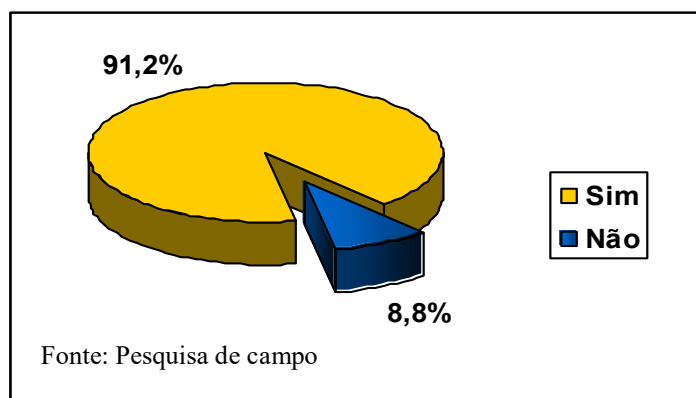


Figura 8 – Distribuição percentual quanto à atenção dos profissionais durante a consulta

Quanto ao esclarecimento das dúvidas pelos profissionais no momento da consulta, 96,60% (n=142) pacientes tiveram suas dúvidas esclarecidas e 3,30% (n=5), relataram que os profissionais não elucidaram suas dúvidas durante a consulta (tabela 10 e figura 9).

Tabela 10 – Distribuição percentual quanto ao esclarecimento das dúvidas dos pacientes pelos médicos.

<i>O médico esclareceu as dúvidas do paciente</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	142	96,60
Não	5	3,40
Total	147	100,00

Fonte: Pesquisa de campo

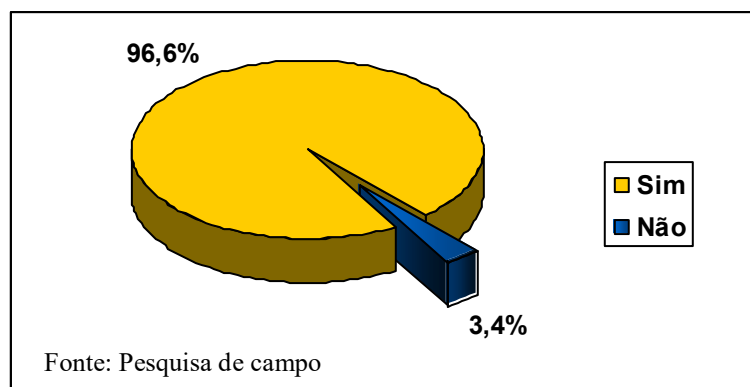


Figura 9 – Distribuição percentual quanto ao esclarecimento das dúvidas dos pacientes pelos médicos.

Em relação ao paciente sentir-se à vontade durante a consulta, 93,88% (n=138) responderam que se sentiram à vontade com o profissional durante a consulta e 6,12% (n=9) responderam que não se sentiram à vontade (tabela 11 e figura 10).

Tabela 11 – Distribuição percentual quanto aos pacientes se sentirem à vontade com o profissional durante a consulta.

<i>O paciente sentiu-se à vontade com o profissional</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	138	93,88
Não	9	6,12
Total	147	100,00

Fonte: Pesquisa de campo

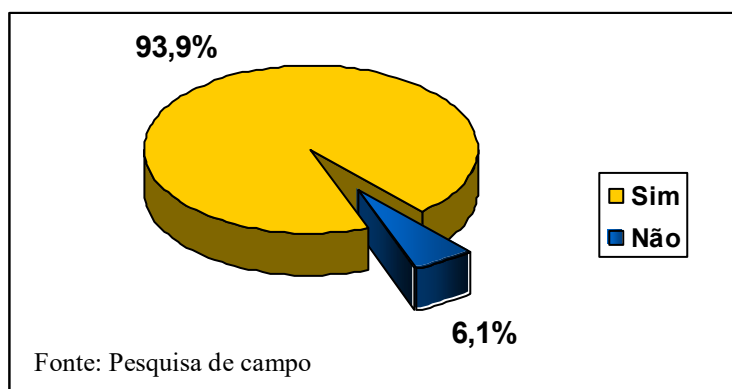


Figura 10 - Distribuição percentual quanto aos pacientes se sentirem à vontade com o profissional a ponto de responder o que sentia durante a consulta.

O médico realizou exame físico durante a consulta em 91,16% (n=134) dos pacientes e em 8,84% (n=13), o exame físico não foi realizado (tabela 12 e figura 11).

Tabela 12 – Distribuição percentual quanto ao médico realizar o exame físico no paciente durante a consulta.

<i>O médico realizou o exame físico durante a consulta</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	134	91,16
Não	13	8,84
Total	147	100,00

Fonte: Pesquisa de campo.

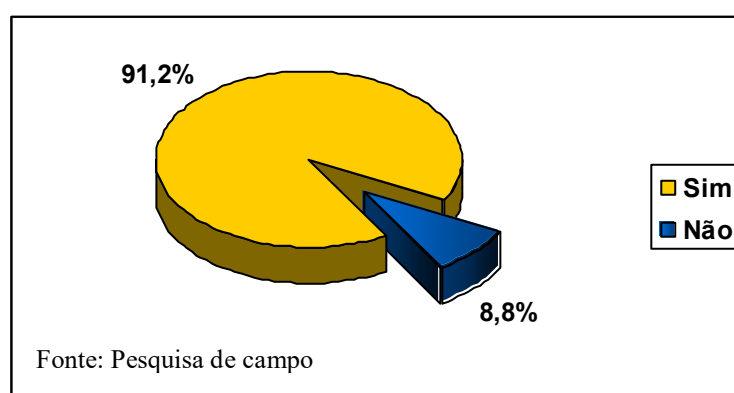


Figura 11 - Distribuição percentual quanto ao médico realizar o exame físico no paciente durante a consulta.

Entre os 134 pacientes nos quais realizou-se exame físico, 88,44% (n=130) não se sentiram constrangidos durante o exame; e 2,72% (n=4) relataram constrangimento. 8,84% (n=13) dos pacientes não foram examinados pelos profissionais (tabela 13 e figura 12).

Tabela 13 – Distribuição percentual quanto aos pacientes se sentirem constrangidos durante o exame físico.

<i>O paciente sentiu-se constrangido durante o exame físico</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	4	2,72
Não	130	88,44
Pacientes não examinados	13	8,84
Total	147	100,00

Fonte: Pesquisa de campo

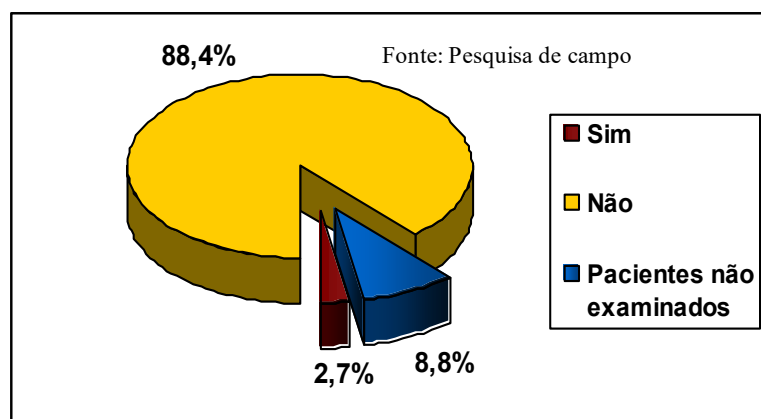


Figura 12 - Distribuição percentual quanto aos pacientes sentirem-se constrangidos durante a consulta.

Os pacientes foram indagados se procurariam outro profissional para ouvir uma nova avaliação se possível, 80,27% (n=118) disseram que não procurariam outro profissional e 19,73% (n=29) disseram que sim, procurariam outro profissional (tabela 14 e figura 13).

Tabela 14 – Distribuição percentual quanto aos pacientes procurarem outro profissional para ouvir uma nova avaliação.

<i>O paciente procuraria outro profissional para nova avaliação</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	29	19,73
Não	118	80,27
Total	147	100,00

Fonte: Pesquisa de campo

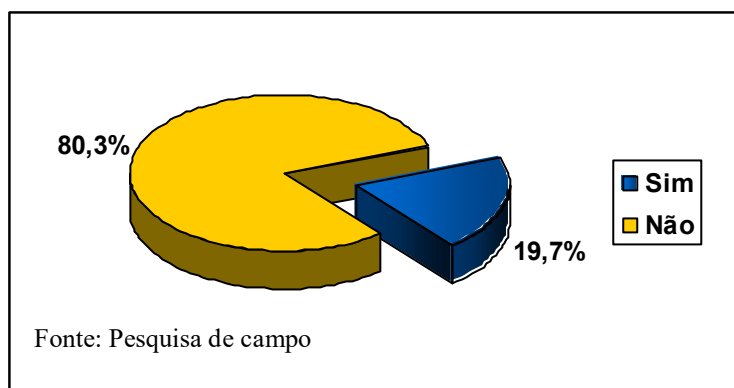


Figura 13 - Distribuição percentual quanto aos pacientes procurarem outro profissional para ouvir uma nova avaliação.

Após a consulta os pacientes foram indagados se indicariam o profissional que os consultou a alguém; 96,60% (n=142) indicariam esse profissional a alguém e 3,40% (n=5) pacientes relataram que não recomendariam o profissional (tabela 15 e figura14).

Tabela 15 – Distribuição percentual quanto os pacientes indicarem o profissional que o consultou.

<i>O paciente indicaria o profissional que o consultou</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	142	96,60
Não	5	3,40
Total	147	100,00

Fonte: Pesquisa de campo.

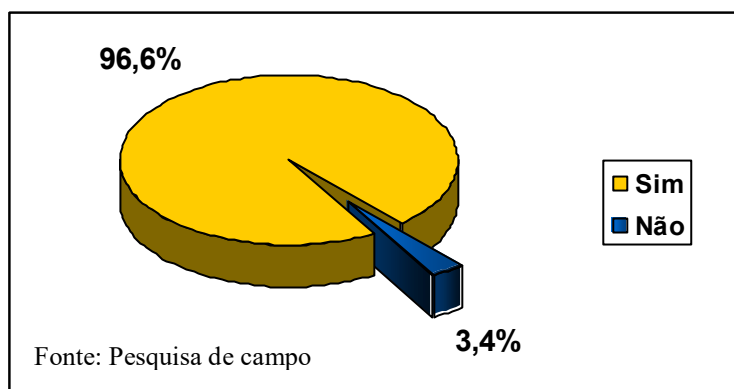


Figura 14 - Distribuição percentual quanto os pacientes indicarem o profissional que o consultou.

Quanto à relação entre o tempo de duração da consulta e atenção do médico, das 40 consultas que duraram menos de dez minutos, 83,33% (n= 35) acharam os médicos atenciosos e 16,67% (n=5) não acharam os médicos atenciosos; das 96 consultas que duraram entre dez e vinte minutos, 94,79% (n=91) acharam os médicos atenciosos e 5,21% (n=5) não acharam os médicos atenciosos; e das 09 consultas que duraram mais que vinte minutos, 88,89% (n=8) acharam os médicos atenciosos e 11,11% (n=1) disseram que os médicos não mostraram-se atenciosos durante a consulta (tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição percentual da relação entre a duração da consulta e a atenção do medico.

Duração da consulta	Atenção do médico durante a consulta			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Menos que 10 min.	35	83,33	5	16,67
Entre 10 e 20 min.	91	94,79	5	5,21
Mais que 20 min.	8	88,89	1	11,11

Fonte: Pesquisa de campo

Dos 142 pacientes que durante a consulta o médico chamou pelo nome, 96,48% (n=137) disseram se sentir à vontade com o profissional que o atendia e 3,52% (n=5) relataram não se sentir à vontade. Aqueles que não foram chamados pelo nome (n=5), 80,00% (n=4) relataram não se sentir à vontade com o profissional que o atendia e 20,00% (n=1) relataram se sentir à vontade com o profissional (tabela 17).

Tabela 17 – Distribuição percentual da relação entre o paciente se sentir à vontade com o profissional e ser chamado pelo nome durante a consulta

	O paciente sentiu-se à vontade como profissional			
	Sim		Não	
Chamar o paciente pelo nome	N	%	N	%
Sim	137	96,48	5	3,52
Não	1	20	4	80

Fonte: Pesquisa de campo

Quando o médico esclareceu as dúvidas dos pacientes durante a consulta, 17,61% (n=25) pacientes relataram que procurariam outro médico para ouvir nova avaliação, e 82,39% (n=117) não procurariam outro profissional. Quando o médico não esclareceu as dúvidas dos pacientes, 80,00% (n=4) disseram que procurariam outro profissional e 20,00% (n=1) disseram que não procurariam nova avaliação por outro profissional (tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição percentual da relação entre o médico esclarecer as dúvidas do paciente durante a consulta e o paciente procurar outro profissional para nova avaliação.

	O paciente procuraria outro profissional			
	Sim		Não	
O médico esclareceu as dúvidas do paciente	N	%	N	%
Sim	25	17,61	117	82,39
Não	4	80,00	1	20,00

Fonte: Pesquisa de campo

Dos pacientes que tiveram suas dúvidas esclarecidas durante a consulta, 100,00% (n=142) indicaria o profissional a alguém. Já os pacientes que não tiveram suas dúvidas esclarecidas, 80,00% (n=4) não indicariam o profissional a alguém e 20,00% (n=1) recomendariam o profissional (tabela 19).

Tabela 19 – Distribuição percentual da relação entre o médico esclarecer as dúvidas do paciente durante a consulta e o paciente indicar este profissional a alguém.

	O paciente indicaria o profissional			
	Sim		Não	
O médico esclareceu as dúvidas do paciente	N	%	N	%
Sim	142	100,00	0	0,00
Não	1	20,00	4	80,00

Fonte: Pesquisa de campo.

Quando o médico chamou o paciente pelo nome durante a consulta 99,30% (n=141) disseram que indicariam o profissional que o atendeu e 0,70% (n=1) relatou que não indicaria o profissional. Quando não chamados pelo nome durante a consulta, 40,00% (n=2) dos pacientes relataram indicar o profissional a alguém e 60,00% (n=3) não indicariam o profissional (tabela 20).

Tabela 20 – Distribuição percentual da relação entre o paciente ser chamado pelo nome durante a consulta e indicar o profissional a alguém.

	O paciente indicaria o profissional			
	Sim		Não	
Chamar o paciente pelo nome	N	%	N	%
Sim	141	99,30	1	0,70
Não	2	40,00	3	60,00

Fonte: Pesquisa de campo

Considerando somente os pacientes que receberam exame físico, 5,56% (n=2) disseram sentir-se constrangidos durante o exame quando a consulta durou menos que dez minutos e 94,44% (n=34) não sentiram-se constrangidos. Quando a consulta durou entre dez e vinte minutos, 2,22% (n=2) dos pacientes sentiram-se constrangidos durante o exame e 98,78% (n=88) não sentiram-se constrangidos. E nas consultas com duração maior que vinte minutos 100% dos pacientes não sentiram-se constrangidos durante o exame físico (tabela 21).

Tabela 21 – Distribuição percentual da relação da duração da consulta com o paciente sentir-se constrangido durante o exame físico.

Duração da consulta	Paciente constrangido durante o exame físico			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Menos que 10 min.	2	5,56	34	94,44
Entre 10 e 20 min.	2	2,22	88	98,78
Mais que 20 min.	0	0,00	8	100,00

Fonte: Pesquisa de campo.

A prevalência das queixas relatadas pelos pacientes entrevistados na pesquisa, distribuiu-se da seguinte maneira: 28,57% (n=42) relataram tempo de consulta inferior a dez minutos; 8,84% (n=13), queixou-se que o médico não mostrou-se atencioso durante a consulta; 8,84% (n=13), sentiram falta da realização do exame físico; 6,12% (n=9) dos pacientes não sentiram-se à vontade com o profissional durante a consulta; 3,40% (n=5), não foram chamados pelo nome durante a consulta; 3,40% (n=5), não tiveram suas dúvidas esclarecidas pelo médico; e 2,72% (n=4), sentiram-se constrangidos durante o exame físico (quadro 1)

Quadro 1 – Distribuição Percentual das principais indicações de queixas relatadas pelos pacientes.

Queixas	N	%
<i>Tempo de atendimento (Menos que 10 min.)</i>	42	28,57
<i>O médico mostrou-se atencioso durante a consulta (Não)</i>	13	8,84
<i>O médico realizou o exame físico durante a consulta (Não)</i>	13	8,84
<i>O paciente sentiu-se à vontade com o profissional (Não)</i>	9	6,12
<i>Chamar o paciente pelo nome (Não)</i>	5	3,40
<i>O médico esclareceu as dúvidas do paciente (Não)</i>	5	3,40
<i>O paciente sentiu-se constrangido durante a consulta (Sim)</i>	4	2,72

Fonte: Pesquisa de campo

A pesquisa considerou como satisfeito, os pacientes que concomitantemente tiveram as seguintes respostas: suas dúvidas foram esclarecidas, sentiram-se à vontade com o médico,

relataram ter recebido atenção, indicariam o profissional a outra pessoa e não necessitariam de outra opinião médica. Segundo este critério de avaliação, a satisfação foi alcançada por completo, ou seja, todas as respostas favoráveis, para 72,79% (n=107) dos pacientes. A prevalência de cada item distribuiu-se da seguinte forma: 96,60 % (n=142), o médico esclareceu as dúvidas do paciente; 96,60 % (n=142), o paciente indicaria o profissional a alguém; 93,88 % (n=138), o paciente sentiu-se à vontade com o profissional; 91,16 % (n=134), o médico mostrou-se atencioso durante a consulta; 80,27 % (n=118), o paciente não procuraria outro profissional para nova avaliação, (quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição percentual das principais indicações de satisfação relatadas pelos pacientes.

Satisfação	N	%
<i>O médico esclareceu as dúvidas do paciente (Sim)</i>	142	96,60
<i>O paciente indicaria o profissional que o consultou (Sim)</i>	142	96,60
<i>O paciente sentiu-se à vontade com o profissional (Sim)</i>	138	93,88
<i>O médico mostrou-se atencioso durante a consulta (Sim)</i>	134	91,16
<i>O paciente procuraria outro profissional para outra avaliação clínica (Não)</i>	118	80,27

Fonte: Pesquisa de campo

5 – DISCUSSÃO

O questionário criado para pesquisa possuía itens que expressariam de maneira direta as principais queixas dos pacientes referentes à relação médico-paciente durante a consulta (questões 01 a 08). Apresentava itens correlacionados que também denotariam o grau de satisfação dos pacientes (questões 04, 05, 09 e 10), assim como estabelecimento de vínculo de confiança entre médico e paciente (questões 09 e 10). Isto é, poderíamos avaliar a satisfação dos pacientes, o estabelecimento ou não de vínculo de confiança e listar a prevalência das principais queixas. Obtendo então um perfil da relação médico-paciente, na visão dos próprios pacientes, que seria reflexo do maior ou menor grau de compromisso profissional por parte do médico.

A queixa mais prevalente relatada pelos pacientes na pesquisa foi o tempo mínimo de consulta menos de 10 minutos (28,6%; n=42), seguida da deficiente atenção que os médicos atribuíram aos pacientes (8,84%; n=13). Podemos salientar assim que a limitação de tempo e conseqüente falta de disponibilidade que a maioria dos profissionais enfrenta por ter que conciliar diferentes atividades, somados a insuficiente preparação para escutar e dialogar com o paciente, são fatores que levam a uma comunicação insatisfatória entre médico e paciente.

Em um estudo realizado por Soares (1997, p.24) a maioria dos pacientes declara que os médicos não têm tempo para ouvir, e que dirigem as entrevistas através das anamneses. Na avaliação dos pacientes por Pereira (2005, p.156), o tempo de duração da visita interferiu na satisfação com a relação médico-paciente ($p < 0,0003$). Todos os pacientes que avaliaram a relação médico-paciente como insatisfatória relataram o tempo mínimo de visita dos seus médicos.

Os pacientes demonstraram seu grau de satisfação em relação à atenção recebida, de acordo com a análise do tempo de duração da consulta e dados que indicam o relacionamento médico-paciente, de acordo com os princípios da bioética. Dos 13 (8,8%) pacientes que relataram não receber atenção durante o atendimento, 08 (61,5%) apresentaram sua consulta com duração menor que 10 minutos. Enquanto que em consultas com tempo superior a 10 minutos, a porcentagem de queixas referentes à atenção foi de apenas 3,6%. Evidenciando que em consultas com um tempo inferior a 10 minutos há uma dificuldade maior do médico gerar no paciente a

sensação de que lhe foi prestada a devida atenção, prejudicando assim um ponto importante na relação médico-paciente.

A pesquisa de Caprara (2004, p.6), concluiu também que quanto maior o tempo de consulta, melhor atenção dispensada ($p < 0,01$), melhor a anamnese ($p < 0,01$) e melhor o esclarecimento de dúvidas ($p < 0,01$); com tempo médio de consultas em 09 minutos, considerado insatisfatório. O trabalho de Pereira (2005, p.156), também concluiu que com o tempo pequeno de consulta, o médico não conseguia ser atencioso, segundo os pacientes.

De acordo com González e cols (2005, p.4), a não atenção repercute diretamente na função afetiva da comunicação, aspecto este relevante para o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente. A redução na demanda diária de atendimento proporcionaria um tempo maior dispensado a cada paciente, reduzindo então este tipo de queixa.

Um número pequeno de pacientes, 09 (6,1%) relatou não terem se sentido à vontade para responder as perguntas do médico, destes, 44% (04) não foram chamados pelo nome durante a consulta. Enquanto que no grupo de pacientes chamados pelo nome, praticamente não houve queixas referentes à não se sentir à vontade para responder ao profissional. Denotando o quanto atitudes simples como identificar o paciente influencia de maneira relevante o estabelecimento de um bom relacionamento com o profissional, pois possibilita um vínculo de empatia, facilitando as respostas do paciente, deixando este mais à vontade.

Segundo Ibáñez (2005), um paciente que se sente à vontade informa de maneira melhor, e com isso o profissional médico consegue melhor precisão diagnóstica, aderência ao tratamento e conseqüentemente, melhores resultados terapêuticos. Na pesquisa de Caprara (2004, p.6), quase todos os médicos tentaram estabelecer esta relação empática no início da consulta, ficando as queixas sobre a relação médico-paciente atribuídas a outros fatores.

Poucos pacientes (3,4%; n=5), relataram que não tiveram suas dúvidas esclarecidas e a maioria destes procurariam a opinião de outro profissional, se possível. Enquanto que no grupo

de pacientes que tiveram suas dúvidas esclarecidas (96,6%; n=142), 17,61% (n=25) gostariam de ouvir a avaliação de outro profissional. Então, a maior parte dos pacientes que procurariam a opinião de outro profissional possuíam dúvidas, como queixa. Logo, o fato de esclarecer os questionamentos do paciente desperta neste um vínculo de confiança, refletindo assim em menor necessidade de buscar outra opinião médica.

Em acordo com a pesquisa de Franco (2005, p.252), onde este concluía que o paciente ao receber atenção e ter suas dúvidas esclarecidas é reconhecido como sujeito, e assim torna-se também um agente no processo saúde-doença-cuidado. Imbuído deste sentimento de coresponsabilidade, confia no médico e não sente necessidade de procurar outra opinião. Caprara (2004, p.6) em sua pesquisa encontrou índice de 39,1% de pacientes relatando sair com dúvidas de suas consultas, repercutindo em dano à relação médico-paciente.

Para Eksterman (1998, p. 59), o esclarecimento diagnóstico e a focalização do problema, tem para o doente o significado de uma redução da ameaça de um perigo maior. Eksterman relata ainda, que quando a confiança não é muita, o paciente exigirá novas informações, mais esclarecimentos, até se sentir seguro e controlado, ou procurará outro médico.

Para avaliar a satisfação do paciente, não perguntamos de maneira direta, optamos por avaliar através de itens que denotariam este “estar satisfeito”; admitimos então que os pacientes que tiveram suas dúvidas esclarecidas, sentiram-se à vontade para responder, relataram ter recebido atenção, indicariam o profissional a outra pessoa e não necessitariam de outra opinião médica, caracterizar-se-iam como pacientes satisfeitos com a relação médico-paciente e teriam boa visão em relação ao compromisso profissional de seu médico.

Segundo o critério proposto para verificar a satisfação do paciente, encontrou-se uma porcentagem de 72,79% (n=107) de pacientes satisfeitos, ou seja, pessoas com respostas favoráveis em todos os itens de avaliação. Constatou-se então, baixos índices de queixas e que a maioria dos pacientes encontra-se satisfeita com o relacionamento profissional praticado nos ambulatórios da instituição onde realizou-se a pesquisa; havendo conseqüentemente uma boa visão em relação ao compromisso profissional médico. Na pesquisa de Halal (1994, p. 135)

cerca de 88% dos pacientes ou seus responsáveis relataram estar satisfeitos com a consulta ($p = 0,04$). Pereira (2005, p. 154) avaliou a relação médico-paciente baseada em conceitos, atribuídos pelos pacientes e agrupada em categorias, encontrando 70% das avaliações dos pacientes como "satisfatória".

Avaliar a satisfação dessa relação para o paciente constitui-se numa difícil tarefa, visto que em acordo com Ismael (2002, p. 53), a relação médico-paciente é um dos capítulos mais intrigantes na comunicação humana. A autêntica escuta do médico exige paciência, atenção e interesse, e a qualidade desse cuidado, segundo Santos (1986, p. 87) significa a melhor forma para atender às expectativas do paciente.

6 – CONCLUSÃO

Concluímos com a pesquisa que o tempo de consulta menor que dez minutos foi a queixa mais prevalente dos pacientes seguida de deficiente atenção recebida pelos médicos, no entanto em índices pequenos. Principalmente se comparados a outros trabalhos. Houve também o estabelecimento de vínculo de confiança entre paciente e médico na maioria absoluta das consultas.

Em relação à satisfação, é notório poder agrupar a maioria dos pacientes como satisfeitos, segundo os critérios estabelecidos pela pesquisa. Em consequência, uma boa visão da relação médico-paciente praticada durante as consultas foi relatada pela maior parte dos pacientes, refletindo diretamente na visão destes sobre o compromisso profissional assumido pelo médico. Ou seja, ao relatar terem recebido durante a consulta a devida atenção e respeito pelo médico, os pacientes acabaram identificando-o como um profissional comprometido; visão predominante entre os pacientes que responderam ao questionário. Isto é, pode-se afirmar que a maioria dos pacientes percebeu o médico como um profissional comprometido.

Entendemos que o baixo índice de queixas, o alto grau de satisfação e estabelecimento de vínculo de confiança, somados a boa visão da relação médico-paciente e do compromisso profissional médico são resultados que podem estar relacionados à política de humanização adotada na instituição. Essa política visa em primeira instância a integração dos setores do hospital para uma assistência multiprofissional aos pacientes, buscando também a melhoria do relacionamento interpessoal e o estímulo à educação continuada através de ciclo de palestras, cursos de capacitação e campanhas. Tudo isso somado a conscientização de cada profissional contribui para um atendimento mais diferenciado oferecido a seu público, alcançando satisfação na relação médico-paciente e reconhecimento do compromisso profissional dos médicos.

A avaliação da satisfação dos pacientes atendidos nos ambulatórios da instituição em questão será importante para a adequação da assistência prestada, direcionado o enfoque aos traços deficientes apontados pelos pacientes. Apesar de limitações como: os pacientes possuem compreensão incompleta da ciência e tecnologia da atenção, podendo emitir um juízo inadequado; nem sempre as expectativas do paciente em relação ao profissional são corretas; ou a

grande maioria da população não é consciente de seus direitos; a medida da satisfação continua um instrumento valioso para a investigação, administração e planejamento.

Nesse sentido, acreditamos na necessidade de rever os pontos críticos indicados pelos pacientes, buscando a melhoria da qualidade, o atendimento de suas carências, e garantindo maior satisfação. Assim como, pretendemos de forma indireta, apontar a importância dessa discussão em relação às políticas de organização e ações do Sistema de Saúde, incentivando programas de humanização que ofereçam condições para o resgate de uma relação entre seres humanos.

Observamos que a abordagem teórica do tema, enquanto objeto de estudo, carece ainda de um volume expressivo de publicações que reúnam e articulem de modo abrangente aspectos teóricos, análises de dados empíricos e avaliações de propostas de intervenção ou de análise.

Sugerimos ainda, para um segundo momento, a continuidade da pesquisa com um maior número da amostra, possibilitando a aplicação de testes estatísticos de confiabilidade e significância, assim como, a comparação e cruzamento estatísticos desta análise com a de outros trabalhos. Seria de grande relevância também ampliar o objetivo da pesquisa para comparar a avaliação do compromisso profissional na relação médico-paciente desse hospital com o serviço de assistência ambulatorial de outros hospitais da rede pública e/ou privada.

Por fim, a pesquisa oferece dados, referências e considerações teóricas que possibilitam além de tudo repensar a relação médico-paciente como um relacionamento humano, colocando o paciente em uma posição tão ativa quanto a do médico para uma prática eficaz da assistência a saúde. Condizentes com essa importância, percebemos que na dimensão da relação médico-paciente, humanizar é atender ao paciente com o respeito devido a qualquer ser humano, considerando sua autonomia e dignidade. Um médico comprometido com sua profissão é um médico humanista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENNETT, J.C.P.F. **Tratado de medicina interna**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

BRANCO, R.F.G.R. **O ensino na perspectiva dos grupos Balint: um espaço de reflexão sobre o encontro do estudante de medicina com o seu paciente**. 2001. 153 f. Dissertação (Mestrado em Educação e Saúde) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2001.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Código de ética médica**. Resolução CFM nº 1.246/88, 08 jan. 1988. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/codetic.htm>> Acesso em: 10 maio 2004.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. 19.ed. São Paulo: Cultrix, 1982

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

CAPRARA, A., RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciên. Saúde Coletiva**, v.9, n.1, Rio de Janeiro, 2004.

CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1948. Disponível em: <http://policy.who.int/cgi-in/om_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse_Frame_Pg42> Acesso em: 12 maio 2004.

DE LAS HERAS, J. La relación médico-paciente. In: POLAINO, L.A. **Manual de Bioética General**. 2.ed. Madrid: Rialp, 1994. p.271-178.

DUARTE, L.T., CASTRO, M.L. **A anamnese**. [s.l.], 1999. Disponível em: <<http://www.psiconica.com/psimed/files/anamnese.pdf>> Acesso em: 05 maio 2004.

EKSTERMAN, A. Fatores Iatrogênicos na Relação Médico-Paciente **Jornal Brasileiro de Medicina**, v.15, n.6. Dezembro, 1987.

EMANUEL, E. J., EMANUEL, L. L., Four models of the physician-patient relationship. **Journal of American Medical Association** , v.267, p.2221-2226, 1992.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p. 443.

FRAGA, C.F. Relação Médico-Paciente. **Jornal do Clínico**, v.7, n.48, p.2-3, 2000.

FRANCO, A.L.S., BASTOS, A.C.S., ALVES, V.S. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p.246-255, jan-fev. 2005.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 18.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. p 15-41.

GALLIAN, D.M.C. A (re)humanização da medicina. **Psiquiatria na prática médica**, v.33, n.2, 2000. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm>> Acesso em: 01 maio 2004.

GIGLIO, A. D. A relação médico-paciente sob uma perspectiva dialógica. 1988. Disponível em: <<http://www.psicossomatica.com/biblioteca/medicopaciente.htm>> Acesso em: 30 abril 2004.

GONZÁLEZ, M.A *et al.* Habilidades comunicativas para establecer una adecuada relación médico paciente. **Rév. Méd Electrón**, v. 27, n. 3, maio-junho, 2005

HALAL, I.S., SPARRENBERGER, F, BERTONI, A.M. *et al.* Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, abr. 1994, vol.28, no.2, p.131-136.

HELMAN, C. **Cultura, Saúde, Doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

IBÁÑEZ, C. **La relación médico-paciente: más allá de la cortesía y de la amabilidad**, 2005.

ISMAEL J.C., **O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada**. São Paulo: T. A. Queiroz Editor; 2002. p.51-8.

JEAMMET, P. **Manual de Psicologia Médica**. São Paulo: Durban, 1989.

KLEINMAN, A., EISENBERG, L., GOOD, B. Cultura, stato di sofferenza e cure. Lezioni cliniche dalla ricerca antropologica e transculturale. **Sanità Scienza e Storia**, vol.1, p.3-26, 1989.

LOWN, B. **A arte perdida de curar**. São Paulo: JSN, 1997.

MARQUES FILHO, J. Relacionamento médico-paciente. **Rev. bras. reumatologia**, v.43, n.4, p.238-9, jul/ago, 2003.

MARTINS, M.C.F.N. **Relação profissional-paciente**: subsídios para profissionais de saúde. Psychiatry on line Brazil, 1997. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo/cezira.htm>> Acesso em: 28 abril 2004.

MONTE, F.Q. A ética na prática médica. **Rev. Bioética**, v.10, n.2, p.31-46, 2002.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática**: visão atual. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 1986.

NASCIMENTO JÚNIOR, P.G., GUIMARÃES, T.M.M. A relação médico paciente e seus aspectos psicodinâmicos. **Rev. Bioética**, v.11, n.1, p.101-114, 2003.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. **Rev. Bras. Clín. Terap.**, v.20, p.355-364, 1991.

NOTO, J.R.S. **A emergência da caracteropatia profissional da quinto ano médico**. Boletim de Psiquiatria, v.17, n.3, p.101-107, 1984.

OLIVEIRA, A. B. **A Evolução da Medicina; até o início do século XX**. São Paulo: Pioneira/Secretaria de Estado e Cultura, 1981.

PANASCO, W.L. **A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos**. Rio de Janeiro: Forense, 1979.

PARRY, R. **Psicoterapia básica**. Pamplona: Eunsa, 1992.

PEREIRA, M.G.A., AZEVEDO, E.S. A Relação Médico-Paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. **Rev. Assoc. Med Brás**, v.51, n.3, p. 153-7, 2005.

ROSEN, G., O lugar da história na educação médica. In **Da Polícia Médica à Medicina Social; ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

RUESCH, J. **Comunicación terapéutica**. Buenos Aires: Paidós, 1980.

SÁ, E. **A iatrogenia na relação médico-paciente**. v.11, n.2, 2000. Disponível em: <<http://www.msb.br/pro.ciencia/vol1num2/elida/elida.htm>> Acesso em: 13 abril 2004.

SANTOS, L.A **Instrumento de avaliação da qualidade dos cuidados físicos**: proposta fundamentada na administração por objetivos. Ribeirão Preto, 1986. 226p Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SCOTNEY, N. **Educação para a saúde**. São Paulo: Paulinas, 1981. p.19-38.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.

_____. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Rev. Bioética**, v.10, n.2, p.73-88, 2002.

_____. Qual a mensagem que quero transmitir quando cuido?. **Rev. Soc. bras. Cancerologia**, v.2, n.8, p.3-8, 1999.

SIQUEIRA, J.E. A arte perdida de cuidar. **Rev. Bioética**, v.10, n.2, p.89-106, 2002.

SOAR FILHO, E. J. A interação médico-cliente. **Rev. Ass. Med Brasil**, v.44, n.1, p.35-42, 1998.

SOARES, L. Avaliação da relação médico-paciente no atendimento ambulatorial de hospital universitário [**dissertação**]. Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia; 1997.

SPOERRI, T.H. **Compendio de Psiquiatria**. 2.ed. Barcelona: Toray, 1970. p.200-218.

BIBLIOGRAFIA

FAZENDA, I. et al. **Metodologia da pesquisa educacional**. 3.ed. São Paulo: Cortes, 1994.

GORDON, R. **A assustadora história da medicina**. 9.ed. Rio de Janeiro: Ediouro-Tecnoprint, 1996.

PINTO, Ricardo Figueiredo. **Metodologia Científica**. [2004]. 10 p. Notas de aula.

PORTO, C.C. **Semiologia Médica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

REVISTA BIOÉTICA. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 10, n. 2, 2002.

REVISTA BIOÉTICA. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 11, n.1, 2003.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO REFERENTE A PESQUISA: “RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: AVALIAÇÃO DO COMPROMISSO PROFISSIONAL MÉDICO NA VISÃO DO PACIENTE”.

Idade:.....

Sexo: () Masculino () Feminino.

Grau de instrução:

() Analfabeto.

() Ensino Médio.

() Ensino Fundamental.

() Ensino Superior.

Procedência: () Capital () Interior.

Atendimento: () primeira vez. () Retorno.

01) Tempo de duração da consulta:

() < que 10 min. () Entre 10 e 20 min. () >20 min.

02) O médico chamou você pelo nome durante a consulta ?

() Sim. () Não.

03) O médico cumprimentou você ?

() Sim. () Não.

04) O médico mostrou-se atencioso durante a consulta ?

() Sim. () Não.

05) O médico esclareceu suas dúvidas ?

() Sim. () Não.

06) Você sentiu-se à vontade com o profissional durante a consulta?

() Sim. () Não.

07) O médico realizou o exame físico ?

() Sim. () Não.

08) Em algum momento você sentiu-se constrangido(a) durante o exame físico ?

() Sim. () Não.

09) Se possível, você procuraria um outro profissional para ouvir uma outra avaliação clínica?

() Sim. () Não.

10) Indicaria este profissional a alguém?

() Sim. () Não.

ANEXO A

ANEXO B

Termo de Consentimento

Entendendo a relação médico-paciente como algo fundamental para um bom atendimento, a pesquisa “RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: AVALIAÇÃO DO COMPROMISSO PROFISSIONAL MÉDICO NA VISÃO DO PACIENTE”, se propõe a avaliar o compromisso profissional do médico através da identificação das principais queixas dos pacientes durante as consultas, listando sua prevalência.

Pelo presente **Termo de Consentimento**, declaro que fui informado(a) de forma clara, detalhada e por escrito, da justificativa, dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa citada acima.

Fui informado (a) ainda:

- a) Da liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- b) Da segurança de que não serei identificado (a) e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não estigmatização;
- c) Da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa;
- d) Da segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Nestes termos e considerando-me livre e esclarecido(a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Belém/PA: ____ / ____ / ____

Assinatura do participante

(OBS: o presente documento, em conformidade com a Res. n.º. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com os autores da pesquisa. Esta observação não deve constar no documento a ser entregue como termo de consentimento)