UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EMPREENDEDORISMO

Rosane Teresinha Bernardi

**A influência da comunicação médica nos níveis de satisfação dos pacientes:
um estudo de caso**

São Paulo

2019

Prof. Dr. Vahan Agopyan
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Fábio Frezatti
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Prof. Dr. Moacir de Miranda Oliveira Junior
Chefe do Departamento de Administração

Prof. Dr. Marcelo Caldeira Pedroso
Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Empreendedorismo

ROSANE TERESINHA BERNARDI

**A influência da comunicação médica nos níveis de satisfação dos pacientes:
um estudo de caso**

Versão original

Dissertação apresentada à Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Empreendedorismo.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme de Farias Shiraishi

São Paulo

2019

Ficha catalográfica
Elaborada pela Seção de Processamento Técnico do SBD/FEA
com os dados inseridos pelo(a) autor(a)

Bernardi, Rosane Teresinha

A influência da comunicação médica nos níveis de satisfação dos
Pacientes: um estudo de caso / Rosane Teresinha Bernardi. – São Paulo,
2019.

127 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2019.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme de Farias Shiraishi.

1. Medicina - Aspectos Administrativos. 2. Relação médico-paciente. 3. Comunicação
médico-paciente. 4. Comunicação empática em medicina. 5. Satisfação do paciente. I.
Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. II.
Título.

Nome: Bernardi, Rosane Teresinha

Título: A influência da comunicação médica nos níveis de satisfação dos pacientes: um estudo de caso

Dissertação apresentada à Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Empreendedorismo.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.	_____
Instituição	_____
Julgamento	_____

Prof. Dra.	_____
Instituição	_____
Julgamento	_____

Prof. Dr.	_____
Instituição	_____
Julgamento	_____

*Dedico esta dissertação aos meus filhos, Bruno e Julia,
como exemplo e estímulo para a contínua busca
de conhecimento ao longo da vida.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Guilherme de Farias Shiraishi, pela orientação no caminho acadêmico, pelas oportunidades de convívio e conhecimento do ambiente universitário, pelas conversas instigantes e pelo aprendizado e troca de conhecimentos para além desta dissertação.

AGRADECIMENTOS ADICIONAIS

Ao Prof. Dr. Martinho Isnard de Almeida, pelo contínuo incentivo e sugestões para desenvolvimento de aplicações práticas do conhecimento obtido com esta dissertação, atitude que me manteve firme no meu objetivo de concluir este trabalho.

Ao Dr. Ricardo Contesini Francisco, por apoiar a ideia do projeto, submetê-la ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, e a seguir me apresentar aos responsáveis pelas seções médicas onde a pesquisa de campo foi conduzida.

À Dra. Patrícia Smith, pela contribuição fundamental para a aprovação da pesquisa de campo junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

Ao Dr. Nabil Ghorayeb, chefe da seção médica de Cardiologia do Esporte, e à Dra. Adriana Bertolami, médica da seção de Dislipidemias, pela autorização para que a pesquisa de campo fosse feita nestes locais.

A todos os médicos residentes e pacientes que gentilmente cederam o seu tempo e participaram da pesquisa de campo.

Aos colegas e amigos da turma 4 do Mestrado Profissional em Empreendedorismo da Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo, cuja atitude para a busca de aprendizado e melhora contínua foram fonte de inspiração e de agradável convívio.

À sempre eficiente e prestativa secretária do Mestrado Profissional, Fabiana Caseiro, cuja participação tornou tudo mais fácil.

Ao Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, pela aprovação do projeto, e permissão para que a pesquisa de campo fosse conduzida em seus ambulatorios.

RESUMO

Bernardi, R. T. (2019). *A influência da comunicação médica nos níveis de satisfação dos pacientes: um estudo de caso* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo.

As alterações ocorridas no ambiente de prestação de serviços médicos nos últimos anos são profundas. Como em outras áreas profissionais, a pressão por produtividade, o aumento do volume de informações, a interferência de novas tecnologias, a elevação do custo dos serviços e a concomitante redução do orçamento das fontes pagadoras causam um profundo impacto na relação entre o profissional e seu cliente, o paciente. Esta relação é fundamental para uma boa evolução do tratamento, e para a satisfação e recomendação dos serviços por parte do paciente. Diante do cenário de mudanças sem precedentes nessa delicada relação, a presente dissertação teve por objetivo apresentar formas de aprimorar a relação médico-paciente através da melhora da comunicação entre ambos durante os instantes em que ocorre a interação entre eles, por ocasião da consulta. Para tanto, realizou-se uma revisão teórica e um trabalho de campo exploratório. Na bibliografia consultada, foram apresentados alguns fatores com impacto negativo no atual exercício da profissão médica junto ao paciente, e sua importância foi discutida. A revisão teórica também explorou as expectativas dos pacientes quanto ao atendimento, e o impacto de tais expectativas na percepção do paciente sobre o serviço recebido e no seu comportamento após o atendimento. Com base nos artigos pesquisados, foram apresentados alguns conceitos importantes para a melhora desta relação e da comunicação entre médico e paciente. O trabalho de campo foi realizado por meio de uma pesquisa exploratória e qualitativa, que utilizou como método o estudo de caso único com confrontação teórica. A organização estudada foi o Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, e a unidade de análise estudada foi o processo de comunicação médico-paciente dentro do contexto da organização, e seu impacto na satisfação dos pacientes atendidos. As evidências foram colhidas paralelamente junto a um grupo de médicos residentes e um grupo de pacientes. Em seguida, cada grupo teve suas evidências analisadas individualmente. Foi também realizada a comparação das evidências colhidas de ambos os grupos com a revisão teórica, e identificação dos *gaps*. Verificou-se que embora o atendimento no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia seja muito bem avaliado, a maioria de seus pacientes menciona a existência de graves problemas em outros centros de atendimento, relacionados à falta de comunicação empática durante a interação médico-paciente, com importantes consequências. Os médicos residentes, por sua vez, mencionaram vários fatores estressores com impacto para médicos, pacientes e seus familiares. A pesquisa concluiu que o paciente se sente satisfeito quando se sente acolhido, quando o médico olha nos seus olhos e fala o seu nome, quando percebe o interesse dele por seu estado de saúde, recebe atenção e informações honestas - adequadas ao seu nível de compreensão. Os conceitos e propostas apresentados na revisão teórica, bem como as conclusões obtidas com este trabalho, podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias e treinamentos práticos para os profissionais médicos desenvolverem uma abordagem mais empática com seus pacientes, aumentando o potencial terapêutico da interação. A pesquisa mostrou aplicação prática e impacto social, uma vez que corrobora para o efetivo aumento da intenção de adesão às recomendações médicas.

Palavras-chave: Comunicação médico-paciente. Relação médico-paciente. Comunicação empática em medicina. Satisfação do paciente.

ABSTRACT

Bernardi, R. T. (2019). *Medical communication on the of levels of patient satisfaction: a case study on its consequences* (Master's Dissertation). Faculty of Economics, Administration and Accounting, University of São Paulo, São Paulo.

Changes that have taken place in the medical service environment in recent years are profound. As in other professional areas, the pressure for productivity, the increase in the volume of information, the interference of new technologies, the increase in the cost of services and the concomitant reduction of the budget of paying sources have an essential impact on the relationship between the professional and his client, the patient. This relationship is fundamental for a good evolution of the treatment, and the satisfaction and recommendation of the services by the patient. Given the unprecedented scenario of changes in this delicate relationship, the present dissertation aimed to present ways of improving the doctor-patient relationship through better communication between both during the moments in which the interaction between them occurs. For that, a theoretical review and exploratory fieldwork were carried out. In the bibliography researched, some factors in the current medical profession exercise with a negative impact on patients were presented, and their importance was discussed. The theoretical review also explored patients' expectations regarding medical service, the impact of such expectations on the patient's perception of the service received, and their behavior after that. Based on the articles researched, we presented some important concepts for the improvement of this relationship and the communication between doctor and patient. The fieldwork was carried out through exploratory and qualitative research, which used a single case study method, with theoretical confrontation. The organization studied was Dante Pazzanese Institute of Cardiology, and the unit of analysis studied was the physician-patient communication process within the context of the organization, and its impact on the satisfaction of patients attended. Evidence was collected in parallel with a group of resident physicians and a group of patients. Then, each group had its evidence analyzed individually. The evidence collected from both groups were compared with the theoretical review, and gaps were identified. Although the medical care in Dante Pazzanese Institute of Cardiology is very well evaluated, most of its patients mention the existence of severe problems in other care centers, related to lack of empathic communication during doctor-patient interaction, with significant consequences. Resident physicians mentioned several stressors that had an impact on physicians, patients, and their families. The research concluded that the patient is satisfied when he feels welcomed, when the doctor looks into his eyes and speaks his name, when he realizes doctor's interest in his health, and receive honest information and attention - appropriate to his level of understanding. The concepts and proposals presented in the theoretical review, as well as the conclusions obtained with this work, can contribute to the development of strategies and practical training for medical professionals to develop a more empathic approach with their patients, increasing the therapeutic potential of the interaction. This research has practical applications and social impact, as it contributes to increase the intention to adhere to medical recommendations

Keywords: Medical-patient communication. Physician-patient relationship. Empathic communication in medicine. Patient satisfaction.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Escala de esgotamento profissional.....	21
Quadro 2 – Elementos essenciais da comunicação médico-paciente	43
Quadro 3 – Recomendações para uma efetiva comunicação com o paciente.....	48
Quadro 4 – Comportamento médico ideal, segundo os pacientes	51
Quadro 5 – Relação de conceitos e autores citados	100
Quadro 6 - Atitudes para a satisfação e recomendação dos serviços médicos.....	107

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	APRESENTAÇÃO DO TEMA E JUSTIFICATIVA	13
1.2	PROBLEMA DE PESQUISA	15
1.3	OBJETIVOS	15
1.3.1	Objetivo geral.....	15
1.3.2	Objetivos específicos	16
2	REVISÃO TEÓRICA	17
2.1	A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE SOB A PERSPECTIVA DO MÉDICO	17
2.1.1	O impacto da internet na relação médico-paciente	18
2.1.2	A necessidade de aprendizado contínuo.....	19
2.1.3	O impacto do burnout	20
2.1.4	A importância da resiliência	23
2.2	A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE SOB A PERSPECTIVA DO PACIENTE..	25
2.2.1	O paciente empoderado	27
2.3	EMPATIA E COMPORTAMENTO EMPÁTICO	28
2.3.1	Definindo a empatia.....	28
2.3.2	Os Benefícios da Empatia.....	29
2.3.3	Os Limites da Empatia.....	31
2.4	A EMPATIA NO CONTEXTO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	32
2.4.1	Barreiras para a prática da empatia em medicina.....	34
2.5	A COMUNICAÇÃO EMPÁTICA.....	37
2.5.1	O aprendizado da Comunicação Empática	41
2.5.2	Comunicação Empática e Satisfação do Paciente.....	47
3	MÉTODO DA PESQUISA DE CAMPO.....	53
3.1	TIPO DA PESQUISA.....	53
3.2	ESTRATÉGIA DA PESQUISA.....	53
3.3	UNIDADE DE ANÁLISE DA PESQUISA	54
3.4	PREPARAÇÃO, COLETA E ANÁLISE DA PESQUISA DE CAMPO	54
3.4.1	Preparação da pesquisa de campo	55
3.4.2	Coleta das informações	55

3.4.3 Análise das informações	55
4.1 CONTEXTO	57
4.2 MÉDICOS ENTREVISTADOS	57
4.2.1 Médico #1 – V.Q.V.....	58
4.2.3 Médico #3 – R.C.O.	61
4.2.4 Médico #4 – P.A.S.M.	63
4.2.5 Médico #5 – T.C.V.R.	64
4.2.6 Médico #6 – C.C.M.	66
4.2.7 Médico #7 - H.F.	67
4.2.8 Médico #8 – T.E.A.	69
4.2.9 Médico #9 – M.N.W.....	70
4.2.10 Médico #10 – I.R.T.....	73
4.3 PACIENTES ENTREVISTADOS	76
4.3.1 Paciente #1 M.A.C.....	76
4.3.2 Paciente #2 S.R.C.S.	77
4.3.3 Paciente #3 N.O.	79
4.3.4 Paciente #4 N.F.S.....	80
4.3.5 Paciente #5 V.M.S.	81
4.3.6 Paciente #6 M.N.F.	82
4.3.8 Paciente #8 A.T.....	85
4.3.9 Paciente #9 I.T.	86
4.3.10 Paciente #10 T.R.C.O.	87
4.3.11 Paciente #11 J.P.S.	88
4.4 DISCUSSÃO.....	89
4.4.1 Percepções dos residentes entrevistados sobre a relação médico-paciente.....	89
5. CONCLUSÃO.....	103
6. IMPLICAÇÕES PRÁTICAS.....	107
APÊNDICES	117
ANEXOS	122

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA E JUSTIFICATIVA

Nas últimas décadas, a medicina evoluiu exponencialmente na sua capacidade técnica de fazer diagnósticos e executar tratamentos, mudando a expectativa de vida dos pacientes ao melhorar e ampliar as opções de tratamento disponíveis.

Concomitantemente, o exercício da profissão médica vem se tornando mais complexo: há uma crescente necessidade de especialização e atualização contínua que, muitas vezes, estreita o foco e a atenção do profissional, além da necessidade de trabalhar em equipes multidisciplinares para um atendimento integrado ao paciente, que agora não está sob responsabilidade apenas de um profissional. A pressão pelo aumento da produtividade nos serviços de saúde tem diminuído o tempo de interação entre médicos e pacientes e contribuído, juntamente com os outros fatores descritos, para a elevação dos níveis de esgotamento profissional dos profissionais da saúde e, em particular, dos médicos (Lee, 2016).

Corroborando o cenário de mudanças na prática da medicina, a demanda por atualizações constantes dos médicos e as pressões sobre os custos de atendimento têm aumentado, embora outros fatores relevantes relacionados aos desfechos clínicos e à satisfação do paciente, sejam muitas vezes subestimados.

Dentre esses fatores, há aqueles não diretamente relacionados com o profissional médico, tais como o atendimento e a atenção do restante da equipe, bem como a pontualidade das consultas. Já os fatores diretamente relacionados com o médico incluem, além da percepção da competência técnica do profissional, a habilidade para abordar as preocupações e expectativas dos pacientes, a presença de comportamento empático e habilidades de comunicação. Nesse contexto, a empatia e a presença de componentes do comportamento empático, tais como uma boa comunicação na relação médico-paciente, merecem especial atenção, pois o desenvolvimento da empatia e de conexões emocionais são fatores fundamentais do cuidado médico, aumentando o potencial terapêutico da relação médico-paciente (Larson & Yao, 2005).

A preocupação com o bem-estar do paciente e o resgate dos valores éticos e humanísticos da profissão médica vêm sendo atualmente mencionados pelas principais diretrizes de formação médica. Essas habilidades de empatia e visão humanista demonstram

que não apenas competências técnicas são importantes para a formação profissional, mas também algumas competências cognitivas e emocionais (Paro, 2013).

Hojat et al. (2002a) definem a empatia na relação médico-paciente como um atributo que envolve a compreensão da experiência do paciente, combinada com a capacidade de comunicar essa compreensão para ele.

A comunicação, um dos componentes do comportamento empático, pode ser considerada também um dos principais componentes do serviço médico, e parece influenciar o bem-estar e alguns comportamentos dos pacientes, incluindo a adesão ao tratamento prescrito e a lembrança e compreensão das orientações, entre outras informações recebidas de seus médicos (Ong, Haes, Hoos, & Lammes, 1995).

Revisões feitas na literatura por Stewart et al. (1999) estabeleceram um efeito positivo da boa comunicação sobre o paciente, em aspectos como a melhora dos sintomas e de algumas medidas fisiológicas, como redução da dor e da ansiedade, entre outros. Por outro lado, conforme os autores, a comunicação inadequada é uma das principais causas da insatisfação, das reclamações e dos processos contra médicos em países como os Estados Unidos e o Canadá.

A insatisfação do paciente, além de repercutir de forma negativa, muitas vezes faz com que ele desista do tratamento, do médico, ou de ser tratado em um serviço específico, e também pode diminuir ou eliminar a probabilidade desse paciente recomendar tal profissional ou serviço para outro paciente (Gregório, 2009). Já a satisfação do paciente, quando presente, influencia o seu retorno ao consultório e a recomendação do profissional médico ou do serviço para outros pacientes (Hausman, 2004).

Uma vez que a prestação de serviços médicos ocorre em um ambiente em que há competição e disputa por clientes (pacientes), como em qualquer outro mercado, a melhoria da experiência do paciente, de sua satisfação e dos desfechos dos tratamentos recomendados devem ser vistas como um imperativo estratégico para os serviços médicos que não querem perder pacientes ou “*market share*” (Lee, 2016). No Brasil, segundo dados da demografia médica obtidos em 2018 (Scheffer et al., 2018), já são quase 30 000 vagas anuais disponíveis nas escolas de medicina do país e, em janeiro de 2018, existiam 452 801 médicos no Brasil. Nos últimos anos, a taxa de crescimento do número de médicos aumentou sistematicamente à uma velocidade muito acima da taxa de crescimento da população, levando a um constante aumento na razão médico/habitante. Essa população médica está distribuída de forma desigual pelo país, possui uma idade média de 45 anos, uma das menores do mundo e continua caindo. Em duas décadas (2004-2024), o crescimento previsto é de 200% no número de novos registros

de profissionais médicos. Concomitantemente, os pacientes estão hoje mais informados e exigentes (Eysenbach & Jadad, 2001), e progressos envolvendo a robótica e a inteligência artificial vêm sendo incorporados pela área médica sem nenhum limite aparente. Atividades que antes requeriam atenção de profissionais são executadas agora por sistemas, de forma muito mais produtiva, barata, rápida e com melhor qualidade (Susskind & Susskind, 2015).

A incorporação das novas tecnologias, aliada a um comportamento empático com esse novo paciente, podem trazer vantagens competitivas para os profissionais médicos, em um ambiente no qual a disputa por novos pacientes e a competitividade tendem a aumentar.

A boa comunicação, um dos componentes do comportamento empático, e sua influência na satisfação dos pacientes e médicos passa a ser o foco da presente pesquisa. Diante de um assunto extenso, complexo e multidisciplinar, a presente dissertação possui um escopo delimitado e inicial de parte desse tema, e se reflete no problema a ser respondido no próximo subitem. A pergunta a ser explorada busca melhor entender o “*gap*” existente entre a comunicação feita pelo médico durante uma consulta com seu paciente e a necessidade ou expectativa deste em relação a ela. Incluem-se aqui os aspectos determinantes de uma boa comunicação, imprescindível no contexto médico-paciente.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Como ocorre o processo de comunicação em um contexto de tratamento voltado para o bem-estar e satisfação do paciente? Diante da pergunta formulada, a presente dissertação tem como objetivo geral alcançar uma resposta alinhada ao questionamento dado, de modo científico. O objetivo geral e os específicos são declarados nos próximos subitens.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Indicar formas de comunicação médica no contexto de tratamento que atendam à satisfação e ao bem-estar do paciente.

1.3.2 Objetivos específicos

- A. Levantar os conceitos teóricos acerca da:
- relação médico-paciente sob ponto de vista do médico;
  - relação médico-paciente sob o ponto de vista do paciente;
  - empatia e do comportamento empático;
  - comunicação empática entre médico-paciente e de sua relação com a satisfação do paciente.
- B. Resumir estudos já realizados sobre as interações entre os conceitos: relacionamento médico-paciente, comunicação médico-paciente e satisfação do paciente;
- C. Descrever o contexto de atendimento voltado para a satisfação e bem-estar do paciente;
- D. Realizar um trabalho de campo para verificar as interações entre os conceitos descritos na revisão, e o contexto de uma situação real;
- E. Sintetizar quais são as melhores formas de praticar uma comunicação empática com os pacientes, no ambiente estudado.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE SOB A PERSPECTIVA DO MÉDICO

A busca por aumento de produtividade e outras pressões financeiras têm influenciado a forma como o atendimento médico vem sendo conduzido (Hausman, 2004). A necessidade de cortar custos, ou de aumentar o número de pacientes atendidos, sem necessariamente aumentar a capacidade instalada em uma determinada instituição, seja ela de origem pública ou privada, reduziu o tempo disponível para o atendimento médico e, conseqüentemente, o tempo de interação entre o médico e o paciente. As consultas tendem a se tornar cada vez mais rápidas, pois os médicos precisam aumentar o número de atendimentos diários, a fim de evitar que seus rendimentos caiam demais (Gregório, 2009).

A redução do tempo disponível para a interação médico-paciente é uma realidade mundial, mas certamente no Brasil o impacto é ainda maior no serviço público de saúde, no qual existe uma infraestrutura de serviços que, na maioria das vezes, não está adequada à demanda existente para eles. Essa situação pode, em alguns casos, reduzir dramaticamente o tempo da interação médico-paciente.

A busca pelo aumento da produtividade ou do número de consultas feitas em determinado período também afeta o segmento do atendimento médico realizado através de operadoras de saúde. O grande número de médicos e operadoras de saúde no mercado, associado à diminuição do número de atendimentos particulares, provocou uma redução do valor recebido por consulta (Gregório, 2009). Com valores tabelados para consultas e procedimentos cujos reembolsos nem sempre são atrativos, cria-se a necessidade de aumentar o número de atendimentos médicos, e, dessa forma, aumentar o rendimento dos profissionais médicos envolvidos.

Por fim, o atendimento médico feito no segmento privado, em que o paciente paga pela consulta diretamente ao profissional de medicina, é o menos afetado pela diminuição do período de interação, pois há mais tempo dedicado à consulta. Nesse segmento do atendimento, a satisfação do paciente, a sua lealdade ao médico e o ato de recomendar o profissional ou a instituição onde ele foi atendido, seja uma clínica ou hospital, toma dimensões bastante importantes do ponto de vista de rendimentos e resultados financeiros.

Nesse atual momento do atendimento médico, em que há competição por pacientes e pelo valor representado por eles, além de uma pressão por redução de custos, torna-se um

imperativo estratégico atender às suas necessidades da forma mais efetiva e eficiente possível (Lee, 2016).

2.1.1 O impacto da internet na relação médico-paciente

Um fator que vem alterando profundamente, e de forma permanente, a relação médico-paciente e a maneira de tratar doenças é o acesso sem precedentes do paciente à informação médica através da internet (Ball & Lillis, 2001). Embora esse não seja um fenômeno novo, uma vez que já vem crescendo há vários anos, os serviços médicos têm sido lentos em atender esta demanda por conveniência. Além disso, muitos médicos podem se sentir intimidados com a busca do paciente por algum controle e gerenciamento de seu tratamento e pela sua tentativa de fazer algumas escolhas próprias, como tratamentos alternativos, por exemplo.

Pacientes que utilizam a internet para buscar informações sobre o seu tratamento ou sintomas alteram de forma relevante a relação médico-paciente tradicional, conforme mostra a pesquisa apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Pesquisa feita entre médicos de família e enfermeiras sobre consultas com pacientes que possuíam informações sobre saúde extraídas da internet

Número e percentual de respostas positivas às questões abaixo	Médicos		Enfermeiras	
	n	%	n	%
O paciente participa mais ativamente de seu tratamento	65	78,3	26	83,9
O paciente possui expectativas mais altas	75	85,2	26	78,8
A informação era adequada	59	73,8	24	75,0
A duração da consulta é maior	68	77,3	24	72,7
Este paciente é desafiador e bem-vindo	46	55,4	24	72,7
A consulta é mais interativa do que o usual	43	50,6	22	68,8
O paciente interpreta corretamente a informação	38	44,7	19	59,4
O paciente é mais exigente	50	58,8	14	42,4

Fonte: adaptada de Eysenbach e Jadad (2001).

Segundo Pemberton e Goldblatt (1998, citados por Eysenbach & Jadad, 2001), os profissionais de saúde devem aprender a lidar com esse novo paciente mais informado. Essa situação já é frequente atualmente, sendo preciso, portanto, ensiná-los a buscar informações corretas em sites confiáveis, evitando vê-los como intrusos ameaçadores que passam dos limites. Os autores fazem algumas recomendações aos profissionais da saúde, ensinando-os a lidar com essa nova situação:

O que fazer:

- reagir de forma positiva à informação trazida pelo paciente;
- orientar o paciente quanto à variação na qualidade e confiabilidade das informações;
- explicar sobre as limitações de tempo que impedem o médico de ter conhecimento de tudo o que pode ser encontrado na internet;
- desenvolver uma estratégia para tomar conhecimento, antes da consulta, das informações encontradas pelo paciente (por exemplo, pedir para o paciente enviar suas dúvidas por e-mail);
- aceitar a informação do paciente como uma informação valiosa;
- aceitar que os pacientes possam encontrar informações valiosas desconhecidas.

O que não fazer:

- desdenhar ou ser paternalista com o paciente;
- depreciar os comentários feitos por outras pessoas;
- recusar-se a aceitar informações obtidas na internet;
- sentir-se ameaçado.

2.1.2 A necessidade de aprendizado contínuo

Concomitantemente ao crescimento da pressão por produtividade no atendimento médico e ao advento da internet na relação médico-paciente, outra consideração relevante se dá na demanda por constantes atualizações dos profissionais médicos. Segundo Lee (2016), durante os últimos 50 anos, particularmente, a pesquisa médica obteve avanços extraordinários; em contrapartida, porém, os profissionais estão cada vez mais especializados e focados, tornando-se superespecialistas trabalhando em equipes multidisciplinares de saúde que atendem ao mesmo paciente. Com isso, surge a necessidade de esses profissionais trabalharem em conjunto, o que inviabiliza uma abordagem mais holística em relação ao paciente por parte de um mesmo profissional. Há tanto mais para discutir agora com os pacientes, que uma conversa realmente esclarecedora pode demandar um tempo não disponível. A profissão médica demanda considerável soma de conhecimento especializado.

Os expressivos avanços da medicina neste século colocaram os tecnicismos em evidência, em detrimento das relações humanas (Paro, 2013). O exercício da profissão médica vem se tornando mais complexo, exigindo, portanto, mais tempo e dedicação. O intenso treinamento demandado atualmente para um profissional se tornar um bom médico, atualizado

com os últimos avanços da medicina, e a pesada carga de trabalho parecem diminuir a importância ou, até, não deixar tempo para o desenvolvimento de um comportamento empático para com o paciente, embora ele seja fundamental para o bom andamento do tratamento médico (Larson & Yao, 2005; Lee, 2016; Pemberton & Goldblatt, 1998, citados por Eysenbach & Jadad, 2001).

2.1.3 O impacto do *burnout*

A necessidade de atualização constante sobre extensos arsenais terapêuticos e novas possibilidades de diagnóstico, bem como a sobrevivência em ambientes cada vez mais competitivos, são fatores que ocasionam a fadiga do profissional e acentuam a crise na relação com o paciente. As mudanças ocorridas no exercício da profissão médica, como a necessidade de aumentar a produtividade e, em consequência, aumentar o número de pacientes atendidos, os altos custos da medicina hoje praticada e a constante necessidade de atualização médica são fatores que levam os profissionais, mesmo os mais dedicados e bem-intencionados, a se sentirem pressionados por eficiência e bons resultados, além de serem submetidos a outras pressões externas (Lee, 2016).

Essas mudanças elevaram os níveis de *stress* e tensão aos quais os profissionais da área da saúde estão expostos, facilitando o esgotamento profissional ou *burnout*. A conceituação do *burnout* surgiu da pesquisa sobre fatores estressores nas relações interpessoais no trabalho, pesquisa essa que culminou com o “Inventário de *burnout*”, de Maslach (Maslach et al., 2001), que define *burnout* como uma síndrome psicológica em resposta aos estressores emocionais interpessoais crônicos relacionados ao trabalho. Esse quadro abrange três dimensões: a) exaustão emocional; b) cinismo em relação ao cliente (paciente), e c) sentimentos de ineficácia em relação ao próprio trabalho pessoal. Como efeito resultante do *burnout*, muitos profissionais de saúde se sentem extremamente cansados em sua jornada diária e sem expectativas de fazer alguma diferença diante dos problemas dos pacientes (Lee, 2016).

O esgotamento profissional parece ser algo bastante frequente atualmente, embora possa variar substancialmente em diferentes serviços. Dados confiáveis apontam para a existência de esgotamento profissional em cerca de 25 - 60% dos médicos e enfermeiras, não sendo eles os únicos integrantes da equipe de saúde a reportarem esgotamento profissional (Lee, 2016).

Em um estudo publicado no *Journal of General Internal Medicine* (Dolan, Mohr, & Lempa, 2015), 5.404 profissionais de saúde foram questionados sobre o seu nível de

esgotamento profissional e solicitados a responder essa questão com base em uma escala com pontuação de 1 até 5, na qual uma maior pontuação implicaria em um maior nível de esgotamento, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 – Escala de esgotamento profissional

ESCALA DE ESGOTAMENTO PROFISSIONAL	
“Eu gosto do meu trabalho e não tenho sintomas de esgotamento profissional.”	1
“Ocasionalmente estou sob <i>stress</i> e nem sempre tenho tanta energia quanto já tive, porém não me sinto esgotado.”	2
“Me sinto realmente esgotado e tenho um ou mais sintomas de esgotamento profissional, como exaustão física e mental.”	3
“Os sintomas de esgotamento profissional que sinto não desaparecem. Me sinto muito frustrado no trabalho.”	4
“Me sinto completamente esgotado e frequentemente me pergunto se tenho condições de continuar. Estou em um ponto onde posso precisar de mudanças ou então, de algum tipo de ajuda.”	5

Fonte: adaptado de Lee (2016, p. 22).

Mais de 38% dos entrevistados foram classificados como portadores de algum nível de esgotamento profissional, uma vez que suas respostas apontaram para os itens 3, 4 ou 5 da escala.

O *burnout* pode surgir muito cedo para os profissionais que escolheram a carreira médica, já durante a residência médica ou mesmo antes (Nedrow, Steckler, & Hardman, 2013). Em um recente grande estudo conduzido pela *Mayo Clinic* em 7 hospitais-escola americanos, 53% dos estudantes de medicina já apresentavam sintomas de *burnout* (Dyrbye et al., 2013). Esse *burnout* relatado estava associado com condutas não profissionais e valores profissionais menos altruístas.

Esse não é, porém, o único impacto dos altos níveis de *burnout* na conduta profissional e pessoal dos profissionais médicos e estudantes de medicina. No aspecto pessoal, ele contribui para o surgimento de problemas de relacionamento, alcoolismo e aumento das taxas de suicídio e depressão entre esses profissionais (Shanafelt et al., 2011; Shanafelt & Noseworthy, 2017; Gabbard, Meninger, & Coyne, 1987). No campo profissional, estudos demonstram que o *burnout* médico influencia não somente a qualidade do serviço prestado, mas também a segurança e a satisfação do paciente (Firth-Cozens & Greenhalg, 1997; Haas et al., 2000).

Também foi identificado que o *burnout* afeta os hábitos prescritivos e a probabilidade de o paciente aderir ou não às recomendações médicas (Balch et al., 2011; DiMatteo et al., 1993).

No Brasil, dados recentes apontam para uma realidade semelhante (Schwartz, 2019). Em pesquisa feita com 1.838 médicos, de 28 diferentes especialidades, abordando o impacto do *burnout* em suas vidas, concluiu-se que, dentre os entrevistados, 26% disseram sofrer de *burnout*, 19% estavam deprimidos e 11% afirmaram sofrer de *burnout* e depressão. Quando deprimidos, os entrevistados afirmavam tornar-se menos atentos a informações sobre os pacientes (34%), menos engajados com eles (33%), menos amigáveis (29%) e se irritavam mais facilmente (20%). As principais razões que contribuem para o *burnout* seriam a baixa remuneração (50%), o excesso de trabalho (46%), o desrespeito por parte de chefes e empregados (44%) e por parte dos pacientes (33%).

Além de todas essas sérias consequências, o *burnout* médico também está relacionado com um maior *turnover* e menor nível de esforço profissional (Williams, E. S. et al., 2002; Shanafelt et al., 2014). Mesmo quando o médico não deixa o serviço, o *burnout* pode ter, potencialmente, um grande efeito em sua produtividade, na qualidade do atendimento e na satisfação do paciente atendido por ele (Shanafelt & Noseworthy, 2017).

Diante de tantos impactos negativos do *burnout* na performance profissional, na continuidade da carreira e nos cuidados com o paciente, parece óbvio compreender por que o bem-estar do profissional médico vem sendo, cada vez mais, proposto como um dos indicadores da qualidade dos serviços médicos prestados (Wallace, Lemaire, & Ghali, 2009).

Os profissionais médicos precisam cuidar deles próprios para que possam oferecer o melhor cuidado aos seus pacientes (Howe, Smajdor, & Stöckl, 2012). Infelizmente, hábitos de vida saudáveis, como prática de atividade física, sono reparador, alimentação saudável, entre outros, não são frequentes entre esses profissionais (Brennan & McGrady, 2015). Estudos demonstram que profissionais médicos, ao apresentarem *burnout*, vinham trabalhando de forma sub-ótima já há algum tempo (Firth-Cozens, 2001).

Diferentemente do que pensam muitas instituições médicas, o *burnout* não é apenas um problema individual, mas um problema sistêmico, no combate do qual as instituições possuem um importante papel (Shanafelt & Noseworthy, 2017). Esforços sistemáticos das organizações podem fazer uma grande diferença, com baixo custo. Há fortes razões para que as instituições médicas invistam nesses esforços, reduzindo o *burnout* médico e promovendo o engajamento desses profissionais – a antítese do *burnout* –, caracterizado pelo vigor, pela dedicação e pelo envolvimento com o trabalho.

2.1.4 A importância da resiliência

O conceito de resiliência médica está emergindo em resposta às crescentes evidências de um alto nível de *burnout* entre os profissionais médicos (Goldberg et al., 1996; Chopra, Sotile, & Sotile, 2004). Considerada um componente fundamental para o bem-estar desses profissionais (Brennan & McGrady, 2015), a resiliência médica foi definida por Epstein e Krasner (2013, p. 301) na revista *Academic Medicine* da seguinte forma: “Resiliência é a habilidade de um indivíduo responder ao *stress* de forma saudável e adaptativa, de forma que seus objetivos pessoais sejam atingidos com mínimo custo psicológico e físico”. (p. 301).

Várias outras definições de resiliência podem ser encontradas, como aquela que a define como um processo dinâmico de adaptação positiva em contexto de significativa adversidade (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000, citados por Barlach, 2005). Em seu estudo sobre a resiliência humana, Barlach (2005) apresenta uma nova proposição do termo resiliência:

A resiliência é a reconfiguração interna, pelo sujeito, de sua própria percepção e de sua atitude diante da vivência da condição da adversidade ou trauma, constituindo esta, a partir de então, fator de crescimento ou desenvolvimento pessoal. A resiliência é uma condição interna (não observável, a não ser em seus efeitos) constatada numa demanda de adaptação do indivíduo frente a uma situação excepcionalmente adversa, ou mesmo traumática, caracterizada por alto potencial destrutivo ou desintegrador das estruturas e recursos pessoais, da qual resulta o fortalecimento dessas estruturas, o crescimento pessoal, a confirmação de sua identidade, o desenvolvimento de novos recursos pessoais, constituindo-se numa reação que transcende os limites de um mero processo de adaptação. (p. 100).

No ambiente médico, extensivas evidências sugerem que as organizações e os locais da prática da profissão possuem um papel crítico em determinar se o médico permanece engajado ou terá *burnout* (Shanafelt & Noseworthy, 2017). Dadas as repercussões profissionais da satisfação e do *burnout* médico, as instituições de saúde devem se preocupar em cultivar o engajamento de seus médicos. Indivíduos resilientes não apenas se recuperam rapidamente de frustrações e desafios, mas também se fortalecem durante esse processo (Epstein, & Krasner, 2013), apresentam maiores níveis de bem-estar, proporcionam melhor atendimento aos pacientes e contribuem para um decréscimo geral dos custos do atendimento médico (Brennan & McGrady, 2015). A saúde dos médicos importa não apenas para eles próprios, mas também para seus pacientes (Zwack & Schweitzer, 2013).

Além disso, profissionais médicos que cultivam seu bem-estar e saúde física cometem menos erros (Walsh, 2013), algo responsável por gastos estimados em USD 19,5 bilhões no ano de 2008, nos Estados Unidos. Ensinar resiliência e formas de melhorar o bem-estar desses

profissionais pode ajudar a reduzir os enormes custos, bem como os custos de recrutamento de novos médicos pelas instituições e os custos causados pela diminuição da produtividade, uma vez que o *burnout* é altamente correlacionado com aumento das taxas de *turnover* entre médicos e queda da produtividade (Buchbinder, Wilson, Melick, & Powe, 2001; Shanafelt et al., 2014).

A resiliência parece ser um conceito importante a ser incorporado na educação médica, porém uma aplicação sistemática desse conceito no treinamento desses profissionais ainda não é algo frequente (Howe et al., 2012). Várias pesquisas e iniciativas vêm sendo conduzidas por pesquisadores da área, com resultados animadores.

Jensen, Trollope-Kumar, Waters e Everson (2008), ao focarem sua pesquisa na resiliência médica, entrevistando médicos com grande experiência clínica, concluíram que a resiliência é um processo dinâmico que se desenvolve ao longo do tempo, envolvendo atitudes positivas e efetivas diante da adversidade. Os autores identificaram quatro elementos dinâmicos na construção da resiliência médica:

1. **Atitudes e perspectivas** que incluem a valorização do papel do médico; manter-se interessado na carreira e aceitar suas demandas; desenvolver autoconsciência e aceitação das limitações pessoais.
2. **Equilíbrio e priorização do trabalho e da vida pessoal**, que envolve a definição de limites para o trabalho, a reserva de tempo para o lazer e a manutenção de relações sadias e construtivas.
3. **Gerenciamento da vida diária**, elemento em que vários contribuintes para a resiliência podem ser identificados, a despeito dos diferentes estilos de gerenciamento do dia a dia: organização eficiente; *staff* de apoio confiável e experiente; presença de grupos de apoio; comunicação assertiva com pares e pacientes.
4. **Relacionamentos positivos e capazes de proporcionar apoio**, tanto na esfera pessoal quanto na profissional, uma vez que são capazes de proteger contra o *stress* causado pelas práticas médicas e pelo tempo tomado por elas. Além disso, a comunicação efetiva com colegas e pacientes também é citada como fator que contribui para o desenvolvimento da resiliência.

Wald (2015) ressalta a importância da formação da identidade do profissional como parte da educação de médicos graduados ou ainda em formação. Considerando que a educação médica tem também a missão de desenvolver profissionais médicos com uma visão humanista e resiliente, os autores apresentaram algumas inovações pedagógicas em suas instituições nos Estados Unidos e no Canadá. Essas inovações envolviam a discussão de elementos-chave no

desenvolvimento da identidade do profissional médico, incluindo reflexões guiadas, a compreensão do papel das relações com colegas e professores, *mindfulness*, *feedback* adequado e criação de ambientes colaborativos de aprendizagem. A ideia é que essas inovações pedagógicas possam fazer uma contribuição no sentido de melhorar a qualidade do atendimento médico, da atitude resiliente e do desenvolvimento de profissionais médicos com atitude humanista.

2.2 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE SOB A PERSPECTIVA DO PACIENTE

Pacientes, de modo análogo a outros clientes, estão se tornando mais exigentes. Como a concorrência na área médica é grande, em muitas de suas especialidades, é provável que os consultórios e clínicas tenham que oferecer cada vez mais benefícios por um valor menor (Gregório, 2009).

Em uma revisão feita em 316 estudos publicados, Boquinen, Hack, Beaver e Williamson (2015) demonstraram que pacientes de diferentes segmentos do serviço médico possuem suas próprias expectativas com relação ao atendimento, que podem passar despercebidas por esses profissionais. Quando atendidas, essas expectativas afetam a percepção do paciente sobre a qualidade do serviço prestado e, conseqüentemente, sua satisfação com esse serviço. Nesta revisão, os autores encontraram fatores relacionados ao profissional médico, à equipe e ainda a diversos aspectos relacionados ao local de atendimento, potencialmente capazes de influenciar a avaliação feita pelos pacientes.

Adicionalmente, Rao, Weinberger e Kroenke (2000), em sua revisão feita em 23 estudos, mencionam que os pacientes esperam por informações mais do que por uma ação específica dos médicos, mas estes frequentemente não percebem essas expectativas. Os autores, assim como Boquinen et al. (2015), também identificaram que os pacientes chegam ao local de atendimento com várias expectativas relacionadas ao profissional médico, à equipe e ao local de atendimento. Zyzanski, Stange, Langa e Flocke (1998, citados por Stewart et al., 1999) encontraram uma associação entre duração da consulta médica, número de atendimentos diários e satisfação do paciente: médicos com alto volume de atendimentos diários tinham pacientes mais insatisfeitos, que reportaram menor atenção às suas respostas por parte do profissional, menor quantidade de informações recebidas de seus médicos e menor acompanhamento de seus problemas.

Pacientes querem médicos que trabalhem bem em equipe e compreendam suas preocupações; querem um atendimento coordenado e empático. Eles querem, também, confiar

em seus médicos e nas organizações onde eles trabalham, e os profissionais e instituições que atendem essas necessidades dos clientes (pacientes) possuem melhor chance de crescimento (Lee, 2016).

Nesse contexto, os pacientes definem como “bom médico” aquele considerado amigável, empático, educado, honesto, acessível e respeitoso. Eles valorizam profissionais tecnicamente preparados, que abordem suas preocupações, sejam acessíveis e se comuniquem de forma compreensível para eles (Bendapudi et al., 2006; Miles & Leinster, 2010 citados por Boquinen et al., 2015).

Outro aspecto que interfere na relação médico-paciente é o fato de que os médicos acreditam que os pacientes têm condições de entender suas orientações em um percentual muito maior do que realmente ocorre (Safeer & Keenan, 2005), e não sabem ao certo como identificar corretamente o nível dessa habilidade em seus pacientes. Por essa razão, subestimam a necessidade de dar informações simples e claras, que os façam compreender melhor sua condição de saúde e seu tratamento. Segundo os autores, a compreensão, em geral, é baixa. Nos Estados Unidos, a maioria dos pacientes com baixa capacidade de compreensão das informações médicas é incapaz de seguir corretamente uma prescrição que menciona ser preciso tomar uma medicação três vezes ao dia: a droga é tomada em intervalos ou quantidades erradas. A chance de que eles sigam a prescrição corretamente aumenta quando o intervalo de tempo entre uma dose e outra é esclarecido: “tomar a cada 8h”, em vez de “tomar três vezes ao dia”.

Outros autores (Williams, Davis, Parker, & Weiss, 2002) também apresentam informações importantes sobre a compreensão dos pacientes: eles compreendem melhor quando o médico fala devagar, usa palavras simples, acrescenta imagens e ilustrações, e apresenta uma quantidade restrita de informações em cada momento. Segundo esses autores, a maioria deles não admite suas dificuldades de compreensão; seu nível de escolaridade não reflete necessariamente sua capacidade de compreender informações médicas; os médicos devem pedir para o paciente repetir as informações, a fim de verificarem sua compreensão, e devem fazê-lo de forma gentil e respeitosa.

2.2.1 O paciente empoderado

O aumento das informações sobre saúde, disponíveis na internet, também têm alterado o comportamento e as expectativas dos pacientes de forma importante e permanente: empoderados pela forma como a internet reinventou o acesso à informação, esses consumidores de serviços médicos buscam na rede (Ball & Lillis, 2001):

- conveniência, pois estão cansados das exaustivas esperas por uma consulta médica e querem preservar seu tempo livre, suas horas de trabalho e, quando possível, seu dinheiro;
- controle, ainda que parcial, ao exercer um papel mais ativo sobre sua saúde e tratamento e,
- escolhas, pois se sentem menos intimidados pelas recomendações médicas e menos presos aos tratamentos convencionais; querem comparar alternativas e escolher com base na qualidade percebida por eles.

Com frequência, eles vão ao médico após pesquisarem sobre sua doença ou sintomas em sites não confiáveis, na internet. Em muitos casos, quando o tratamento recomendado pelo médico não coincide com aquilo que foi lido, surge, por parte do paciente, a desconfiança em relação à recomendação médica. Essa desconfiança pode levá-lo a buscar outro médico para confirmar o tratamento ou as informações obtidas na internet (Gregório, 2009).

Em seu livro *The Patient Will See You Now* (O Paciente vai vê-lo agora), Eric Topol (2015 citado por Kim, 2015) afirma que o poder migrará dos médicos para os pacientes, surgindo, assim, a “medicina centrada no paciente”. Nela, os pacientes serão capazes de gerar informações médicas usando seus próprios dispositivos eletrônicos e transmiti-las através de seus *smartphones*. Segundo o autor, esse aparelho pode ser uma das tecnologias mais rapidamente adotadas na história da humanidade. Exames de laboratório e de imagem, bem como outros dados médicos, serão armazenados nos *smartphones*, criando uma espécie de *big data* individual, à qual o paciente terá total acesso.

Atualmente, existe um crescente mercado de produtos relacionados à saúde sendo desenvolvidos para uso em *smartphones*: dispositivos, sistemas e *apps*, com variados graus de sofisticação (Susskind & Susskind, 2015). O FDA (*Food and Drug Administration*) americano estimou que cerca de 500 milhões de usuários de *smartphones* teriam um aplicativo de saúde instalado em seus aparelhos até 2015, número que triplicaria até 2018.

Essa era de informatização da saúde, que faz com que o paciente tenha um acesso sem precedentes às informações dessa ordem, contribui para que o paciente se torne mais participativo e envolvido com seu tratamento (Eysenbach & Jadad, 2001). Porém, o paciente

pode ter dificuldades para encontrar informações completas e adequadas por não possuir o conhecimento necessário para julgar sua qualidade. Trata-se de um fato bastante preocupante, pois pode afetar negativamente sua tomada de decisão (Diaz et al., 2002). Essa é uma das razões para a percepção negativa dos médicos acerca das informações médicas existentes na internet. Outra razão para isso é o desconforto desses profissionais ao lidarem com um cliente às vezes mais bem informado do que eles próprios sobre alguns aspectos da doença (Eysenbach & Jadad, 2001).

O comportamento do paciente, particularmente para aqueles que valorizam sua saúde, é influenciado pelo seu desejo de prevenir ou curar uma determinada doença e pela crença de que uma ação recomendada em relação a sua saúde vai prevenir ou melhorar esta doença ou condição (Janz & Becker, 1984). A percepção individual do risco causado pela doença, bem como a percepção de que uma intervenção pessoal possa reduzir esse risco, aliada a outras variáveis sociopsicológicas e estruturais dos pacientes, podem afetar a percepção de sua condição de saúde e, assim, influenciar suas atitudes.

2.3 EMPATIA E COMPORTAMENTO EMPÁTICO

2.3.1 Definindo a empatia

A origem da palavra empatia remonta à década de 1880, quando o psicólogo alemão Theodore Lipps cunhou o termo “*einfihlung*” (literalmente, “com sentimento”) para descrever a apreciação emocional dos sentimentos de outra pessoa (Hardee, 2003). A empatia também é descrita como o processo que leva um indivíduo a compreender a experiência subjetiva de uma pessoa, por meio da observação cuidadosa, enquanto mantém uma postura observadora (Zinn, 1993). Envolve uma curiosidade equilibrada que leva à uma compreensão mais profunda em relação ao outro (Hardee, 2003); é a capacidade de compreender a experiência de outra pessoa a partir de seu ponto de vista (Bellet & Maloney, 1991).

Ainda de forma mais simples, a empatia é a capacidade de “colocar-se no lugar do outro” (Hardee, 2003). Segundo a psiquiatra Alberta Szalita, da Columbia University (Szalita, 1976), a empatia seria também a consideração de um indivíduo pelos sentimentos de outra pessoa, aliada à uma prontidão deste indivíduo para responder aos sentimentos dessa pessoa sem, contudo, tomá-los para si.

Pesquisadores das emoções humanas geralmente definem empatia como a “capacidade de sentir as emoções de outras pessoas, juntamente com a capacidade de imaginar o que outra pessoa pode estar pensando ou sentindo”. Assim definida, a empatia é ainda classificada em diferentes tipos (Goleman, 2008):

- 1) A **“empatia afetiva ou emocional”**, que se refere às sensações e aos sentimentos recebidos em resposta às emoções dos outros, uma espécie de contágio emocional; isso pode incluir espelhar o que essa pessoa está sentindo, ou apenas a sensação de *stress* quando se percebe o medo ou a ansiedade de outra pessoa. A incapacidade em lidar com essas emoções pode causar angústia e aflição, e levar ao esgotamento ou *burnout*.
- 2) A **“empatia cognitiva”**, às vezes chamada de “tomada de perspectiva”, refere-se à capacidade de identificar e compreender as emoções de outras pessoas, bem como o que elas podem estar pensando. Esse tipo de empatia pode ajudar, por exemplo, em uma negociação ou na motivação de pessoas.
- 3) A **“empatia compassiva”**, ou “preocupação empática”. Com esse tipo de empatia, não apenas se pode compreender a situação de uma pessoa e se identificar com ela, mas também agir espontaneamente para ajudar, se necessário.

2.3.2 Os Benefícios da Empatia

A empatia é um componente crucial da experiência emocional e da interação social, e parece ter profundas raízes no cérebro (Bernhardt & Singer, 2012).

Sociólogos levantaram a hipótese de que a empatia provavelmente é essencial para a sobrevivência da espécie humana. Ela leva a cuidar de bebês e a ajudar outras pessoas através de soluções, por vezes, difíceis. Famílias, empresas e unidades militares funcionam melhor quando seus membros têm empatia um pelo outro. Como dois outros itens essenciais para a sobrevivência - comida e sexo - a empatia faz com que as pessoas se sintam bem (Lee, 2016).

Autores e educadores consideram a empatia e a comunicação empática uma habilidade capaz de ser ensinada e aprendida (Hardee, 2003), com benefícios tangíveis em várias áreas. Entre outros papéis importantes nos relacionamentos, a empatia é um componente-chave das relações humanas bem sucedidas (Block-Lerner, Adair, Plumb, Rhatigan, & Orsillo, 2007), pois maiores níveis de empatia permitem relações interpessoais mais significativas, uma vez que tornam as pessoas mais atentas para as necessidades e sentimentos delas próprias e também de outros. Essa característica as torna mais habilitadas a encontrarem pontos comuns com outras pessoas e a desenvolver maior intimidade em seus relacionamentos.

Além disso, pessoas com maiores níveis de empatia têm maior probabilidade de ajudar outras pessoas (Batson, Eklund, Chermok, Hoyt, & Ortiz, 2007) e de reduzir os níveis de preconceito e racismo (Todd, Bodenhausen, Richeson, & Galinsky, 2011). Isso porque essa característica permite avaliar situações a partir da perspectiva de indivíduos negros, por exemplo, reduzindo reações automáticas consideradas indicadoras de preconceito racial. Alguns estudos concluíram, também, que a empatia pode ser considerada “contagiosa”: ao aprender o que um grupo sente muita ou pouca empatia por outros indivíduos, os integrantes deste grupo têm suas respostas influenciadas, motivadas por essa observação (Nook, Ong, Morelli, Mitchell, & Zaki, 2016).

Altos níveis de empatia melhoram os resultados e o bem-estar dos integrantes das equipes de trabalho que possuem gerentes considerados empáticos, apresentando menos queixas, adoecendo com menos frequência e possuindo maior satisfação com o trabalho (Scott, Colquitt, Paddock, & Judge, 2010). A empatia está presente no coração da técnica de *design thinking*, da inovação, sendo ainda considerada uma habilidade-chave de liderança (Waytz, 2016). Vários estudos têm demonstrado que possuir boa habilidade de escuta é algo crítico para uma liderança efetiva, (Riordan, 2014). A escuta ativa, combinada com a empatia ou a tentativa de entender a perspectiva e o ponto de vista dos outros, definida como escuta empática, é a mais efetiva forma de escuta. Ainda segundo Riordan (2014), a escuta empática desenvolve confiança e respeito entre as partes, encoraja as pessoas a revelarem seus medos e angústias, facilita a troca de informações encorajando a solução compartilhada de problemas, e envolve vários comportamentos, tais como:

- a capacidade de reconhecer as dicas verbais e não-verbais da comunicação (expressões faciais, tons de voz, linguagem corporal, etc);
- a capacidade de processar a informação recebida, que envolve compreender a informação recebida e o acompanhamento dos pontos importantes da conversa;
- a capacidade de responder adequadamente, assegurando o interlocutor de que a mensagem foi compreendida e o encorajando a continuar.

2.3.3 Os Limites da Empatia

Adam Waytz (2016), ao escrever sobre a empatia, menciona que, embora essencial para gerenciar e liderar outros, precisa ter seus limites reconhecidos, e relaciona alguns dos principais problemas relacionados à prática da empatia. O primeiro deles é o fato de que a prática da empatia pode, em algum grau, consumir nossas reservas mentais, causando uma espécie de “fadiga emocional” e, em casos crônicos, pode levar gradualmente ao *burnout*. Esse problema pode ser observado em ambientes nos quais a empatia é uma das principais qualidades demandadas para a execução de um trabalho, como é o caso de profissionais da saúde e de pessoas que trabalham com caridade e obras sociais.

O segundo problema é que a empatia demandada em uma determinada situação parece diminuir as reservas de empatia disponíveis para outras situações que também a demandam: quanto mais empatia for demandada nas relações de trabalho, por exemplo, menos sobrá para ser usada em outras relações, como as relações familiares ou com amigos. Em casos extremos, a empatia praticada com colegas, amigos ou familiares, uma vez esgotada, pode levar a reações agressivas com outras pessoas.

O terceiro problema detectado por Waytz (2016) é o fato de que a empatia é capaz, em alguns casos, de alterar a visão ética de quem a pratica ao criar uma grande lealdade para com as pessoas com quem essa empatia é praticada. Essa situação cria um esforço no sentido de ver e sentir as coisas da mesma forma que as pessoas que recebem a empatia, levando o indivíduo a incorporar seus pontos de vista. Isso tornaria o empático mais propenso a flexibilizar julgamentos e aceitar atitudes incorretas por parte dessas pessoas. A empatia sentida por pessoas com as quais se tem relacionamento próximo pode alterar o senso geral de justiça.

Os limites para a empatia mencionados pelo autor são importantes e devem ser gerenciados. No ambiente de trabalho, Waytz (2016) sugere formas de mitigar os problemas mencionados:

- Ter focos preferenciais para a prática da empatia, a depender da função e das interações feitas por cada trabalhador: alguns podem ter como foco principal de sua empatia os clientes, enquanto outros trabalhadores teriam foco em outro grupo de *stakeholders*, o que deveria consumir menos recursos mentais desses funcionários.
- Cultivar um ambiente onde ocorre a busca por soluções integradas, no qual todos saiam ganhando, como forma de evitar conflitos insolúveis e, assim, o *burnout*.
- Criar pausas nas quais os trabalhadores possam cuidar de seus próprios assuntos e problemas faz com eles sintam mais empatia pelos outros. Quando as pessoas se sentem

recuperadas, elas relatam serem mais capazes de executar atividades mais exigentes e de responder adequadamente às necessidades alheias.

2.4 A EMPATIA NO CONTEXTO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Segundo Hojat et al. (2009), empatia no contexto da educação médica, e do cuidado com o paciente, pode ser assim definida:

Um atributo predominantemente cognitivo (em oposição a afetivo ou emocional) que envolve a compreensão (em oposição a sentir) das experiências, preocupações e perspectivas do paciente, combinada com a capacidade de comunicar esta compreensão. A intenção de ajudar, através da prevenção e alívio da dor e do sofrimento é uma característica adicional da empatia no contexto do tratamento do paciente (p. 1183).

De acordo com essa definição, o atributo-chave da empatia é a compreensão da experiência do paciente, e não o envolvimento emocional com ele. A afetividade seria um componente-chave da simpatia, mas não da empatia, nesse contexto (Hojat et al., 2002a). Há uma distinção clara entre a empatia (um atributo cognitivo) e a simpatia (um atributo emocional), com ênfase na comunicação da compreensão empática do paciente, de forma a obter melhores resultados (Glaser, Markham, Adler, MacManus, & Hojat, 2007). A empatia pode ser considerada a espinha dorsal de uma relação positiva entre médico e paciente, um importante elemento do profissionalismo em medicina e uma importante base para o desenvolvimento de uma relação médico-paciente positiva.

Ao analisar a empatia no contexto do atendimento médico, é importante destacar as sutis diferenças entre os conceitos de empatia, simpatia e pena. Wilmer (1968) resume essas três emoções, conforme segue:

- A empatia é um sentimento em que o médico compreende a situação e os sentimentos do paciente, sendo capaz de identificar-se com ele mas, ao mesmo tempo, mantendo uma certa distância. A comunicação empática que surge a partir dessa compreensão aumenta o potencial terapêutico da interação médico-paciente.
- A simpatia, por sua vez, ocorre quando o médico experimenta os sentimentos de seu paciente, como se ele mesmo fosse o protagonista da situação. A simpatia seria, então, uma forma de compartilhar sentimentos ou sofrimento.
- Por fim, o sentimento de pena descreve uma relação que separa médicos e pacientes. A pena é frequentemente condescendente e pode envolver sentimentos de superioridade e rejeição em relação ao paciente.

A empatia tem suas raízes na simpatia, mas é capaz de fazer mais: ela faz com que médicos tomem ações para mitigar os problemas e preocupações dos pacientes (Lee, 2016). No contexto médico-paciente, é importante distinguir claramente os dois conceitos. Segundo Hojat et al., (2009), um médico empático estaria mais preocupado em entender o tipo e a qualidade da experiência do paciente, enquanto um profissional simpático sentiria a intensidade e profundidade dessa experiência. Em excesso, a simpatia pode prejudicar a relação com o paciente, ao dificultar a neutralidade necessária para a correta tomada de decisões no contexto do tratamento médico. Enquanto a empatia pode ser utilizada por médicos habilitados para melhorar a comunicação e a qualidade dos serviços, a simpatia para com o paciente pode causar *stress* e exaustão emocional (Hardee, 2003). Portanto, o sofrimento compartilhado entre paciente e médico é algo que não deve existir.

Mesmo a empatia, em suas diferentes classificações (empatia cognitiva, emocional e a preocupação empática), deve ser racionalizada. Felizmente, o cuidado empático por parte dos médicos não precisa de todas elas (Lee, 2016): a empatia cognitiva é adequada na maioria das situações clínicas. Certamente, os pacientes estão mais interessados em que o médico entenda suas preocupações e problemas, do que em percebê-los sentindo as mesmas preocupações e receios.

A empatia é um dos principais componentes de uma relação médico-paciente satisfatória (Hojat et al., 2002b), e a prática da empatia consta como um objetivo essencial do aprendizado proposto pela *Association of American Medical Colleges* (AAMC) (Hojat et al., 2002b; Hojat et al., 2009; Stepien, & Baernstein, 2006). No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais, homologadas para os cursos de medicina em 2001, já apontavam habilidades desejáveis aos estudantes, que dependem do desenvolvimento de competências emocionais, entre elas, a empatia (Paro, 2013). Um crescente número de evidências sugere que médicos que melhoram sua capacidade de expressar empatia podem melhorar a saúde de seus pacientes e reduzir o risco de sofrerem processos jurídicos (Howick, Steinkopf, Ulyte, Roberts, & Meissner, 2017). Uma consulta médica bem-sucedida depende da habilidade do médico em compreender a relação entre ele e seu paciente, bem como o estado emocional desse paciente. Quando se sente compreendido pelo seu médico, um paciente possui maior propensão a aderir a suas recomendações (Brock, & Salinsky, 1993; Stepien, & Baernstein, 2006). Sentir-se compreendido faz, ainda, com que o paciente se sinta mais confiante e o encoraja a falar (Bellet & Maloney, 1991).

A empatia, ou comportamento empático, torna os pacientes mais participativos ao discutir seus sintomas e receios, o que facilita a coleta de informações médicas e, por sua vez,

permite um diagnóstico mais preciso, melhor tratamento, e aumento do potencial terapêutico da relação médico-paciente (Halpern, 2001 citado por Larson & Yao, 2005; Stepien & Baernstein, 2006). Bellet e Maloney (1991) afirmam que a empatia, usada como ferramenta de interação com o paciente durante a consulta, que é potencialmente o instrumento mais poderoso a serviço do diagnóstico médico, auxilia o profissional a compreender melhor o paciente e sua doença, sendo parte extremamente importante de uma comunicação efetiva. A empatia por parte do profissional médico parece influenciar de forma significativa a satisfação do paciente (Stepien & Baernstein, 2006). Segundo Ong et al. (1995), a relação médico-paciente é algo bastante complexo, pois envolve uma interação entre indivíduos em posições desiguais, de forma não voluntária, cujo contexto envolve aspectos de importância vital. Tal relação possui, desse modo, um importante componente emocional e requer cooperação de ambas as partes.

Não apenas os pacientes, mas também os médicos se beneficiam do comportamento empático. Por exemplo, uma boa comunicação que acalma um paciente, também ajuda o médico a diminuir sua própria ansiedade em relação a uma determinada situação. Além disso, médicos mais engajados no processo de desenvolvimento da empatia são mais eficientes e apresentam maior satisfação profissional (Larson & Yao, 2005).

Como habilidade, a empatia representa um dos domínios centrais da inteligência emocional, das habilidades sociais e de comunicação (Davis, 1996; Rocha, 2010; Schutte et al. (2001 citados por Paro, 2013); na relação médico-paciente, a comunicação e o estilo pessoal do profissional médico (otimista, sensível, acolhedor) são o principal foco (Larson & Yao, 2005). Contudo, trata-se de uma poderosa habilidade de comunicação que é frequentemente subutilizada e subentendida (Hardee, 2003). O uso apropriado da empatia como ferramenta de comunicação facilita a entrevista com o paciente, aumenta a eficiência e a confiabilidade da tomada de informações (Hardee, 2003, Bellet & Maloney, 1991) e honra o atendimento a esse paciente (Hardee, 2003).

2.4.1 Barreiras para a prática da empatia em medicina

Nos últimos anos, a medicina obteve avanços extraordinários no diagnóstico e tratamento de doenças. As taxas de mortalidade por ataques cardíacos caíram de 40% para cerca de 5%. Além disso, linfomas, outros tumores e doenças infecciosas (como hepatite C e AIDS) podem ser curados ou controlados com medicamentos, e testes genéticos são capazes de identificar a necessidade de tratamentos com grande precisão. Porém, a prática da profissão

médica tornou-se muito mais complexa atualmente: há muito para fazer e aprender. Por vezes, esse profissional precisa tornar-se superespecializado e trabalhar inserido em equipes multidisciplinares; o volume de informação e conhecimento que os médicos precisam conhecer é enorme e desafiador (Lee, 2016). As mudanças no exercício da profissão médica envolvem ainda altas cargas de trabalho em um ambiente tecnicamente exigente (Larson & Yao, 2005).

A relação médico-paciente vem sendo prejudicada, em anos recentes, por essas mudanças ocorridas na prática da profissão médica. Os muitos avanços tecnológicos dos últimos anos priorizaram a medicina baseada em evidências e uma abordagem mais técnica do paciente (Jeffrey, 2015). Muitos profissionais vêm sendo treinados para uma conduta do tipo “encontre e corrija” o problema do paciente (*find and fix it medicine*). Trata-se de uma abordagem na qual a empatia não é prioritária ou, por vezes, sequer é considerada (Hardee, 2003). Além disso, a maioria dos profissionais recebem uma educação insuficiente em relação aos aspectos emocionais que envolvem o atendimento médico (Larson & Yao, 2005). Diante da abundância de imagens e números disponíveis para avaliação médica, e de uma educação que os treina mais para serem cientistas, em vez de cuidadores ou profissionais da saúde (Spiro, 2009), os médicos por vezes priorizam a tela de seus computadores e os resultados de exames, em detrimento da escuta atenta e da troca de informações com os pacientes.

Porém, essas não são as únicas barreiras à prática da empatia na profissão médica atualmente. Hojat et al. (2009) conduziram um estudo longitudinal com o objetivo de examinar alterações nos níveis de empatia de estudantes de medicina ($n = 456$) ao longo do curso. O resultado do estudo demonstrou um significativo declínio da empatia por parte dos estudantes por volta do 3º ano do curso de medicina, corroborando informações de outros estudos empíricos e relatos médicos. Nesse estudo, embora houvesse declínio dos níveis de empatia para ambos os gêneros, mulheres apresentavam níveis de empatia consistentemente maiores do que homens. Diferenças também foram encontradas em diferentes especialidades médicas: estudantes com residência em “especialidades orientadas para pessoas”, tais como medicina da família, medicina interna, pediatria, psiquiatria, ginecologia e obstetrícia, apresentaram níveis de empatia maiores em todos os anos da faculdade, quando comparados com estudantes com residência em “especialidades orientadas para tecnologia”, como anestesiologia, patologia, cirurgia e ortopedia. Contudo, os estudantes dos dois grupos mencionados acima apresentavam uma significativa queda nos níveis de empatia a partir do terceiro ano da faculdade de medicina.

Os autores do estudo sugerem algumas razões para a perda da empatia durante os anos de estudo:

A erosão da empatia durante o curso de medicina pode ser atribuída à uma série de fatores, entre eles a falta de modelos a serem seguidos, grande volume de informações para aprender, pressão do tempo e outros fatores relacionados ao paciente e ao ambiente. Além disto, o gradual excesso de confiança em diagnósticos computadorizados e na tecnologia médica limita a percepção para a importância das interações humanas durante as consultas. Mudanças nos serviços médicos, voltadas para o mercado, com impacto na educação médica, combinadas com a crença de que estudos clínicos controlados são melhor caminho para o avanço da medicina, também podem levar à falsa ideia de que a empatia está fora do território da medicina baseada em evidências e portanto, não tem importância no treinamento médico ou na prática da medicina. (Hojat et al, 2009 p. 1188).

Moreto (2015) também encontrou uma erosão da dimensão afetiva da empatia durante o curso médico, em sua pesquisa feita em uma universidade privada de medicina, em São Paulo. A autora conclui que é necessário elaborar estratégias educacionais que devem levar em conta as emoções dos próprios estudantes, para que sejam capazes de contribuir para uma boa formação do futuro profissional médico.

Mattingly (citado por Jeffrey, 2015) sugere que, uma vez que a cultura médica não apoia de forma consistente a prática da empatia, torna-se fácil para os profissionais vê-la como algo desejável, porém não essencial para a prática da profissão. Muitos estudantes de medicina começam seu aprendizado com uma alta carga de empatia e vontade de ajudar os outros (Spiro, 2009), porém o foco em disciplinas técnicas e a exclusão do humanismo fazem-nos focar sua atenção nas doenças, e não nos pacientes que as possuem.

Muitos outros estudos têm demonstrado que a empatia diminui durante os anos de estudo da profissão (Lee, 2016) e, além das razões já mencionadas, o medo de sentir-se emocionalmente consumido pelos problemas dos pacientes pode provocar, nos profissionais e estudantes, um distanciamento emocional em relação ao paciente (Bayne, 2011), particularmente quando eles desconhecem as diferenças entre empatia e simpatia. Esse poderoso distanciamento pode protegê-los do *burnout*. Mas o perigo ocorre quando esse distanciamento leva à indiferença, e não a um atendimento médico bem balanceado (Goleman, 2008).

A falta de empatia também existe nos profissionais já formados (Lee, 2016), por razões semelhantes às aquelas já descritas. Os níveis de empatia demonstrados por médicos, de uma maneira geral, são considerados baixos quando comparados com padrões normativos, e altamente variáveis, muito embora os pacientes possam ter diferentes crenças sobre como definir um atendimento empático (Howick et al., 2017). Uma pesquisa informal feita com profissionais médicos revelou muitas crenças errôneas e preocupações em relação à empatia, identificadas nas frases abaixo (Hardee, 2003):

- “Não há tempo suficiente durante a consulta para ser empático”;

- “Não é algo relevante, eu estou ocupado focando no problema médico”;
- “Ser empático é emocionalmente exaustivo para mim”;
- “Eu não quero abrir esta caixa de Pandora”;
- “Eu não tive treinamento suficiente em comunicação empática” e,
- “Me preocupa pensar que, se eu usar toda a minha empatia no trabalho, não sobrá nada para minha família”.

Segundo Hardee (2003), a experiência demonstra que a empatia, além de facilitar a entrevista e a coleta de informações, não deve ser difícil ou emocionalmente exaustiva, e diferentemente da simpatia, não requer esforço emocional. Uma palavra ou gesto de empatia leva apenas um momento e pode ser um grande avanço no sentido de estabelecer *rapport*, construir uma relação positiva ou melhorar relações difíceis. Estudos demonstraram que, sem empatia, as consultas tendem durar mais e ser mais frustrantes para médicos e pacientes (Suchman, Markakis, Beckman, & Frankel, 1997; Levinson, Gorawara, & Lamb 2000, citados por Hardee, 2003).

A empatia pode ser aprendida e treinada, porém pode ser reduzida pela distração e pelo *stress*. Esses fatores, bem como a falta de treinamento médico em empatia, são os grandes obstáculos que os profissionais da medicina atualmente enfrentam para o desenvolvimento da prática da empatia (Lee, 2016).

2.5 A COMUNICAÇÃO EMPÁTICA

A comunicação pode ser considerada um dos componentes principais do atendimento médico e tem diferentes propósitos: criar uma boa relação interpessoal, trocar informações relevantes e tomar decisões relacionadas ao tratamento (Ong et al., 1995). Nos Estados Unidos, o *United States Accreditation Council for Graduate Medical Education* – ACGME) requer que os médicos residentes adquiram competências em seis grandes áreas: conhecimento médico propriamente dito, cuidados com pacientes, aprendizagem e crescimento baseados em experiência prática, habilidades interpessoais e de comunicação, utilização de sistemas de informações médicas e, por fim, o profissionalismo (Brennan & McGrady, 2015). Esses componentes incluídos no desenvolvimento do profissionalismo deixam claro que é esperado desses profissionais a capacidade de demonstrar responsividade às necessidades dos pacientes.

Ensinar aos médicos residentes como se comunicar com os pacientes de forma efetiva e atenta pode ajudá-los a lidar com situações profissionais difíceis.

Tanto a comunicação verbal como a não verbal podem ser consideradas elementos essenciais da relação médico-paciente. Assim, devido à importância desses componentes na educação médica, as habilidades de comunicação já vêm sendo incorporadas no treinamento médico nos Estados Unidos (Zolnieriek & DiMatteo, 2009). Vale destacar que, embora não seja o objeto desta pesquisa, a comunicação não verbal que envolve ações como olhar com atenção concordar com a cabeça, entre outras, possuindo um importante papel na interação médico-paciente. Se a mensagem verbal é ambígua, “dicas” não verbais se tornam importantes na interpretação do paciente sobre o que foi dito. Pacientes também se comunicam de forma não verbal e, se os médicos prestarem atenção a essa comunicação e a interpretarem corretamente, isso terá um impacto positivo na satisfação e adesão do paciente, o que sugere que treinamentos médicos em comunicação devem incluir o aspecto não verbal (Mast, 2007).

Embora existam sofisticados equipamentos a disposição do diagnóstico e tratamento, a comunicação é a principal ferramenta pela qual médicos e pacientes trocam informações (Ong, et al., 1995), e a boa relação médico-paciente está intimamente relacionada à comunicação. Uma boa comunicação significa que o médico escuta o paciente atentamente, compreende-o e transmite-lhe tal compreensão. Isso envolve a compreensão dos sintomas e valores do paciente, o impacto da doença em sua vida, família e trabalho, e outros fatores relacionados à sua saúde considerados importantes para ele (Macklin, 1993; Appelbaum, Lidz, & Meisel, 1987; Katz, 1984; Emanuel & Dubler, 1995).

Além disso, segundo Emanuel e Dubler (1995), os pacientes devem ser capazes de dizer ao médico quais informações eles querem ou não saber, e o médico, por sua vez, deve ser capaz de dar informações claras e compreensíveis sobre o diagnóstico, a doença e as opções de tratamento.

Os médicos são responsáveis, em média, por cerca de 60% da comunicação ocorrida durante uma consulta (Roter, 1989; Roter, Hall, & Katz, 1988), no entanto, Waitzkin (1984) menciona que os médicos gastam pouco tempo dando informações para o paciente: pouco mais de um minuto em consultas de cerca de vinte minutos.

Os problemas de comunicação mais frequentes relatados pelos pacientes são a inadequada explicação do diagnóstico e do tratamento, bem como a percepção, por parte deles, de que receberam uma quantidade inadequada de informação (Beckman, Markakis, Suchman, & Frankel, 1994). Além disso, é comum a leitura feita pelos pacientes de que eles ou suas

famílias não foram compreendidos, ou então foram ignorados, mal orientados, e desvalorizados (Stewart et al., 1999; Beckman et al., 1994).

Segundo Stewart et al. (1999), quando existente, a boa comunicação durante a interação médico-paciente está associada com a melhora de vários indicadores importantes de saúde, adesão e satisfação do paciente. Existem quatro componentes-chave na comunicação que parecem aumentar a adesão dos pacientes:

- a) troca de informações/educação do paciente;
- b) negociação das expectativas mútuas;
- c) participação ativa do paciente na interação;
- d) atitude afetiva positiva e empatia por parte do médico.

A adesão ao tratamento pode ser definida como o cumprimento do tratamento médico ou das recomendações preventivas prescritas pelo médico, tais como o uso de medicamento, frequência das consultas, exames, exercícios e dietas (Zolnierrek & DiMatteo, 2009). Ainda segundo estes autores, análises feitas em mais de 100 estudos demonstraram que a relação entre a adesão ao tratamento e a boa comunicação médica é fortemente positiva e significativa, e que a boa comunicação contribui para a compreensão da doença, bem como dos riscos e benefícios do tratamento. A frequência com que os pacientes seguem as recomendações dos profissionais médicos é um fator absolutamente importante no tratamento (Hausman, 2004).

A OMS - Organização Mundial da Saúde (Sabaté, 2003) define a adesão como um fenômeno multidimensional determinado pela inter-relação de várias causas, tais como: fatores socioeconômicos, fatores relacionados ao paciente, à doença e ao tratamento e, ainda, fatores relacionados à relação do paciente com o time de profissionais de saúde. Há, também, a influência daqueles fatores relacionados com o sistema de saúde, sua abrangência, estrutura, forma de reembolso, suporte e medicamentos disponíveis para os pacientes por meio dele. Entre os fatores relacionados ao paciente, podem-se citar as chances de sucesso percebidas por ele, a confiança no médico e o desejo de agradá-lo (Hausman, 2004). A não adesão é um comportamento explicado por alguns autores como uma falha dos médicos em envolver os pacientes em seu tratamento e em criar uma aliança terapêutica com eles (Bissell, May, & Noyce, 2004).

A não adesão às recomendações preventivas e de gerenciamento da doença pode atingir 25% dos pacientes. Para algumas doenças e circunstâncias específicas, a adesão pode ser tão baixa quanto 50% do total de pacientes (Zolnierrek & DiMatteo, 2009). Ong et al. (1995) também sustentam que 40-50% dos pacientes, em média, não serão aderentes ao tratamento.

Embora existam fortes evidências de uma relação positiva entre boa comunicação e adesão, alguns estudos não indicaram uma clara associação entre a relação médico-paciente e a subsequente adesão do paciente ao tratamento (Ong et al., 1995). Já vários outros estudos corroboram os achados de Zolnierek e DiMatteo (2009) e suportam a existência de uma conexão entre a relação médico-paciente e a adesão ao tratamento (Hughes, 2003; Levins, 1998, Loden & Schooler, 2000; Say e Thompson, 2003, citados por Hausman, 2004). A avaliação correta dos níveis de adesão é uma tarefa complexa e difícil. Não há métodos capazes de medir com precisão os verdadeiros níveis de adesão dos pacientes (Hughes et al., 2001, citado por Hausman, 2004).

Por fim, há outros desfechos clínicos que podem ser melhorados com uma boa comunicação médico-paciente. Stewart et al. (1999) em sua revisão da literatura, feita em 21 estudos publicados sobre a comunicação médico-paciente, demonstrou que, na maioria deles, uma correlação positiva foi encontrada entre comunicação a efetiva por parte dos médicos e a melhora de alguns aspectos relacionados à condição do paciente, tais como: a redução da ansiedade, resolução de sintomas, melhora do status funcional, redução da dor, melhora na medição de pressão arterial e glicemia, entre outros. Os autores identificaram, ainda, quatro dimensões da comunicação médico-paciente, existentes durante a anamnese e a discussão do tratamento, capazes de melhorar algumas condições importantes desses pacientes:

- a prestação de informações claras por parte do médico;
- a tomada de decisão compartilhada, com concordância mútua sobre a conduta do tratamento;
- demonstrações de empatia e,
- suporte por parte do médico.

Muitas dessas dimensões são similares àquelas já descritas e consideradas importantes para a adesão ao tratamento.

Stewart (1995) defende que aspectos psicológicos eram melhorados por meio de uma boa comunicação, e que médicos deveriam fazer perguntas relativas às preocupações, sentimentos, expectativas e compreensão dos problemas do paciente. A autora concluiu que os pacientes deveriam ser participantes ativos das decisões tomadas com relação ao tratamento. Outro aspecto importante encontrado nesta revisão (Stewart et al., 1999) foi a redução do risco de processos judiciais e reclamações contra médicos que apresentavam um estilo de

comunicação em que havia um maior número de orientações médicas e estímulo para os comentários dos pacientes (“*no claim physician*”).

Adicionalmente, Ong et al. (1995) reportaram outro importante desfecho positivo relacionado a uma boa comunicação médico-paciente: o aumento, por parte do paciente, da retenção da informação fornecida pelo médico. Isso contribui para minimizar o problema frequente do esquecimento de informações transmitidas ao paciente, pelo profissional.

2.5.1 O aprendizado da Comunicação Empática

A maneira como um médico se comunica com o seu paciente é tão importante quanto a informação que é comunicada (Travalline, Ruchinkas, & D’Alonzo, 2005). Quando feita da forma adequada, a comunicação médica produz um efeito terapêutico para o paciente, conforme validado por vários estudos clínicos. Embora seja claro que, para ser um bom médico, é necessário conhecimento e habilidades técnicas, é questionável se um profissional com habilidades e conhecimento técnico, porém sem algumas habilidades interpessoais necessárias para um bom relacionamento com seus pacientes, pode ainda ser considerado um bom médico (Bendapudi et al., 2006). O conhecimento técnico isoladamente não é suficiente para a educação e formação de profissionais competentes, eficientes e capazes de obter alto aproveitamento em sua profissão. A comunicação efetiva ajuda a decifrar o paciente e estimula a formação da necessária aliança com ele, capaz de produzir um atendimento otimizado (Shield, Tong, Tomas, & Besdine, 2011). Além disso, a comunicação empática é uma poderosa ferramenta, quando usada de forma apropriada durante a consulta médica, pois permite ao profissional ir além da história e dos sintomas dos pacientes, e incluir suas ideias, valores e sentimentos, criando benefícios tangíveis para ambos. A empatia e a comunicação empática já foram consideradas qualidades inatas, impossíveis de adquirir: ou alguém nascia com essa característica, ou não. Porém, hoje é consenso que tais habilidades são ensináveis e passíveis de serem aprendidas (Hardee, 2003), mensuradas e modificadas, não sendo mais um comportamento pessoal e imutável (Travalline et al., 2005).

Médicos necessitam de treinamento em comunicação para melhorar o seu atendimento (Shield et al., 2011). Em diversas escolas de medicina, treinamentos formais em comunicação vêm sendo criados para os estudantes e médicos recém-formados (Travalline et al., 2005), e as ótimas avaliações de alguns treinamentos, feitas pelos estudantes, demonstram a importância que atribuem a esse aprendizado na sua formação profissional (Shield et al., 2011). Porém, as

habilidades de comunicação dos profissionais já formados e que estão no mercado trabalhando intensamente continua deficiente, e seu aprendizado é ainda necessário (Travaline et al., 2005).

A empatia é a base para vários modelos de comunicação empática já desenvolvidos (Hardee, 2003), e não é necessário que os profissionais médicos sejam *experts* em entender a mente humana. Segundo Hardee (2003), basta estar atento às oportunidades para praticar a empatia, na medida em que elas aparecem durante a consulta, direta ou indiretamente, a partir das emoções expressas pelos pacientes, que criam oportunidades para respostas empáticas por parte de seus médicos, tais como: “Como você se sentiu nessa situação?”, “Fale-me mais sobre isso...”, “Deixe-me ver se eu entendi direito...”, “Como tem sido lidar com a sua condição?”, “Eu imagino que isso deve ter sido...”, entre outras frases semelhantes. Muitas vezes, porém, os médicos perdem essas oportunidades (muito embora os pacientes possam oferecê-las repetidamente durante a consulta), por estarem envolvidos especificamente com o problema de saúde, o que pode causar frustração nos pacientes.

Entre várias iniciativas, *guidelines* e recomendações sobre comunicação médico-paciente, o *Kalamazoo Consensus Statement* (Makoul, Brunett, Campbell, & Cole-Kelly, 2001), criado em conjunto por 21 representantes de grandes organizações e escolas médicas, delineou um conjunto de elementos essenciais na comunicação médico-paciente, para facilitar a implementação e avaliação de programas de comunicação nas escolas médicas, bem como determinar conceitos e atitudes relevantes sobre o assunto. O grupo concluiu que existem sete elementos essenciais ou momentos em uma boa comunicação médico-paciente, que constam também no quadro 2:

- Desenvolver uma relação com o paciente: elemento de fundamental importância não apenas para melhorar a abordagem com paciente, mas também com sua família e cuidadores. É uma tarefa contínua que suporta todos os outros elementos a seguir;
- Abrir a discussão: permitir que ele complete suas afirmações iniciais e apresente todas as suas preocupações; estabelecer e manter uma conexão com ele;
- Obter Informações: usar perguntas abertas e fechadas de forma apropriada, esclarecer, estruturar e resumir informações; praticar escuta ativa usando técnicas não verbais (olhar nos olhos) e verbais (encorajar o paciente a trazer informações relevantes);
- Compreender a perspectiva do paciente: explorar fatores contextuais (por exemplo: família, cultura, idade), crenças, preocupações e expectativas sobre sua saúde e doença; reconhecer e responder às ideias, sentimentos e valores do paciente;

- Compartilhar informações: usar linguagem compreensível para o paciente, verificar sua compreensão, encorajar perguntas;
- Obter consenso: encorajar o paciente a participar de decisões relativas à sua saúde, avaliar a intenção do paciente e sua capacidade seguir as recomendações, identificar suas possíveis fontes de suporte e,
- Encerrar a consulta: indagar sobre outras dúvidas, resumir o plano de tratamento e confirmar a concordância de ambos, discutir o *follow up* (próxima consulta, exames, etc.).

Quadro 2 – Elementos essenciais da comunicação médico-paciente

Desenvolver uma relação com o paciente	Elemento de fundamental importância não apenas para melhorar a abordagem com paciente, mas também com sua família e cuidadores. É uma tarefa contínua que suporta todos os outros elementos a seguir.
Abrir a discussão	Permitir que ele complete suas afirmações iniciais e apresente todos as suas preocupações; estabelecer e manter uma conexão com ele.
Obter informações	Usar perguntas abertas e fechadas de forma apropriada, esclarecer, estruturar e resumir informações; praticar escuta ativa usando técnicas não verbais (olhar nos olhos) e verbais (encorajar o paciente a trazer informações relevantes).
Compreender a perspectiva do paciente	Explorar fatores contextuais como família, cultura, idade, crenças, preocupações e expectativas sobre sua saúde e doença; reconhecer e responder às ideias, sentimentos e valores do paciente.
Compartilhar informações	Usar linguagem compreensível para o paciente, verificar sua compreensão, encorajar perguntas.
Obter consenso	Encorajar o paciente a participar de decisões relativas à sua saúde, avaliar a intenção do paciente e sua capacidade seguir as recomendações, identificar suas possíveis fontes de suporte.
Encerrar a consulta	Indagar sobre outras dúvidas, resumir o plano de tratamento e confirmar a concordância de ambos, discutir o <i>follow up</i> (próxima consulta, exames, etc.).

Fonte: adaptado de Makoul et al. (2001, p. 391).

Diferentes técnicas para o ensino da comunicação médico-paciente podem ser usadas, incluindo o uso de vídeos que caracterizam exemplos de comunicação correta e incorreta com pacientes, anotando as falhas em *checklists* desenvolvidos para esse propósito; discussão em grandes ou pequenos grupos baseados nestes *checklists*, e *roll plays* com estudantes são algumas das técnicas que foram bem avaliadas (Shield et al., 2011); em outras técnicas, alguns elementos de uma comunicação efetiva, como recepcionar o paciente de forma calorosa, prestar atenção nele e permitir que ele se expresse, olhar nos seus olhos, e fazer perguntas de *follow up*

devem ser discutidos e comparados com elementos que compõem uma comunicação parcialmente efetiva, como agir de forma indiferente com o paciente; ignorar suas preocupações ou interrompê-lo; distrair-se e apresentar linguagem corporal inadequada.

Não apenas estudantes de medicina devem estar atentos à necessidade de uma correta comunicação com o seu paciente: médicos já formados, que encontram diariamente barreiras para a prática da comunicação (interferência da tecnologia e das informações atualmente disponíveis ao paciente, pouco tempo para a interação com ele, entre outros fatores), não podem negligenciar a importância das habilidades de comunicação (Travalline et al., 2005):

Durante os 15-20 minutos típicos de duração de uma consulta, o médico faz sutis e variadas escolhas com relação às suas palavras, perguntas, silêncio, tom de voz e expressões faciais. Estas escolhas podem aumentar ou diminuir a excelência do seu atendimento (p. 13).

Travalline et al. (2005) relacionam uma série de recomendações para obter e fortalecer uma efetiva comunicação com o paciente:

- Avaliar o que o paciente já sabe: muitas vezes, outros médicos já deram informações sobre a condição do paciente, que podem confundir-lo e alterar sua percepção quando uma nova informação médica é apresentada.
- Avaliar o que o paciente quer: nem todos os pacientes querem o mesmo nível de informação, e o médico deve avaliar até onde chegar com as informações, bem como o quanto o paciente é capaz de compreendê-las. Um sinal claro de que o paciente está entendendo as informações é a natureza de suas perguntas. Se a pergunta reflete compreensão da informação apresentada, o médico pode se aprofundar um pouco mais. Se a pergunta demonstra confusão, é melhor voltar a um nível mais básico. Se o paciente não faz perguntas ou está desconfortável, o médico deve interromper a explicação e perguntar ao paciente qual o nível de informação ele quer receber, e ajustar suas explicações de acordo.
- Ser empático: a satisfação dos pacientes é aumentada quando seus médicos reconhecem suas emoções. Médicos que reconhecem as emoções tendem a ser vistos por eles como mais afetivos e carinhosos.
- Desacelerar: dar informações de forma lenta, com pausas frequentes, facilita a compreensão de novas informações e permite a elaboração de perguntas, que podem ser usadas para fornecer mais algumas informações e, assim, aumentar a compreensão do paciente. Em situações envolvendo más notícias, a simples pausa após a má notícia pode

ajudar o paciente e familiares a entender completamente a situação. Nesses casos, permitir tempo para o silêncio, lágrimas e perguntas é essencial.

- Simplificar: é preciso evitar longos monólogos em frente ao paciente, mantendo frases curtas, claras e simples. É importante sempre verificar a compreensão do paciente, qual o nível de informação ele quer receber e prevenir o uso de palavras técnicas, especialmente com os pacientes mais velhos.
- Falar a verdade: é importante ser confiável e não minimizar o impacto daquilo que é preciso ser dito. Eufemismos podem suavizar más notícias e criar enganos e confusão.
- Dar esperança: a importância de falar a verdade deve ser sempre mantida, porém em situações graves, como a de morte iminente, ser capaz de prometer aos familiares a redução da dor e desconforto do paciente é algo que possui valor real para eles.
- Observar a linguagem corporal e expressão facial do paciente: a comunicação não verbal que ocorre durante uma consulta provavelmente será lembrada por mais tempo do que a linguagem verbal. A expressão facial do paciente é uma boa indicação de preocupação, ansiedade e tristeza. Médicos que respondem a esses sinais provavelmente impactarão mais os seus pacientes do que aqueles que se limitam aos fatos, e seus pacientes ficarão mais satisfeitos com eles. A linguagem facial e corporal do médico também “fala” com o paciente e, portanto, ele deve estar atento à sua própria linguagem corporal.
- Estar preparado para uma reação: pacientes variam em suas reações. Alguns agirão de maneira estoica às más notícias, o que não deve ser interpretado como indiferença. O *stress* desses pacientes pode surgir na forma de um aumento dos sintomas físicos por exemplo. Por outro lado, alguns pacientes reagem às más notícias com choro, negação e raiva. Uma pequena parte dos pacientes, com dificuldades em desenvolver uma relação de confiança com seus médicos, pode reagir com desconfiança, raiva e acusações. É importante estar preparado para todos esses cenários e permitir que as reações sejam exteriorizadas, e simplesmente escutar. A linguagem corporal pode ser crucial para demonstrar preocupação empática.

As observações feitas por esses autores estão reproduzidas no quadro 3.

Quadro 3 – Recomendações práticas para obter e fortalecer uma efetiva comunicação com o paciente

Recomendações práticas para obter e fortalecer uma efetiva comunicação com o paciente
1. Avaliar o que o paciente já sabe   Muitas vezes, outros médicos já deram informações sobre a condição do paciente, que podem confundir-lo e alterar sua percepção quando uma nova informação médica é apresentada.
2. Avaliar o que o paciente quer saber   Nem todos os pacientes querem o mesmo nível de informação, e o médico deve avaliar até onde chegar com as informações, bem como o quanto o paciente é capaz de compreendê-las. Um sinal claro de que o paciente está entendendo as informações é a natureza de suas perguntas. Se a pergunta reflete compreensão da informação apresentada, o médico pode se aprofundar um pouco mais. Se a pergunta demonstra confusão, é melhor voltar a um nível mais básico. Se o paciente não faz perguntas ou está desconfortável, o médico deve interromper a explicação e perguntar ao paciente qual o nível de informação ele quer receber, e ajustar suas explicações de acordo.
3. Ser empático   A satisfação dos pacientes é aumentada quando seus médicos reconhecem suas emoções. Médicos que reconhecem as emoções tendem a ser vistos por eles como mais afetivos e carinhosos.
4. Desacelerar   Dar informações de forma lenta, com pausas frequentes, facilita a compreensão de novas informações e permite a elaboração de perguntas, que podem ser usadas para fornecer mais algumas informações e, assim, aumentar a compreensão do paciente. Em situações envolvendo más notícias, a simples pausa após a má notícia pode ajudar o paciente e familiares a entender completamente a situação. Nesses casos, permitir tempo para o silêncio, lágrimas e perguntas é essencial.
5. Simplificar   É preciso evitar longos monólogos em frente ao paciente, mantendo frases curtas, claras e simples. É importante sempre verificar a compreensão do paciente, qual o nível de informação ele quer receber, e prevenir o uso de palavras técnicas, especialmente com os pacientes mais velhos.
6. Falar a verdade   É importante ser confiável e não minimizar o impacto daquilo que é preciso ser dito. Eufemismos podem suavizar más notícias e criar enganos e confusão.
7. Dar esperança   A importância de falar a verdade deve ser sempre mantida, porém em situações graves, como a de morte iminente, ser capaz de prometer aos familiares a redução da dor e desconforto do paciente é algo que possui valor real para eles.
8. Observar a linguagem corporal e expressão facial do paciente   A comunicação não verbal que ocorre durante uma consulta provavelmente será lembrada por mais tempo do que a linguagem verbal. A expressão facial do paciente é uma boa indicação de preocupação, ansiedade e tristeza. Médicos que respondem a esses sinais provavelmente impactarão mais os seus pacientes do que aqueles que se limitam aos fatos, e seus pacientes ficarão mais satisfeitos com eles. A linguagem facial e corporal do médico também “fala” com o paciente e, portanto, ele deve estar atento à sua própria linguagem corporal.
9. Estar preparado para uma reação   Pacientes variam em suas reações. Alguns agirão de maneira estoica às más notícias, o que não deve ser interpretado como indiferença. O <i>stress</i> desses pacientes pode surgir na forma de um aumento dos sintomas físicos por exemplo. Por outro lado, alguns pacientes reagem às más notícias com choro, negação e raiva. Uma pequena parte dos pacientes, com dificuldades em desenvolver uma relação de confiança com seus médicos, pode reagir desconfiança, raiva e acusações. É importante estar preparado para todos estes cenários e permitir que as reações sejam exteriorizadas, e simplesmente escutar. A linguagem corporal pode ser crucial para demonstrar preocupação empática.

Fonte: adaptado de Travaline et al. (2005, pp. 15-16-17).

Adicionalmente, Travaline et al. (2005) listam as armadilhas a serem evitadas no dia-a-dia:

- O uso de linguagem técnica e jargões médicos;
- Não demonstrar preocupação com os problemas apresentados;
- Não parar para escutar o paciente;
- Não verificar se o paciente compreendeu as informações apresentadas;
- Fazer uma abordagem impessoal ou apática;
- Não estar suficientemente disponível para o paciente.

Após tais recomendações, os autores concluem:

Em grande escala estas escolhas são conscientes, e podem ser aprendidas e customizadas para os pacientes, em situações clínicas particulares. Evitar armadilhas de comunicação, e refinar as habilidades básicas previamente sugeridas, pode ajudar a fortalecer os laços entre médicos e pacientes, que ambos acreditam estar faltando (p.17).

2.5.2 Comunicação Empática e Satisfação do Paciente

Boquinen et al. (2015) em sua revisão de 316 artigos, buscando compreender como a satisfação dos pacientes pode ser definida e medida, revelaram cinco grandes atributos frequentemente relacionados a essa questão:

1. atributos de comunicação, envolvendo habilidades de escuta e transmissão de informações de forma compreensível ao paciente;
2. atributos de relacionamento, em que o profissional demonstra empatia, respeito e cortesia, gerando confiança e a percepção, por parte do paciente, de ter sido compreendido e respeitado;
3. atributos técnicos, relacionados à percepção de que o profissional possui conhecimento científico e preparo técnico;
4. atributos pessoais, que levam em consideração qualidades “humanas”, como sensibilidade e compaixão, e preocupação em cuidar do paciente;
5. atributos relacionados à percepção de disponibilidade e acessibilidade do profissional, que envolvem o tempo de interação com o paciente e o acesso ao médico, quando necessário.

Atualmente, as taxas de satisfação dos pacientes são importantes indicadores da eficácia, qualidade e adequação dos serviços médicos (Freeman, 2002; Squires, 2012; Walker,

2006, citados por Boquiren et al., 2015). A satisfação do paciente depende grandemente de sua expectativa em relação ao atendimento médico. Nesse sentido, a consciência do médico sobre tal expectativa durante as consultas é vital para obter uma comunicação efetiva (Stewart et al., 1999). Algumas evidências sugerem que pacientes que encontram, em suas interações com seus médicos, alguns componentes sociais esperados por eles, como confiança, preocupação por parte do médico, boa comunicação, atenção e cortesia, se sentirão mais satisfeitos com o atendimento e julgarão melhor sua interação com os médicos quando esses componentes sociais estiverem presentes (Bogart, Bird, Walt, Delahanty, & Figler, 2004).

Woolley, Kane, Hughes e Wright (1978), ao estudarem os efeitos da comunicação na satisfação do paciente e nos desfechos do tratamento, mencionam que um grande número de pacientes, cerca 65%, reportaram estar satisfeitos com o atendimento médico, embora o desfecho do tratamento não tenha sido considerado bom. Um dos motivos apresentados pelo autor para justificar esse resultado, aparentemente discordante, seria o fato de que a satisfação do paciente poderia ser, na verdade, a expressão de uma avaliação geral de aspectos interpessoais ocorridos durante a consulta. A percepção do paciente de que o médico fez o seu melhor e a crença de que o médico se preocupa com ele poderiam, portanto, elevar os níveis de satisfação do paciente, a despeito do resultado final do tratamento. Nesse contexto, segundo o autor, a percepção do paciente com relação ao médico será mais positiva quando ele perceber algum esforço por parte do profissional no sentido de dar explicações, mesmo que elas não sejam totalmente compreendidas.

Porém, a insatisfação dos pacientes com a informação recebida dos médicos é frequente. O percentual médio de insatisfação reportado por pacientes hospitalares, por exemplo, é de 38%. Além disso, na maioria das consultas, os médicos tendem a subestimar o desejo do paciente por informações (Ong et al., 1995). Outro aspecto relevante, conforme já mencionado, diz respeito a estudos americanos que apontam que as principais razões para reclamações e processos movidos por pacientes contra seus médicos estão relacionadas com a sua insatisfação com a forma como foram tratados e com a comunicação entre eles e seus médicos (Stewart et al., 1999; Beckman et al., 1994). Pacientes insatisfeitos não retornam ao consultório (Hausman, 2004) e podem fazer comentários negativos sobre o serviço ou o profissional para outros pacientes (Gregório, 2009).

A confiança no profissional médico é uma variável extremamente importante mas, mesmo havendo confiança na qualificação técnica do profissional, a taxa de recomendação de seus serviços pode diminuir se não houver a percepção, por parte do paciente, de que a equipe

médica trabalha unida em prol de sua saúde, ou de que a equipe não demonstrou preocupação com a sua condição de saúde. Pacientes querem médicos nos quais possam confiar, que trabalhem bem juntos, e que compreendam seus problemas e preocupações (Lee, 2016).

A boa interação entre médico e paciente é, portanto, um fator determinante da satisfação do paciente, embora diferentes grupos de pacientes possam valorizar diferentes aspectos dessa relação, o que torna a análise de fatores específicos que determinam a satisfação um processo bastante complexo (Hausman, 2004). Além disso, o conceito de satisfação do paciente não está claramente definido quanto a sua aplicação à realidade do atendimento médico: muitas formulações sobre esse assunto estão baseadas em teorias de marketing, sem muitas adaptações para os serviços de saúde (Enkhjargal, Dorjdagva, Luvsannyam, & Amenta, 2015). Note-se que se trata de um serviço bastante peculiar: o serviço médico não é um serviço que seus clientes querem, como entretenimento ou serviços de telecomunicação, mas um serviço do qual necessitam. Seus clientes estão constantemente sob *stress*, doentes, ansiosos ou sentindo dores; possuem uma considerável desvantagem de conhecimento sobre o profissional e devem confiar que ele irá agir corretamente. Afinal, um erro do profissional contratado pode afetar a qualidade de vida ou a própria vida dos clientes (Bendapudi et al., 2006).

Com o objetivo de esclarecer como a satisfação do paciente com o médico é conceituada, Boquinen et al. (2015) elaboraram uma revisão de 316 artigos sobre o assunto, publicados em bases de dados médicos, e concluíram que é preciso cuidado ao determinar medidas e objetivos ao se mensurar esse conceito. Embora o conceito possa ser usado como indicador de qualidade de serviços médicos, ferramentas de educação médica e de desenvolvimento de padrões de atendimento e políticas de reembolso, muitos questionários diferentes, por vezes não corretamente validados, vêm sendo utilizados para mensurar a satisfação do paciente com o médico. Diante disso, portanto, esse é um conceito que precisa ser melhor compreendido (Boquinen, et al., 2015; Enkhjargal et al., 2015).

Da mesma forma que a satisfação do cliente de serviços médicos necessita ser cuidadosamente definida e adaptada para a realidade desses serviços, avaliações envolvendo o conceito de “experiência do paciente”, vêm sendo questionadas, uma vez que pacientes não possuem treinamento médico que lhes permitiria avaliar a qualidade do atendimento recebido (Manary, Boulding, Staelin, & Glickman, 2013), e fariam avaliações com base em sentimentos pessoais e no eventual atendimento de suas solicitações, à despeito de serem úteis ao seu tratamento. Pesquisas envolvendo esse conceito necessitam de uma cuidadosa elaboração e administração para serem capazes de fornecer medidas corretas de experiência do paciente e qualidade dos serviços.

Outro conceito utilizado no mundo dos negócios, conhecido como *Net Promoter Score* (NPS), vem sendo transportado para o segmento de serviços médicos. O NPS é baseado em uma única pergunta: “qual a probabilidade de você recomendar nossa empresa/serviço para um amigo ou colega?” As respostas podem variar de 0 (não recomendaria de forma alguma) até 10 (certamente recomendaria). O método assume que indivíduos que dão notas 9 e 10 para a pergunta recomendarão o serviço e farão propaganda “boca-a-boca”, e são chamados de promotores. Indivíduos que respondem com notas 7 ou 8 são considerados indiferentes ou passivos, e aqueles com avaliações entre 0 – 6 seriam clientes insatisfeitos, denominados detratores. O NPS é então definido pela diferença percentual entre promotores e detratores. Também nesse caso, é recomendada cautela para estabelecer uma relação entre o NPS, e a experiência e satisfação do cliente, quando trata-se de um paciente e de serviços médicos (Krol, Boer, Delnoij, & Rademakers, 2014).

No entanto, o elo entre comunicação ruim, reclamações e insatisfação é evidente, e o comportamento empático, aliado a componentes da comunicação tais como, bom humor, verificação da compreensão do paciente, interesse em sua opinião, maiores orientações e consultas mais longas, está relacionado com uma diminuição nesse nível de insatisfação (Stewart et al., 1999). A literatura sugere que as habilidades interpessoais dos médicos são críticas para o estabelecimento de relações fortes e baseadas em confiança, desejadas pelos pacientes e capazes de oferecer múltiplos benefícios (Bendapudi et al., 2006). Médicos que buscam melhorar a qualidade de seu atendimento, e escolas médicas que buscam preparar melhor seus alunos acertarão ao focar em comportamentos específicos, que trazem satisfação para os pacientes. Pacientes mais satisfeitos com o atendimento têm maior propensão a retornar ao seu médico e recomendar os serviços desse profissional (Hausman, 2004).

A satisfação e a fidelidade do paciente ao serviço médico são fatores relevantes no ambiente competitivo atual (Gregório, 2009). O marketing boca-a-boca ainda é uma poderosa ferramenta de divulgação da qualidade e da reputação dos serviços na área da medicina. Um dos fatores que mais influencia o ato de um paciente recomendar um profissional ou instituição médica é ser atendido por bons médicos e enfermeiras que ouvem seus problemas e preocupam-se com ele, tratando-o com cortesia (Lee, 2016).

Buscando melhorar a satisfação dos seus pacientes, Bendapudi et al. (2006) entrevistaram pacientes da *Mayo Clinic* entre 2001 e 2002, a fim de identificar quais eram os comportamentos ideais esperados de um médico, de acordo com os pacientes. Tal pesquisa culminou com uma relação de sete comportamentos esperados:

- Autoconfiante: demonstra domínio técnico, experiência; não se incomoda com informações corretas ou incorretas obtidas pelo paciente em outras fontes; fica à vontade diante da família do paciente e de outros colegas médicos;
- Empático: faz contato visual com o paciente e familiares, fala em tom de voz simpático e calmo; interpreta corretamente sinais verbais e não verbais de preocupação;
- Humano: é atento ao paciente, faz contato físico adequado, demonstra querer atender o paciente pelo tempo adequado, ajuda-o a obter outras assistências para suas necessidades;
- Pessoal: conhece a família do paciente, discute interesses pessoais, pergunta sobre a vida do paciente, lembra detalhes relacionados à visitas anteriores, tem senso de humor adequado;
- Direto: não usa jargões médicos, nem eufemismos, não esconde informações; explica os prós e contras do tratamento, avalia a compreensão do paciente;
- Respeitoso: pede desculpas e oferece explicações no caso de longas esperas; escuta atentamente sem interrupções; recomenda um tratamento, mas dá algumas alternativas, pede a opinião do paciente sobre suas recomendações, preocupa-se em reduzir a exposição do paciente durante o exame físico e,
- Cuidadoso: completo nas explicações e cuidados; fornece explicações por escrito, preocupado com o paciente; faz *follow up* adequado, consulta outros colegas diante de um caso difícil.

O Quadro 4 a seguir relaciona os comportamentos descritos:

Quadro 4 – Comportamento médico ideal, segundo os pacientes

COMPORTAMENTO IDEAL	DEFINIÇÃO
Autoconfiante	Demonstra domínio técnico, experiência; não se incomoda com informações corretas ou incorretas obtidas pelo paciente em outras fontes; fica à vontade diante da família do paciente e de outros colegas médicos.
Empático	Faz contato visual com o paciente e familiares, fala em tom de voz simpático e calmo; interpreta corretamente sinais verbais e não verbais de preocupação.
Humano	É atento ao paciente, faz contato físico adequado, demonstra querer atender o paciente pelo tempo adequado, ajuda-o a obter outras assistências para suas necessidades.
Pessoal	Conhece a família do paciente, discute interesses pessoais, pergunta sobre a vida do paciente, e lembra detalhes relacionados a visitas anteriores, tem senso de humor adequado.

Direto	Não usa jargões médicos, nem eufemismos, não esconde informações; explica os prós e contras do tratamento, avalia a compreensão do paciente.
Respeitoso	Pede desculpas e oferece explicações no caso de longas esperas; escuta atentamente sem interrupções; recomenda um tratamento, mas dá algumas alternativas, pede a opinião do paciente sobre suas recomendações, preocupa-se em reduzir a exposição do paciente durante o exame físico.
Cuidadoso	Completo nas explicações e cuidados; fornece explicações por escrito, preocupado com o paciente; faz <i>follow up</i> adequado, consulta outros colegas diante de um caso difícil.

Fonte: Bendapudi et al. (2006, p. 340).

Tal relação, segundo Bendapudi et al. (2006), reflete também o que os pacientes não querem: um comportamento insensível e desrespeitoso. Um atendimento ruim foi definido como sendo aquele em que o médico é arrogante, desconsidera os comentários do paciente, é indiferente, impaciente e rude ao discutir o seu prognóstico. A forma como os médicos agem não só é importante, como também é mais fácil de ser julgada pelo paciente do que a competência técnica do profissional. Os pacientes percebem quando o médico está cansado, preocupado, apressado, desinteressado, etc.; assim como percebem seu interesse genuíno, calma e confiança. Porém, com frequência, não conseguem determinar com certeza o seu nível de proficiência técnica e parecem dar esse aspecto como certo. Pacientes são mais propensos a definir o que é importante para eles com base no que eles são capazes de julgar.

Atender a expectativa de pacientes cada vez mais exigentes é um importante diferencial, que vai além da competência técnica. Prestadores de serviços médicos precisam, cada vez mais, atender as necessidades de seus pacientes, melhorar seus desfechos e aumentar sua satisfação. Dessa forma, criarão valor e atrairão mais pacientes. Para isso, devem entregar serviços que inspirem confiança, mas que sejam também empáticos e atentos às expectativas dos pacientes em relação à interação médico-paciente (Lee, 2016).

3 MÉTODO DA PESQUISA DE CAMPO

3.1 TIPO DA PESQUISA

Estudo de natureza exploratória e qualitativa, cuja abordagem de pesquisa é decidida a partir da definição do problema. Existem três tipos principais de pesquisa: a exploratória, a descritiva e a causal, sendo estas duas últimas de natureza conclusiva (Selltiz, Wrightsman, & Cook, 1965).

No que diz respeito aos procedimentos metodológicos, o modelo de pesquisa exploratório utiliza-se, principalmente, de técnicas de pesquisa qualitativas baseadas em observações e entrevistas, visto que essas formas de pesquisar são capazes de obter aprofundamento na complexidade de um problema (Selltiz et al., 1965).

Segundo King, Keohane e Verba (1994), a pesquisa qualitativa baseia-se em um grande número de abordagens não fundamentadas em mensurações numéricas. Ela se fundamenta em pequenos números de casos e utiliza-se intensivamente de entrevistas. Apesar de cobrir poucos casos, essas técnicas possibilitam a obtenção de grandes somas de informações em seus estudos, resultando em análises focadas e em detalhes dos eventos ou objetos analisados.

3.2 ESTRATÉGIA DA PESQUISA

Dentre as opções de estudos exploratórios e qualitativos, o presente trabalho escolhe a estratégia de estudo de caso. A opção pelo método de estudo de caso se justifica pela necessidade de compreender e investigar o fenômeno objeto da pesquisa. Enfoca-se, portanto, a comunicação médico-paciente, dentro de seu contexto real, em um ambiente considerado referência de atendimento médico no segmento público de saúde, em que os achados podem ser comparados com a literatura disponível sobre o assunto.

Segundo Yin (2011), o objeto da pesquisa de estudo de caso único constitui a sua própria unidade de análise. A unidade de análise desta pesquisa será a comunicação ocorrida entre médicos e pacientes durante a consulta. O roteiro a ser preenchido deverá permitir avaliar os seguintes pontos.

Com relação ao médico:

- impacto no atendimento médico de aspectos como: a síndrome de esgotamento profissional (*burnout*), o aprendizado altamente técnico durante a faculdade, pressão por

maior produtividade no trabalho;

- papel da empatia e da comunicação empática na relação médico-paciente e,
- a percepção do médico quanto a alguns aspectos da comunicação que ele estabelece com o paciente durante a consulta.

Com relação ao paciente:

- Sua percepção sobre o comportamento do médico (empático ou não);
- papel da empatia e da comunicação empática na relação médico-paciente;
- Compreensão do paciente quanto à doença e ao tratamento, conforme comunicado pelo médico;
- Satisfação do paciente com relação às informações recebidas;
- Intenção de aderir às recomendações médicas (uso de medicamentos, dieta, exercícios, etc) e,
- Intenção de recomendar os serviços do profissional que o atendeu;

O caso a ser trabalhado será único, devido à sua relevância teórica.

A coleta de dados será feita simultaneamente com um grupo de médicos e um grupo de pacientes. Cada um dos grupos respondedores terá um roteiro específico de perguntas para ser respondido.

3.3 UNIDADE DE ANÁLISE DA PESQUISA

O objeto de estudo delimitado foi o Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, localizado em São Paulo, capital. Trata-se um hospital público estadual, referência em atendimento cardiológico, que apresenta expressivo volume de pacientes e numerosa equipe médica, entre eles um elevado número de médicos residentes, objeto da observação e coleta de dados a partir de profissionais médicos.

3.4 PREPARAÇÃO, COLETA E ANÁLISE DA PESQUISA DE CAMPO

Os procedimentos de preparação, coleta e análise seguiram os critérios sugeridos por Robert Yin (2011) e outros autores correlatos. No Apêndice, encontra-se o protocolo de pesquisa com a síntese dos procedimentos necessários para o trabalho de campo do presente projeto de pesquisa.

3.4.1 Preparação da pesquisa de campo

Fontes de evidências escolhidas:

- a) entrevista com médicos;
- b) entrevista com pacientes;
- c) observação direta;

Foi aplicado um roteiro de investigação específico para médicos residentes e pacientes da instituição, com foco nos tópicos e subtópicos abordados na revisão teórica

3.4.2 Coleta das informações

A coleta de informações ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2019, nos ambulatórios das seções médicas de Cardiologia do Esporte e de Dislipidemias do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Os pacientes que aguardavam atendimento nesses ambulatórios, nos dias da coleta de informações, foram selecionados de forma aleatória. Todos os médicos residentes que prestavam atendimento naquele período foram entrevistados. O número de entrevistas necessárias com médicos e pacientes da instituição se deu por saturação das evidências coletadas. Os nomes dos médicos entrevistados, bem como os dos pacientes, foram preservados. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que consta no anexo B, conforme solicitado no Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, em 21 de dezembro de 2018, que se encontra no anexo A. As entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise. Tanto as transcrições quanto os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido encontram-se em poder da pesquisadora.

3.4.3 Análise das informações

As análises dos resultados obtidos na pesquisa de campo foram feitas individualmente, tanto para médicos como para pacientes. Em seguida, foi realizada uma análise conjunta das respostas obtidas nos roteiros de entrevistas feitas com médicos e, paralelamente, com os pacientes. Finalmente, foram consolidadas as informações comparando-as com a teoria apresentada na revisão, identificando “*gaps*” na comunicação entre ambos e seu impacto na satisfação do paciente.

4 ANÁLISE DO ESTUDO DE CASO

4.1 CONTEXTO

O Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC) foi criado em 1954 na então Secretaria de Saúde Pública e da Assistência Social do Estado de São Paulo. Trata-se de um hospital estadual que tem por finalidade a prestação de assistência médico-hospitalar, em regime ambulatorial, de emergência e de internação na área cardiovascular, visando a promoção de saúde, a proteção contra doenças cardiovasculares e ao diagnóstico, tratamento e reabilitação da população portadora dessa patologia. Promove também a investigação e pesquisa na área cardiovascular, e a promoção de ensino para todas as categorias que atuam na área de cardiologia e de interesse em saúde pública. Mantém desde o início dos anos noventa, vinculação à Universidade de São Paulo na qualidade de Entidade Associada.

Atualmente o IDPC é reconhecido como uma das mais prestigiadas instituições especializadas na área cardiovascular (clínica, cirúrgica e vascular periférica), tanto no país como exterior. Realiza também exames diagnósticos e terapêuticos, transplantes cardíacos e renais. Mais de 200 profissionais passam anualmente pelo IDPC para realizarem residência, aprimoramento e estágios, provenientes de várias partes do país, e também de outros países. Este encontro de diferentes culturas e escolas médicas cria um ambiente muito rico e representativo para a elaboração de uma pesquisa sobre um assunto tão abrangente como a relação e a comunicação médico-paciente.

4.2 MÉDICOS ENTREVISTADOS

Os residentes entrevistados eram oriundos de vários estados do país, e por vezes de outros países. Coursaram diferentes escolas médicas, nove no Brasil, e duas em outros países da América Latina (Equador e Bolívia), o que enriqueceu a coleta de informações sobre a abordagem feita nas diferentes universidades, quanto à comunicação médico-paciente e comportamento empático.

4.2.1 Médico #1 – V.Q.V.

Considera que para fazer o ideal deveria haver 30 minutos de consulta e mais 30 minutos de conversa. Diferencia a primeira consulta, que deve ser mais longa. No Dante atendem em cerca de 15 minutos e acredita ser suficiente. Com menos tempo, vai direto ao ponto, à queixa mais importante, não dá tantas explicações para o paciente ou espaço para ele expor dúvidas ou outras questões. Acredita que essa abordagem impede que o problema seja bem resolvido, fazendo com que o paciente retorne ao ambulatório de forma mais constante. Considera esta situação muito frequente em serviços de saúde superlotados: “... o paciente volta umas seis vezes e só então o médico descobre que o paciente está com depressão pois terminou seu casamento”. Acredita que com algumas perguntas-chave seria possível chegar mais rápido a uma solução.

A expectativa dos pacientes vem mudando muito. Os pacientes estão mais exigentes, não querem apenas remédios. Muitos problemas decorrem de erros de hábitos que o paciente precisa modificar, e o médico sozinho não consegue resolver. Considera que o Google e as redes sociais têm um papel nesta mudança, ao aumentar o acesso à informação ao público leigo, que não tem “filtro”, e traz as dúvidas para a consulta. Pacientes que consultam o Google chegam todos os dias, segundo ele, e são quase todos.

Na faculdade de medicina não aprendeu a lidar com pacientes que usam o Google e querem o WhatsApp do médico, e considera as escolas de medicina muito desatualizadas frente ao mercado, pois os pacientes mudam muito rápido. Não vê uma atitude ativa da coordenação das faculdades em fazer módulos de ensino atuais. Via seus preceptores na faculdade ficarem irritados quando o paciente demonstrava algum conhecimento. Eles tinham uma postura tipo “eu sou o médico aqui, e você não sabe”. Isto mudou, segundo ele. Antigamente só o médico sabia ler medicina, hoje em dia não, algumas pessoas têm informações muito boas. O médico tem que saber ouvir, entender isto como algo bom e lidar com a situação. O WhatsApp também é muito usado, é legal, mas tem que ser regulamentado, ter limite. Ele recebe mensagens de pacientes às 23h, às 6h, mas só responde em horários específicos, para o paciente entender que não é um PA, é o seu telefone.

A presença de acompanhantes é frequente, especialmente com pacientes idosos, e seu papel varia muito. Ele vê o acompanhante como alguém de quem pode extrair mais informações, e pede sua opinião também. Porém, por vezes o acompanhante pode desmentir o paciente, e esta situação pode ser um pouco delicada.

Considera o *burnout* muito frequente entre os colegas, pelas pressões profissionais, sociais e pessoais que enfrentam ao tornarem-se médicos, sem que os estudantes recebam apoio para isto durante a faculdade, o que faz com que o sonho altruísta de ser médico seja rapidamente desmanchado. Vê colegas exaustos atendendo mal, não por serem más pessoas, mas porque o sistema tornou tudo muito difícil, frustrante. “... isto afeta o atendimento e você fica com raiva de trabalhar, não quer estar ali”.

Quanto à empatia, a escola de medicina não o preparou para um atendimento empático. Teve não mais do que 5 horas de aula sobre o assunto, achou interessante, mas insuficiente. Aprendeu mais sobre o tema em uma pós-graduação, mas acredita que a necessidade do cliente do médico, e a capacidade deste médico atendê-lo “não estão batendo mais”, pois a medicina ainda tem muito enraizada uma postura *find and fix it*, onde, se o paciente tem pressão alta, deve receber anti-hipertensivo. Mas mesmo medicado, ele continua doente, pois o padrão de adoecimento mudou. “Não posso tratar apenas da hipertensão do João, mas sim do João hipertenso. São coisas diferentes.” Diz que é preciso aprender sobre a vida do paciente, o que o aflige. É neste ponto, segundo ele, que entra a empatia: no acolhimento do paciente, ao demonstrar interesse e vontade de ajudar, e que ele tem um espaço e irá traçar metas junto com seu médico. Considera importante estabelecer um vínculo com o paciente, para ele se abrir e falar a verdade.

Acredita ainda que a “boa comunicação muda tudo” e reforça que não recebeu o treinamento necessário na faculdade. Através de uma boa comunicação, o paciente vai entender melhor sua situação, ficar mais confiante, autônomo e seguro. Vai aderir mais, retornar ao consultório, e recomendar o médico para outros pacientes. Já atendeu pacientes que estavam há anos em tratamento com outros colegas, porém não haviam recebido informações importantes. Após ele transmitir essas informações, os pacientes passaram então a se tratar com ele simplesmente porque haviam recebido atenção, se sentiram acolhidos: “Não fiz nada de mais, mas o paciente recebeu minha mensagem e entendeu, sentiu-se mais seguro”.

Quanto à compreensão do paciente, percebe-a como sendo em geral muito baixa, e por isso faz perguntas no final da consulta para avaliar o quanto o paciente entendeu. Também pede para o paciente explicar seu problema e tratamento com suas próprias palavras.

“Às vezes o paciente pensa que não pode confrontar o médico, mas tento deixar a consulta desarmada, não falo: sou eu quem manda aqui. Se estivesse no lugar dele (e ouvisse algo assim), ele nunca mais me veria e eu pediria meu dinheiro de volta. Acho um desaforo, não estou fazendo um favor, estou fazendo um serviço.”

4.2.2 Médico #2 – B.P.V.

A médica considera que o tempo ideal de uma consulta varia conforme as comorbidades e o nível de entendimento do paciente, variando de 15-20 minutos até 30-60 minutos. A primeira consulta sempre dura mais. O paciente vem à consulta achando que ela vai resolver o problema dele, vendo-a como uma mãe a quem ele entrega uma demanda dele. Ela procura sempre individualizar o atendimento e o tratamento, buscando tornar o paciente responsável pelo seu tratamento. Acredita ser o que mais funciona. No primeiro contato observa se o paciente é ou não aderente, para decidir como vai estruturar o tratamento.

A presença de acompanhante faz com ela agilize o pedido de exames, pois sabe que o paciente terá auxílio. O acompanhante é fundamental no caso de pacientes idosos, e deve ter, segundo ela, intimidade com o paciente, bom senso e capacidade de lidar com a equipe médica; caso contrário, prejudicam o atendimento e podem entrar em embates com a equipe.

Menciona ser muito frequente, por parte dos pacientes, consultar o Google antes da consulta, e considera isto prejudicial, pois as informações obtidas muitas vezes não estão corretas e alarmam o paciente, deixando-o ansioso e angustiado até a consulta. Diz que é preciso ter paciência, e buscar estabelecer uma boa relação com o paciente, mostrar argumentos técnicos e fazê-lo confiar no médico. Pacientes também sofrem influência da televisão.

Já teve *burnout* no primeiro ano de residência, sentiu cansaço, esgotamento. Olhava para o paciente apenas tecnicamente, era objetiva e um pouco ríspida. Atualmente faz terapia e toma cuidado para não sofrer com o acolhimento e envolvimento que tem pelo paciente, e que pretende manter, pois a deixa feliz.

Considera a empatia fundamental. Sem ela não se estabelece uma relação de confiança com o paciente, ele não seguirá as recomendações médicas, e o profissional não terá um impacto positivo na vida do paciente, que é um dos objetivos da profissão. Não terá valido a pena para o profissional. Gosta muito de observar a linguagem corporal e ir além do óbvio. Teve um treinamento muito bom em comunicação, pois estudou medicina humanizada na faculdade ao longo de dois anos com psicólogos que faziam filmagens, avaliações e lhe davam *feedbacks*, e considera este aprendizado “muito legal”. Acredita que os médicos muitas vezes são “técnicos demais e empáticos de menos”.

A comunicação cuidadosa tem impacto nos resultados e pode mudá-lo totalmente. As vezes o paciente não adere ao tratamento por falta de informação, por não entender que uma medicação pode salvar a vida dele e que não é apenas mais um remédio. Quando o médico

explica isto, ele entende a importância e se torna mais responsável pela saúde dele. Ou seja, a boa comunicação impacta na adesão, e o melhor conhecimento e orientações diminuem sua ansiedade. “Se ele souber as consequências de não tomar o remédio, ele poderá decidir de outra forma sobre o tratamento”. Acredita que comunicação médico-paciente deve ser ensinada em todas as faculdades.

Considera o nível de compreensão dos pacientes baixo, no geral. Mas o entendimento do paciente depende muito da forma como a situação é explicada para eles. Ela tenta entender a rotina do paciente e buscar formas de inserir medicações e hábitos na rotina dele. Costuma perguntar se o paciente entendeu as explicações, e acredita que eles entendem 60% a 70% do que ela fala. Quer tornar o paciente responsável por fazer o tratamento direito.

Acredita que o paciente sai da sua consulta com um nível 7 ou 8 de satisfação, porém isto depende também de como o paciente recebe sua abordagem, que busca envolver o paciente no próprio tratamento. Acha que esta abordagem pode causar alguma rejeição em pacientes que querem apenas entregar a demanda para o médico e não querem ajudar a resolver seu problema. Com isto, conclui que a “satisfação do paciente pode ser um conceito deturpado”. Porém, entende que na maioria das vezes a reação dos pacientes à sua tentativa de torná-los conscientes do problema é boa, e que seria recomendada por eles, pois vem recebendo bons *feedbacks*.

4.2.3 Médico #3 – R.C.O.

O médico considera que 40-45 minutos seria um bom tempo para uma consulta, pois permite fazer uma anamnese, exame físico, explicar diagnóstico e tirar dúvidas. Acha tal tempo inviável no sistema público, e no Dante seu tempo de consulta gira em torno de 15-20 minutos. Com este tempo menor que o ideal, ele busca apenas os pontos mais importantes, que terão realmente um impacto imediato na saúde do paciente.

A expectativa do paciente em geral gira em torno de saber o que está acontecendo com ele, ele não quer apenas receber remédios está doente, fragilizado. Considera essencial que o paciente entenda as conclusões do médico. Procura se colocar em pé de igualdade com ele e explica qual a doença que ele tem, e qual o impacto dela na qualidade de vida dele. Já atendeu pacientes que disseram não saber seu diagnóstico, embora tivessem recebido a prescrição de um medicamento.

Em alguns ambulatorios a presença de acompanhantes é muito frequente. O acompanhante é importante pois acrescenta muitas informações, embora às vezes a interação com ele é um pouco mais complicada, pois ele está ansioso e preocupado. Cabe ao médico

explicar também para o acompanhante sobre a conduta, o impacto da doença para o paciente etc. A faculdade de medicina não ensina os médicos a lidarem com isto, treina apenas para a parte técnica, sendo esta uma crítica que ele tem em relação às escolas de medicina. Em ambientes como PA e UTI é muito importante saber se comunicar com os familiares, pois eles estão armados e ansiosos, e o médico precisa saber se portar de uma maneira adequada sempre.

Acompanhantes pesquisam informações na internet e perguntam “por que você não está fazendo isto ou aquilo?”. Por vezes pensam que o médico quer matar o familiar deles. A faculdade deveria preparar os estudantes para lidar com estas situações, pois o médico precisa manter a calma para lidar com alguém que não entende o que está acontecendo e pode agir de forma arrogante.

Considera não ter chegado ao *burnout*, mas sabe que prevalência de *burnout* é alta no meio médico, em função das inúmeras pressões que sofrem desde o vestibular e faculdade, por parte das pessoas que convivem com os profissionais. A residência também exige muito deles. Considera inevitável que o *burnout* interfira no atendimento, e o médico não dará a devida atenção ao paciente nessas ocasiões.

A empatia é algo extremamente importante, pois permite tratar o paciente com sensibilidade, como ele merece, e muda a forma de lidar com o seu problema. No seu caso, aprendeu muito com a própria família. Com relação à comunicação com o paciente, considera que geralmente não é abordada nas universidades, e acha que deveria haver um treinamento intensivo sobre o assunto, do primeiro ao último ano. Uma boa comunicação tem impacto fundamental no tratamento do paciente, em como ele se sentirá e qual será a conduta médica. Se o paciente consegue entender seu problema, ficará satisfeito, sua predisposição em seguir o tratamento será maior, e isto altera seu prognóstico e deixa o médico satisfeito também.

Por outro lado, se o médico for ríspido e ameaçador, isto terá um impacto negativo na adesão. Já a boa comunicação reduz a ansiedade e auxilia no controle de problemas como gastrite, cefaleia e problemas intestinais. A comunicação com o paciente não é uma receita de bolo, que você deve fazer sempre da mesma maneira. É preciso ativamente reconhecer o nível cognitivo do paciente e adaptar a linguagem.

Tem como característica buscar ativamente a compreensão do paciente e diverte-se ao contar que alguns pacientes atendidos por ele no PA recomendaram seu atendimento para amigos, sugerindo que fossem ao PA no dia em que sabiam que ele estaria lá. Por isto atribui uma nota 7–8 à satisfação de seus pacientes, e acreditaria que seu atendimento seria recomendado por eles, como no exemplo que mencionou.

4.2.4 Médico #4 – P.A.S.M.

O mais importante em uma primeira consulta é conhecer o paciente e seu comportamento, e para isto são necessários cerca de 40-60 minutos. Quando o tempo disponível é menor do que este, é preciso ser mais pontual nas perguntas, focando nas principais queixas. Isto dificulta a comunicação e a relação. No Dante, faz consultas com cerca 15-20 minutos, mas a primeira consulta é mais longa. A escola de medicina não prepara os estudantes para o fato de que na vida real eles não terão o tempo necessário na interação com o paciente, eles precisam aprender isso no dia a dia.

Tenta obter a confiança do paciente e uma aproximação com ele já no começo da consulta, nunca iniciando uma interação com perguntas técnicas. Acompanhantes são frequentes, e costuma confirmar as informações com eles, pois a família por vezes percebe mais os sintomas do que o paciente.

Já teve episódios de *burnout*, e às vezes gostaria de um tempo para descansar do esforço necessário para melhorar a cada dia. Após os plantões é bastante difícil, e o *burnout* interfere na conduta médica durante a consulta. A relação com o paciente fica mais complicada pois o médico quando está cansado, se torna mais pontual durante a consulta, o que nem sempre é o melhor.

A medicina é técnica, por conceito, mas é preciso falar de uma forma que o paciente entenda. A faculdade tinha foco apenas em questões técnicas, mas não adianta ter um linguajar complexo com um paciente que não tem noção da patologia. Um profissional que tem domínio do conhecimento deve ter também a capacidade de explicar algo complexo sobre este conhecimento. Hoje em dia tenta se colocar no lugar do paciente. Acredita que a relação com o paciente é tão importante quanto o tratamento em si. É preciso ter empatia, qualificação técnica e salientar para o paciente a importância de sua doença e do autocuidado.

Seu preparo sobre comunicação médico-paciente na escola de medicina ocorreu durante um semestre apenas, e não preparou para a vida real. Aprendeu na prática. Teve apenas uma aula sobre pacientes que consultam a internet antes da consulta, mas percebe que é diferente na prática. Hoje esta situação é o seu dia-a-dia, e tenta melhorar a forma de lidar com isto a cada consulta.

A boa comunicação melhora a adesão ao tratamento, a evolução e prognóstico do paciente. Uma vez que melhora a adesão, há com certeza diminuição dos sintomas, *stress*, ansiedade e depressão. A comunicação também possui um componente individual de cada médico.

Pergunta até três vezes se o paciente tem dúvidas, pede para o paciente repetir as orientações. Se percebe que ficaram dúvidas, repete sem problemas, pede *feedback* no final da consulta. O paciente por vezes tem medo de dizer que não entendeu, e quando ele não sabe para que é um exame, ele simplesmente não o faz. Já atendeu muitos pacientes que, embora estivessem em acompanhamento há tempo, não sabiam qual era sua doença ou porque deveriam tomar o remédio prescrito. Isto é um grande problema.

Acredita em um nível 10 de satisfação de seus pacientes, e fica muito feliz com os *feedbacks* positivos que recebe deles. Por esta razão, acredita também em uma nota 10 para a chance de ser recomendado por eles, e afirma que a sua comunicação tem um papel importante nisso. A comunicação é tudo.

4.2.5 Médico #5 – T.C.V.R.

O tempo ideal para uma primeira consulta é de 30 minutos, mas depende muito do paciente. Depois, no retorno, vai depender das demandas individuais. Se estiver assintomático, a consulta deve durar uns 20 minutos.

Primeiramente, detalha mais e mais as queixas do paciente. O paciente quer receber atenção, ser acolhido de alguma forma, e receber orientações para começar a tratar e resolver o problema dele. Quer saber o que ele tem, se é grave, e o que vai ser feito para resolver o problema. Atualmente o paciente entra no consultório com o celular na mão, as vezes gravando a consulta, empoderado e informado. A exposição dos médicos é maior atualmente, e o acesso às informações, por parte do paciente, também. No consultório particular é ainda mais frequente, pesquisam tudo, inclusive a resposta dada pelo médico às dúvidas. Querem exames caros, invasivos, e ficam mais tranquilos se a situação for gerenciada, se for proposto algum plano, algo como “Se você não melhorar em 48h, faremos o exame”. É um paciente mais exigente, que demanda mais tempo. Nunca recomendou um site confiável para o paciente buscar informações adicionais.

A presença de um acompanhante ajuda na maioria das vezes, mas alguns atrapalham pois não deixam o paciente falar, ou então o contradizem. Neste caso, tira a palavra do acompanhante e pergunta diretamente ao paciente. Em alguns casos o acompanhante quer que o paciente faça muitos exames desnecessários. Mas normalmente, o acompanhante tem razão, porém acaba irritando um pouco.

Não sabe se chegou ao *burnout* propriamente dito, mas já teve noites mal dormidas que estavam o “levando ao extremo”; sentiu-se mal, ficou esgotado. Esta situação com certeza interfere no relacionamento com o paciente: queria fazer tudo mais rápido, irritava-se facilmente, e por vezes menosprezava o paciente. Teve colegas que tiveram problemas pessoais importantes por causa do *burnout*, choraram dentro do hospital e precisaram ser afastados.

Estudou na Universidade Federal de Santa Catarina, onde, nos dois primeiros anos, acompanhou várias discussões sobre a importância da empatia antes de começar o estágio clínico, mas isso aconteceu devido à cultura de alguns professores que gostavam muito do assunto. Não havia uma disciplina específica sobre comunicação ou empatia. Considera o assunto de enorme importância, pois é preciso entender o que o paciente está sentindo, porque ele veio à consulta, se colocar no lugar dele. Se conseguir captar os pontos que estão realmente incomodando o paciente, ele ficará mais satisfeito com a consulta.

A comunicação médico-paciente é importante, e toma alguns cuidados com o objetivo de se fazer entender pelo paciente, como falar devagar, alto, e utilizar termos que ele compreenda. Quando pede algum exame, procura explicar o porquê, pois muitos pacientes recebem pedidos de exames, mas não sabem a razão, os riscos da doença. Procura avaliar o nível e compreensão do paciente, pede para o paciente explicar, repetir o que ele disse. É preciso ser claro com os pacientes. Acha fundamental que a faculdade ensine como se comunicar com o paciente, pois os médicos sofrem com isto no começo da carreira, têm dificuldade para “tocar” o paciente. Esse esforço de comunicação, somado à experiência da residência, completariam a formação profissional. Os residentes precisam de uma prática assistida.

A comunicação é a base da consulta médica, e com certeza pode ter impacto na adesão e influenciar parâmetros orgânicos, principalmente a ansiedade. É preciso explicar o tratamento, as recomendações. É um trabalho de convencimento, e isto é muito difícil.

Os pacientes compreendem cerca de 60-70% do que lhes é dito. É preciso ser claro. O ideal é repassar os medicamentos um a um, explicando para que servem, porque o paciente deve tomá-los, para que ele dê a devida importância. Faz isto durante suas consultas, por questões pessoais, e também por ter recebido bons exemplos de alguns superiores. Às vezes não consegue fazer, por questões de tempo, ou então não faz a verificação porque acha que ele está entendendo.

Pacientes saem da consulta com um nível 6-7 de satisfação, pois há dias em que não consegue fazer tudo que o paciente precisa. Quanto a ser recomendado, devido a algumas experiências positivas em hospitais particulares com foco na satisfação dos pacientes, acredita ter nota 8. Teve apenas uma reclamação feita de seu atendimento, dentre muitos.

4.2.6 Médico #6 – C.C.M.

Considera que o tempo ideal de uma consulta é em torno de 40 minutos, porém pode ser mais longo, algo em torno de uma hora, ao se tratar de primeira consulta ou de pacientes mais complexos. No Dante, o tempo de consulta gira em torno de 15-20 minutos e talvez os pacientes saiam com mais dúvidas, e seu entendimento seja menor.

Os pacientes vão a uma consulta buscando a cura para todas as suas enfermidades. Em segundo lugar, querem melhorar a qualidade de vida deles. Também querem humanidade, que o médico se coloque no lugar deles para entender o que sentem.

Pacientes do Dante possuem nível sociocultural menor e não costumam pesquisar no Google. Mas dependendo do hospital, possuem maior nível cultural, pesquisam mais e questionam mais. Neste caso, a consulta é mais demorada, os pacientes exigem mais, compreendem muito mais a situação. Sabe lidar com isto. Alguns chegam assustados achando que têm câncer terminal. O médico tem que compreender isto e levar da melhor maneira, entender o paciente. Na rede particular pedem WhatsApp, e em alguns casos o número do profissional é fornecido ao paciente.

O acompanhante normalmente está muito mais ansioso do que o paciente, e sempre vai questionar, mas isto não é um problema. Em PA e UTI o embate vai existir, pois ele está desesperado. O profissional de saúde deve entender e evitar embates.

Já teve *burnout*. É um esgotamento físico tal que não deixa o profissional fazer nada. Nesses momentos talvez não esteja preparada para ouvir tudo o que o paciente fala, a irritação aumenta e a relação torna-se mais difícil, pois não está 100% com o paciente.

A empatia é 100% importante. Somente a parte técnica não é suficiente para entender o paciente, e não adianta prescrever uma medicação, pois o paciente não vai usar, ou mesmo prescrever um remédio caro, pois o paciente não vai comprar. A faculdade de medicina não prepara para lidar com o paciente, se importa apenas com o conteúdo técnico. Ela passa a maior quantidade de informações possíveis, mas a parte humanizada da profissão fica de lado. A sensibilidade individual de cada profissional é importante, e a empatia é a base do relacionamento médico-paciente. As escolas de medicina deveriam, com certeza, se aprofundar nisto.

A comunicação é importante: se o paciente não entender, não vai seguir as orientações. Por outro lado, se ele entende exatamente o que o médico está falando, a chance de ele aderir ao tratamento é muito maior. A comunicação impacta totalmente na adesão ao tratamento. É

preciso falar de forma simples e clara, ser direto e objetivo, sem discursos longos e muitas palavras técnicas durante a consulta. Trazer exemplos da vida prática também ajuda. Às vezes os médicos rebuscam muito as palavras e o paciente não entende nada. A boa comunicação pode interferir em desfechos orgânicos, pois a parte emocional do paciente está muito alterada, e tudo está interligado. “A medicina compartimenta muito o paciente, e cada médico trata o seu compartimento. Não está preparada para o atendimento holístico do paciente.”

Os pacientes saem da sua consulta com uma nota 7 de satisfação, e ela faz o possível para obter este resultado. Avaliar a intenção do paciente de recomendar o atendimento é difícil, não faz ideia. Alguns pacientes já voltaram procurando por ela.

4.2.7 Médico #7 - H.F.

Considera que uma boa consulta dura 20-30 minutos, porém depende da complexidade do paciente. Quando há menos tempo que o necessário, acaba priorizando os problemas, focando naqueles relacionados ao ambulatório e acaba não ouvindo todos eles. Queixas relacionadas a outra especialidade são ouvidas no final, se houver tempo.

Para a médica, o paciente quer saber dos problemas dele, e mais do que isto, quer ser ouvido, falar dos problemas. Às vezes os pacientes não atingem as metas que são fixadas por problemas diversos, relacionados aos filhos, morte na família, ou outras razões. Tudo isto influencia no tratamento. As vezes o paciente vai a consulta para desabafar, e não apenas saber como está. Procura agilizar a parte burocrática da consulta, deixando-a “pré-montada”, para sobrar mais tempo.

A maioria dos pacientes vem com acompanhantes, ou então ela pede para trazê-los, pois completam a informação sobre o paciente, os desmentem às vezes, contam que o paciente não está tomando o remédio e se sentem responsáveis. Porém, há aqueles que não deixam o paciente falar. Pode haver embates entre acompanhantes e médicos, pois eles podem estar nervosos, exaltados, e acham que o médico está menosprezando tudo. É preciso dar as informações para eles da forma certa.

Muitas vezes o paciente fica com vergonha de dizer que leu algo na internet, mas a busca por informações está cada vez mais frequente, é possível perceber isto ao conversar com eles. Mas existe muita desinformação, valorizam muito o que veem nas redes sociais e que deu certo com alguém. É preciso desenvolver formas de abordar o paciente nestes casos, e orientá-los, usar notícias atualmente na mídia para dar exemplos de informações erradas, por exemplo.

Orienta o paciente a buscar informações em sites apenas quando o assunto é muito específico. Acha que recomendar um site confiável para o paciente pode ajudar.

A empatia é a coisa mais importante, tanto para médicos quanto para pacientes. Quando um paciente reage de forma ríspida, é preciso saber lidar com a situação, em vez de agredir com palavras. Algumas escolas de medicina têm uma visão maior para isto, outras dão apenas algumas aulas sobre comunicação, ou como lidar com situações difíceis. O assunto deveria ser exercitado como uma forma de treinamento, com dicas práticas para o residente aprender a lidar com as situações. A residência médica aborda o assunto de forma superficial. É necessário evitar fazer tudo de forma automatizada, dentro de uma rotina. É preciso parar, refletir, ser um pouco mais humano e não apenas técnico, pois isto atinge diretamente a adesão do paciente.

O médico é líder de equipes e tem a responsabilidade de observar também o comportamento da equipe, mas um treinamento em liderança inexistente nas escolas de medicina, e desta forma ele é lançado no mercado: adultos jovens que devem lidar com pessoas mais velhas, situação que pode levar a algumas armadilhas, pois não sabem lidar com ela, não possuem postura de liderança. Médicos aceitam trabalhar em condições que não deveriam aceitar, e embora o CFM diga que a responsabilidade é deles, eles não possuem desenvoltura para avaliar uma situação e se recusar a trabalhar sob determinadas condições. Também não estão preparados para lidar com situações de emergência que envolvam delegar funções, avaliar os recursos disponíveis e entender problemas entre a equipe de saúde.

Médicos vivem da comunicação, precisam saber se o paciente entendeu ou ignorou aquilo que foi dito. Devem desenvolver formas de abordar os pacientes. Eles precisam entender que o paciente os testa às vezes, observa se o médico está atento e dando importância àquilo que ele está falando. Também precisam aprender a agir com pacientes que não querem falar, e não apenas agir como se sua função fosse apenas tratar tecnicamente, e se o paciente não faz a sua parte, o médico pode se isentar da responsabilidade. “Precisamos captar do paciente qual o nível de informação que ele está preparado para ouvir”. A comunicação tem enorme impacto na adesão ao tratamento, na ansiedade e em alguns desfechos orgânicos. Pacientes em geral preferem ir a médicos com maiores habilidades de comunicação, e médicos sem essa habilidade têm seu trabalho limitado.

O nível de compreensão do paciente é, em geral, muito baixo. Muitas vezes sabem que têm problemas, mas não querem saber qual é. Quanto maior o nível sociocultural do paciente, mais ele consegue entender o que deve ser feito e a necessidade de fazer o tratamento; ele procura mais informações, e às vezes entra em atrito com médico. Já outros pacientes não

conseguem ver o benefício do tratamento. Quando a consulta é muito técnica, e o tempo é reduzido, não há formação do vínculo entre médico e paciente, e este não acredita no médico.

Apesar de todos os esforços, os pacientes por vezes não saem satisfeitos. Mas quando é tratado com honestidade, recebe várias explicações e sabe o que pode ser corrigido, o paciente sente-se melhor. Em média, daria nota 7-8 para a satisfação deles com o atendimento, e no geral considera que eles a recomendariam.

4.2.8 Médico #8 – T.E.A.

Considera que a consulta deve durar pelo menos 30 minutos; se o paciente for também diabético, pelo menos 1h. Se há menos tempo, a conversa é abreviada, a consulta se torna menos agradável e mais objetiva, é preciso ir direto no que é preciso saber.

Os pacientes querem orientação, esperam que o médico tome a iniciativa e diga o que deve mudar. É preciso abrir possibilidades, expor benefícios, obter a participação dele no processo, senão não adianta nada. As pessoas hoje em dia querem fórmulas mágicas, soluções rápidas. Para haver uma boa consulta, é fundamental saber qual é a expectativa do paciente, seu objetivo; assim é realmente possível poder ajudar.

A presença de um acompanhante é fundamental em alguns casos, como o de pacientes idosos, situação em que ajudam muito. Porém há outros casos em que o acompanhante não conhece bem o paciente, mas interfere a todo momento. Isto pode se tornar um problema, criar conflitos e não agregar nada. Em situações mais graves, como em UTIs e PAs, por vezes é necessário pedir para o acompanhante aguardar do lado de fora. Para o médico, esse procedimento deveria ser padrão, deveria haver uma técnica ou protocolo para estes casos. Teve algumas aulas sobre isto no cursinho preparatório para a residência, que tenta suprir a deficiência de preparo nesta parte.

A busca de informações na internet acontece com mais frequência no ambiente particular do que no Dante. É um paciente mais questionador, que demanda mais tempo, é preciso saber interromper sem ser grosseiro. O questionamento é saudável, mas é difícil o médico abrir mão do que aprendeu em função de uma informação na internet. Não recomenda nenhum site específico para o paciente consultar, pois é difícil confiar, apesar de saber que algumas instituições possuem sites de orientação ao paciente. Como forma de ampliar a informação ao paciente, alguns folhetos com informações complementares podem ajudar.

Já teve com certeza episódios de *burnout*, especialmente no período pós-plantão, que considera “muito complicado”. Nessas situações sentiu que tem menos paciência para lidar com o paciente, embora tente se policiar. Não está pleno, não é a mesma coisa.

É fundamental ter um bom relacionamento com o paciente, ser verdadeiro, ter uma consulta em que o paciente sai visivelmente satisfeito e confiando no que o médico falou. Se esta conexão não é estabelecida, o médico pode falar por horas, mas o paciente não vai acreditar, não vai levar aquilo para a vida dele. Porém, quando o pensamento do médico está alinhado com o do paciente, é muito legal. Aprendeu a conversar com o paciente observando o pai, que também é médico. Não aprendeu na faculdade. Teve uma experiência positiva na residência, pois um de seus professores dava muita importância para a relação médico-paciente, e isto o marcou muito. Seu professor acompanhava as consultas e depois dava alguns *feedbacks*: “Você está estabelecendo pouco contato visual, e não deu atenção para o acompanhante!”. Não era uma iniciativa do programa de residência, mas sim do professor. A faculdade ensina medicina, ética médica, mas é algo diferente. É fundamental existir, na formação médica, cursos que abordem a relação médico-paciente.

É importante ter uma linguagem que o paciente entenda. Não adianta querer ser muito “chique” ao explicar as coisas, principalmente no Dante. É preciso adequar a forma de passar a informação para o paciente. A comunicação sem dúvida impacta na adesão ao tratamento, e também impacta em outros desfechos. Por exemplo, pacientes usando insulina: é fundamental que compreendam como aplicar, usar, guardar, senão algo dará errado. É preciso que médico e paciente compreendam bem. A relação é fundamental.

No Dante, os pacientes têm uma condição socioeconômica baixa, eles querem que o médico os oriente. O nível de compreensão é pequeno, é preciso adequar o vocabulário, por vezes, desenhar e entregar o desenho para o paciente lembrar o que foi dito.

Para ele, os pacientes saem da consulta com um nível 9 de satisfação, saem felizes. Perguntam se tem consultório, e onde. Acredita que isto se deve ao fato de ser verdadeiro, sincero, e de expor os fatos de forma clara, sem “enrolar”, e por dar atenção às queixas deles.

4.2.9 Médico #9 – M.N.W.

Considera que uma consulta deve durar pelo menos 30-45 minutos. Uma primeira consulta deve ser priorizada, durando mais. O tempo no Dante gira em torno de 10 minutos ou menos, no ambulatório onde estava atendendo no momento, porém os ambulatórios são muito

especializados, onde apenas um espectro da doença é visto, ou seja, uma parte dela. Se há outros problemas, o paciente é encaminhado para outro ambulatório. Foca-se muito em queixas e menos em prevenção, em função do pouco tempo. Procura olhar os exames do paciente antes de atendê-lo, evitando digitar resultados de exames enquanto o paciente está em consulta.

O paciente quer ser ouvido, ele ficou talvez um ano sem passar em consulta. Esta demora para o retorno incomoda um pouco, bem como a espera do paciente do lado de fora da sala. Por isto, tenta deixar a parte burocrática feita, para dar mais atenção ao paciente. Embora consiga escutar e digitar ao mesmo tempo, acha que o paciente não sabe disto. Quando ele está contando sobre seu problema, é importante o médico demonstrar visivelmente que está prestando atenção. Naquele momento, a queixa dele é a coisa mais importante para ele, e ele tem que ter liberdade para falar, pois esperou um ano por este momento.

A médica incentiva o paciente a trazer acompanhantes, pois percebe que alguns pacientes se confundem, estão tomando o remédio de maneira errada, não enxergam ou não escutam bem. Há diferentes perfis de acompanhantes, alguns são apenas decorativos, outros são extremamente atuantes, dominam a consulta e se sentem responsáveis pela terapia do paciente. Por vezes brigam e desmentem o paciente. O acompanhante ajuda muito, pois há muitas informações sendo dadas, e por vezes o paciente está contrariado, não está à vontade. Porém há aqueles que possuem exigências fora do normal, e é preciso saber lidar.

É difícil lidar com pacientes que buscam informações na internet. Há pacientes que trazem uns absurdos. A internet tem mais influência do que o médico. Os resultados dos próprios exames também confundem os pacientes: os resultados de referência muitas vezes não estão adequados ao nosso paciente, que possui uma doença com gravidade muito maior. Então preciso explicar que aqueles valores de referência não se aplicam a ele, pois o paciente acha que está tudo bem ao olhar seus exames, mas na verdade não está. Seria importante poder recomendar um site com informações fidedignas para o paciente consultar.

Considera que já teve *burnout*, e que todos os residentes já passaram por isto. A residência é um teste psicológico para qualquer médico, pois as cargas horárias são muito grandes, na cardiologia e na residência médica são absurdas. Há um momento em que o médico não está mais pensando, está fazendo coisas de forma mecânica. Isto com certeza impacta no atendimento. Há plantões em que não é possível dormir, comer, ir ao banheiro, é muito difícil. “Só quero ir para casa, pois estou cansada”. Considera-se outra pessoa após o plantão, não consegue abraçar a parte do paciente. Porém, o que mais contribui para o esgotamento é o confronto com a família do paciente, quando o caso é grave ou o paciente vai a óbito. É muito difícil.

A empatia é essencial na relação médico-paciente, onde uma das partes está vulnerável, e a outra se acha no direito de dizer o que o outro deve fazer sem dizer nada. Hoje em dia isso mudou, e o médico precisa entender que o paciente precisa, por vezes, de uma orientação, e não de uma medicação. Por vezes o paciente admira o médico e espera que ele o ajude. Isto torna ainda mais importante o compromisso com a atualização e a excelência técnica. Mas a questão humana é insubstituível. Conhece médicos bons tecnicamente, mas péssimos com o paciente, e também conhece o contrário, e estes últimos, que são competentes com pessoas e ruins tecnicamente, são um sucesso. O médico precisa aprender que a consulta é o momento de outra pessoa. Sua escola de medicina deu importância para isto desde o começo. Teve disciplinas logo no início com psicólogos, aprendeu os modelos de relação, as bases teóricas. Tudo isto foi lapidado posteriormente pela observação dos profissionais que admirava.

Considera que a comunicação é 100% importante, essencial. O paciente precisa entender que ele é o protagonista. É preciso trazer o paciente para o lado do médico, e isto demanda muita explicação. Toma o cuidado de sentir o nível cultural do paciente, e adaptar a linguagem. É preciso explicar a receita. O nome da medicação pode atrapalhar, gosta de usar analogias com alguns pacientes. É importante criticar, mas de maneira suave. O paciente precisa perceber onde errou, isto é fundamental.

A comunicação impacta muito na adesão. Se ele não entende, não vai seguir as orientações. Algo importante a fazer é reforçar o uso da medicação quando os exames melhoram. Caso contrário, os pacientes pensam: “ah, cheguei no meu objetivo, posso parar com a medicação”. É importante frisar a necessidade de manter a medicação este momento, especialmente em pacientes com doenças crônicas. A comunicação também interfere em desfechos orgânicos, ansiedade e depressão. Há uma demanda emocional que deve ser observada na consulta, pois interfere em outros desfechos.

A compreensão das informações é razoável, acha que está melhorando. São raros os pacientes que não sabem o que está acontecendo; vê um paciente mais interessado. Ele sai da consulta querendo fazer tudo certo, mas perde esta intenção ao longo do tempo que leva para voltar. As recomendações médicas precisam de manutenção.

Gostaria que o paciente desse um 10 em satisfação, mas às vezes acha que não consegue, por causa do tempo, ou do cansaço. Há aqueles que conseguimos “tocar”, e isto é extremamente gratificante. Ele quer mudar, dá vontade de pegá-lo no colo. Às vezes, médicos e pacientes não se “encaixam”, então os médicos os encaminham para outros profissionais.

Espera que o paciente recomende seu atendimento, pois se preocupa com a forma de lidar com eles, talvez devido à formação. Gosta de pacientes bem informados, mas às vezes fica devendo informações. Não se considera dona da verdade.

4.2.10 Médico #10 – I.R.T.

Considera que um bom tempo de consulta seria algo em torno de 40 minutos, porém depende da complexidade do paciente. Ele espera que o médico resolva todos os seus problemas, literalmente. Muitas vezes, são eles próprios que vão resolver, os médicos só orientam. Quanto ao atendimento, sempre esperam cordialidade, atenção e escuta ativa. É preciso saber auscultar e escutar.

A médica passou por situações tensas com acompanhantes em hospitais particulares onde trabalha. Na faculdade não aprendeu a lidar com acompanhantes em situações de maior tensão. Pacientes procuram muitas informações no dr. Google, ele é famoso. Isto acontece mais em hospitais particulares. No Dante, os pacientes interpretam errado as informações, fazem tudo errado, pois acham que a informação da internet está correta. Esta situação demanda mais tempo, pois é preciso desconstruir o que a internet construiu. São pacientes mais exigentes. Esta situação era discutida na época da faculdade, mas não havia um protocolo para isto. Também não há protocolo na área de cuidados paliativos, um assunto que deve ser aprendido, pois é muito difícil para o médico. Somos latinos, passionais. Nunca recomendou um site específico para ser consultado pelo paciente.

Sabe que já chegou ao *burnout* ou próximo dele, embora não tenha tido um diagnóstico formal. Considera a vida do residente médico muito difícil: a bolsa é mínima e a carga horária é grande, muito maior do que consta no edital. Os residentes saem do hospital, mas o hospital não sai deles. Leva cerca de dois dias para se recuperar de alguns plantões. Fica muito cansada e perde a atenção, faz a mesma pergunta duas vezes. A perda de atenção é nítida, e o grau de irritação é maior.

É essencial conquistar o paciente para poder fazer um bom trabalho médico, para que o paciente siga a prescrição. Se não houver empatia, mesmo o melhor médico do mundo não terá as orientações seguidas pelo paciente. A faculdade de medicina foca na parte técnica, embora a carga horária do curso seja muito grande. Há uma parte que vem de berço, isto de tratar bem o outro.

A empatia é considerada um componente fundamental, a base de um bom relacionamento com o paciente, sem a qual não há confiança por parte dele, e a possibilidade do paciente acatar as recomendações de tratamento serão menores. Entende que é preciso evitar

tratar o paciente de forma automatizada, e que é necessário criar uma conexão com eles, perceber que o paciente não quer só medicação, mas também orientação.

Acredita que deveria haver mais ênfase à empatia durante sua formação, com treinamentos práticos e disciplinas específicas sobre o assunto, especialmente para os que optam por uma especialidade mais clínica.

A comunicação clara e adequada é essencial para que haja boa adesão terapêutica, e sem ela o paciente não consegue atingir as metas. Ele precisa entender o que está sendo dito, e o “mediquês” é difícil, às vezes escapa. Tenta ser o mais clara possível, no ambiente SUS é preciso usar um linguajar bastante simples na comunicação, o mesmo do paciente, fazer desenhos para ser mais clara. Pacientes por vezes pedem os desenhos para levar para casa. A escuta ativa é fundamental, pois colabora para a comunicação. Aprendeu este conceito na universidade, ao participar de um trabalho de campo que envolvia comunicação médico-paciente e uma equipe multiprofissional, com psicólogos etc. A comunicação impacta na adesão. Acredita muito no lado espiritual, e percebe que muitos problemas são psíquicos, é possível perceber na conversa. Há pacientes com prognóstico restrito, em que não há mais nada a fazer, e é preciso transmitir esperança.

A médica considera que o nível de compreensão dos pacientes é baixo, e por mais que o médico se esforce, ele pode sair sem entender. “Você explica, desenha, e não consegue fazer o paciente entender. Neste caso, os acompanhantes ajudam bastante, peço para virem com acompanhante na próxima consulta, anoto isto no prontuário. Há também a parte da negação da doença, que também atrapalha”.

A satisfação do paciente provavelmente varia dependendo se a consulta é pré ou pós-plantão. Recebe bons *feedbacks*, presentes e carinho dos pacientes. Seu melhor indicador de satisfação é o paciente dizer “Deus lhe abençoe”, ao sair da consulta. Dá seu número de celular para alguns pacientes, e os visita na enfermaria. Porém, já teve impasses com pacientes difíceis, que chegam questionando, apontando os problemas do SUS. Considera que o valor dos médicos para os pacientes é diferente de algum tempo atrás. Há colegas xingados, ameaçados, mudou muito desde que concluiu a faculdade.

4.2.11 Médico #11 – P.C.M.M.

Considera que uma primeira consulta demora mais tempo, e uma consulta de seguimento pode ser mais breve, em torno de 20 minutos. No Dante a consulta leva menos

tempo, com exames clínicos e história clínica direcionada para a queixa. É uma consulta mais pontual e menos abrangente.

Qualquer paciente quer uma abordagem com mais empatia por parte do médico, mais conversa, com o lado humano preponderando, além de haver resolutividade e clareza. Há casos em que um acompanhante é fundamental, quando o paciente é menos letrado ou mais idoso. Alguns ajudam, outros atrapalham, mas temos que aprender a lidar com eles. É frequente a situação de *stress* envolvendo o acompanhante e a equipe médica. Alguns cursos de medicina preparam para isso, outros não. Dependendo da área escolhida pelo profissional, deveria haver um preparo específico. Teve algum conteúdo sobre isso durante a clínica médica, porém algo básico, que poderia ser melhorado. Aprende no dia a dia, onde existem situações muito delicadas. Seria interessante aprender com os erros dos outros, seria mais fácil.

No ambiente privado é muito frequente lidar com pacientes que buscam informações na internet, e também nota isto no Dante. Trata-se de um paciente exigente, que demanda mais tempo. É questionador e necessita de uma abordagem diferente. A escola de medicina não está atenta às mudanças no perfil dos clientes, com exceção de alguns poucos casos, em algumas sociedades vêm fazendo reuniões e buscando se posicionar sobre o assunto. O WhatsApp também é um problema bem contemporâneo. É necessário aprender a lidar com isso; precisamos ser humanos, mas devemos nos resguardar.

A percepção é de que já teve *burnout*. Há um estudo no próprio Dante, feito no ano anterior, que demonstrou que mais da metade dos residentes já sentiu algo semelhante ao *burnout*. O *burnout* tem impacto no atendimento do paciente, encurta a consulta, diminui a empatia e pode, de forma perigosa, diminuir a assertividade.

A empatia é importante, mas pode ser opcional para profissionais que escolhem áreas mais técnicas, onde há menos contato com o paciente. Mas para quem vai cursar a área clínica, deveria ser parte obrigatória do aprendizado. Talvez a hora certa para estudar empatia seja na residência médica. O curriculum das escolas de medicina por vezes permite uma abordagem mais humanizada, mas depende dos professores, e da abertura às novas ideias e tendências. Empatia na formação médica é fundamental, ajuda muito.

O médico considera que a comunicação é essencial, sem ela tudo se perde. Precisa ser objetiva e clara e é necessário estar à disposição do paciente para esclarecer. O ensino da comunicação deveria ser mais bem estruturado nas escolas de medicina, ajudaria muito o médico. Tem impacto na adesão ao tratamento. Quanto maior a confiança no médico, a segurança, maior a adesão. Toma alguns cuidados para adequar seu linguajar ao paciente,

considerando sua escolaridade e seu nível socioeconômico. Fala claro, pausadamente, explica, escreve, repete. É preciso se esforçar para melhorar.

Pacientes entendem a explicação, mas acreditam ou não. Aquele que acredita, tem mais chances de aderir. Dá para perceber se o paciente está entendendo, costuma perguntar se o paciente entendeu, ou pede para que o paciente explique o que foi dito, e corrige eventuais erros. Porém, isso toma muito tempo.

Acredita que os pacientes saiam satisfeitos, com um nível 8 de satisfação, porém não consegue agradar a todos. Acredita que seria recomendado devido ao seu lado humano, sua empatia, clareza das informações que passa e também pelo lado técnico. Acredita que pode agradar e ser efetivo com uma nota 8.

4.3 PACIENTES ENTREVISTADOS

Os pacientes foram selecionados ao acaso, sem correlação com o médico que os havia atendido naquele dia. A grande maioria deles já fazia acompanhamento no hospital há vários anos, e em cada consulta que normalmente ocorre em períodos de aproximadamente 6 meses, um novo residente os atende, não sendo eles, portanto, pacientes de um médico em particular.

4.3.1 Paciente #1 M.A.C.

Considera que o tempo ideal é aquele necessário para o médico avaliar os exames e ele sair da consulta entendendo sua condição. A consulta daquele dia havia durado 30 minutos, tempo considerado bom. O médico foi educado, demonstrou interesse e atenção, fez esforços no sentido de dar explicações e demonstrou frustração por não poder acompanhá-lo no longo prazo, o que foi motivo de satisfação. O paciente acha que todos os médicos deveriam ser assim. Já teve uma experiência muito ruim no hospital, há algum tempo, quando uma médica o atendeu de forma antipática, mal-educada e arrogante, usando frases tais como “quem manda aqui sou eu”. Segundo o paciente, a médica em questão não havia conseguido compreender suas dificuldades. O paciente considera que ela, no futuro, poderá ser tecnicamente boa, mas não será uma boa médica como aquele que o havia atendido de forma atenciosa naquele dia, e que ele considerou diferenciado por esta razão.

Um médico deve ser profissional, cordial e interessado, e deve analisar a situação do paciente e os exames. Acha que a forma com que o médico fala é importante, pois poderá desestabilizá-lo ou dar conforto. Um médico seco pode deixá-lo preocupado.

A forma como o médico conversou naquele dia, explicando o porquê da prescrição de certos medicamentos, deixou-o estimulado a tomar a medicação: “Vou começar hoje!”. Considera que a diretoria do hospital deveria estar atenta a este tipo de conduta médica, pois é muito importante. Segundo ele, “Um paciente pode estar morrendo, e a forma como o médico fala pode ajudá-lo a se recuperar”. Embora se considere curioso, comentou não procurar na internet informações sobre sua saúde: “Prefiro aprender com os médicos”.

Acredita que conseguiu explicar claramente sua situação. O médico havia lido seu prontuário antes de ele entrar na sala e já havia entendido sua condição, algo que ele considerou “sensacional” e indicativo de interesse por parte do profissional. Foi perguntado cerca de três vezes se ele havia entendido as explicações, pois o médico não queria que o paciente saísse da consulta com dúvidas. Fez ainda um desenho para explicar a condição ao paciente, algo que gostou muito: queria levar o desenho com ele, mas ficou com vergonha de pedi-lo para o médico. Ele considera essencial saber para que serve o medicamento prescrito e como tomá-lo, pois isso facilita a adesão ao tratamento.

Foi envolvido na decisão de tomar medicamento distribuído pelo SUS ou comprado em farmácia. Foi explicado que o remédio “de farmácia” era “mais forte”, mas ele teria que pagar por ele; a seguir, o médico verificou o preço do medicamento em seu próprio celular e o informou ao paciente. Ao verificar que o remédio “de farmácia” era muito mais barato do que ele imaginara inicialmente, decidiu comprar o remédio “mais forte” na farmácia e iniciar o tratamento imediatamente.

Por toda a atenção e interesse percebido durante a consulta, o paciente se considerava muito satisfeito, dando nota 20 para o atendimento recebido e disposto a recomendar o profissional que o atendeu caso tivesse esta oportunidade.

4.3.2 Paciente #2 S.R.C.S.

Considera que 15-20 minutos de consulta é o tempo máximo necessário, e sua consulta havia durado cerca de 15 minutos. Também considera o profissional que a atendeu simpático, preparado e organizado, pois estava com o seu prontuário nas mãos. Foi atendida sem pressa.

O médico precisa “olhar no olho” do paciente, isto é muito importante. Deve ainda deixar o paciente fazer perguntas e “tirar os medos”, esclarecer suas dúvidas e alguns mitos

relacionados a informações obtidas na internet. Já havia passado em consulta, em outras instituições, onde os médicos (um clínico geral e um ginecologista) não haviam dado a devida atenção a ela, o que a deixou chateada e a fez trocar de médicos. Disse não ter gostado da abordagem, pois os profissionais não olhavam no olho dela, ficavam só no computador preenchendo tudo. Um deles cortava as perguntas feitas por ela, questionava suas solicitações de exames, dando à paciente a impressão de que não valorizava suas solicitações, e se considerava o único que sabia o que era necessário para ela, pois era o médico.

“Eu pago por um bom atendimento, então troquei os médicos, pois há muitos ginecologistas e clínicos gerais...”. Ela se identificou com esses novos profissionais e consulta com eles até hoje.

Segundo ela, o médico precisa explicar para que serve o remédio, como forma de estimular a adesão, e pretende seguir as recomendações do médico que a atendeu.

Embora não estruture antecipadamente uma relação de informações que quer obter do médico durante a consulta, costuma buscar informações no Google quando algo a está incomodando, e traz para o médico, para saber sua opinião. Sabe que nem tudo que está na internet é confiável. Já havia seguido condutas erradas após ler informações na internet, e que foram contraindicadas pelo médico que a atendeu posteriormente.

Considera que conseguiu explicar claramente sua situação. O médico que a atendeu, por sua vez, fez muitas perguntas e complementou informações no prontuário sobre o seu histórico familiar. A paciente estranhou, pois achava que as informações já estariam lá (a respeito da hipercolesterolemia familiar), pois havia falado sobre isso várias vezes anteriormente. O médico prestou atenção, teve uma visão completa da paciente e falou detalhadamente sobre cada resultado dos exames. Tirou todas as dúvidas e não se recusou a responder nada.

O médico não verificou se ela havia compreendido as orientações, mas ela não sentiu falta disso, pois a conversa havia sido muito esclarecedora. O médico evitou um linguajar muito complexo, embora ela tenha um bom nível educacional e facilidade para compreender orientações na área da saúde.

Deu nota 9 para sua satisfação com o atendimento, pois considerou que a demora para ser atendida, cerca de 1h15min de espera, havia sido muito longa, e portanto não daria uma nota 10. No entanto, deu uma nota 10 para os médicos e para sua intenção de recomendá-los, pois considerou que a demora no atendimento e na marcação da nova consulta não era culpa deles.

4.3.3 Paciente #3 N.O.

Considera que o tempo ideal de consulta depende da gravidade do paciente, porém uma consulta em torno de 30 minutos seria ótima. A consulta daquele dia havia durado cerca de 20 minutos, tempo considerado bom. A recepção do médico foi “formidável”, gostou muito, pois ele foi atencioso e o atendeu sem pressa. O paciente é um atleta disciplinado que segue corretamente as recomendações médicas, pois já teve amigos de sua idade que tiveram problemas ao praticarem atividade física.

Quer atenção, conversar com o médico sem pressa, e quer ainda que o médico reconheça que ele é um paciente esforçado e em boa forma para a idade. O médico havia dado parabéns pelos seus esforços e resultados, algo muito importante, e que o deixou feliz e “estimulado”.

Sua disciplina faz com ele anote em um papel as perguntas que quer fazer, para não esquecê-las. Havia trazido naquele dia algumas dúvidas sobre “conselhos” lidos nas redes sociais, que mencionam que “isto é bom, aquilo é ruim”. Procura esclarecer dúvidas com os médicos, mas admite: “pergunto muito ao Google sobre aquilo que leio nas redes sociais, como alimentos por exemplo, e sigo suas recomendações, pois levo seis meses para voltar ao médico”. Citou ter lido que tomar testosterona era bom e passou a tomá-la diariamente. Ao voltar ao Dante após alguns meses, o médico ficou assustado com o nível de testosterona no resultado dos seus exames, segundo ele equivalente aos de um homem de vinte e cinco anos. Então precisou suspender a testosterona por recomendação médica.

Acredita que o médico o entendeu perfeitamente, pois conversaram bastante e o profissional estava muito interessado. Diz confiar muito nos médicos e “acata tudo direitinho”. Aparentemente, o simples fato de saber que ele tem uma doença, como a hipertensão arterial, já é motivo suficiente para que ele tome as medicações prescritas da forma recomendada. O médico não verificou sua compreensão das orientações ao final da consulta, porém diz não ter dúvidas pois haviam conversado, e não havia recomendações formais para serem seguidas até a próxima consulta. No entanto, ele deveria fazer uma série de exames, para acompanhamento, mas não sabia bem o porquê (creatinina, sódio, potássio).

Considera o Dante Pazzanese um dos melhores hospitais que conhece, dando nota 9,5 para sua satisfação, e diz que já recomenda o serviço do hospital para alunos de natação e hidroginástica.

4.3.4 Paciente #4 N.F.S.

Acha que uma consulta encerra quando tira todas as dúvidas, não havendo, portanto, um tempo pré-definido. O tempo de consulta no Dante é de cerca de 15-30 minutos, considerado bom. Passa com um médico diferente a cada consulta, mas todos possuem as informações sobre o seu caso. Os médicos atendem sem pressa, querendo ajudar. Fica feliz com isto, pois “ver a dedicação dos médicos não tem preço!”. Considera que o tratamento no Dante é muito bom, pois os médicos demonstram interesse por ele, e naquele dia havia conversado com 4 ou 5 médicos durante seu período de consulta, o que o fez entender que a equipe médica está tentando ajudar e dando alternativas. Sentiu-se valorizado.

Quer atenção por parte do médico que o atende, quer ser acalmado por ele e ter seu problema resolvido. Encontra isso no atendimento que recebe no Dante. A medicina é uma profissão que cuida de vidas e, por isso, quer atenção e comprometimento. Isto conta muito.

Possui o WhatsApp de um médico do Dante, com quem “conversa direto”. Não tinha visto isso em outro hospital. Acha muito bom, mas procura tomar cuidado para não importunar o médico com frequência. Consegue receber explicações claras sobre dúvidas sempre que precisa, por possuir o WhatsApp do médico.

Sentiu-se valorizado pelo médico ao perceber seu interesse e dedicação, e considera que isto ajuda na adesão ao tratamento recomendado. Agora precisa fazer a sua parte, aderindo ao tratamento. “Se uma pessoa que nem me conhece se dedicou para mim, então eu tenho que me dedicar em dobro. Não depende só do médico”. Acredita que os pacientes seguem as orientações médicas porque querem melhorar ou porque têm medo. Gosta de autoridade e de receber comandos objetivos e diretos, que ensinem o que deve fazer.

Quanto ao Google, quando veio uma alteração nos seus exames, procurou no buscador todas as informações sobre a alteração e então ficou mais calmo. Comentou com o médico o que havia lido, e este procurou acalmá-lo, explicando que há coisas boas e ruins na internet. O médico não recomendou algum site confiável para a busca de informações.

O médico entendeu perfeitamente suas dúvidas, e conversaram bastante: “ele estava preocupado, olhou nos meus olhos e demonstrou interesse. Me senti muito valorizado.” Considera o atendimento no Dante diferente de outros hospitais públicos e acredita que entendeu perfeitamente as recomendações. O médico perguntou “mil vezes” se ele havia entendido, e explicou tudo nos mínimos detalhes. Também fez perguntas sobre aquilo que havia explicado: “... ele disse: você tem um pequeno desvio, e explicou o que era. Depois me

perguntou: o que é um pequeno desvio?”. Após sua explicação o médico disse que ele havia entendido. Achou “muito bacana” a abordagem do médico.

As recomendações recebidas foram consideradas fáceis, e acredita já cumprir a maior parte delas. Disse estar muito satisfeito, e que daria uma nota maior do que 10, se houvesse. Recomendaria sem dúvida o médico que o atendeu.

4.3.5 Paciente #5 V.M.S.

A paciente havia passado por uma primeira consulta, que durou cerca de 30 minutos, tempo considerado ideal. Estava muito nervosa devido a problemas ocorridos durante a interação com alguns funcionários do hospital, porém foi atendida de forma tranquila e atenciosa durante a consulta médica. A médica lhe pediu calma, pois percebeu seu nervosismo. “Ela foi acolhedora, fiquei mais tranquila”. Havia recebido um diagnóstico muito ruim em outro hospital, e os médicos não haviam “olhado na minha cara”; estava no Dante em busca de uma terceira opinião. Já havia passado em um hospital particular com seus exames, e o médico que lhe atendeu lá não havia explicado a situação, embora estivesse “ganhando para isto”.

Para ela, o médico deve ser acolhedor, estar firme sobre o que está falando e passar confiança. Não deve apenas prescrever uma dipirona, um anti-inflamatório, e mandar o paciente para casa, pois muitas vezes não é tão simples. Ele precisa se colocar no lugar do paciente. Quando não olha para o paciente, não investiga a situação dele. “Hoje em dia nem todos os médicos estão capacitados para atender os pacientes, tanto no aspecto empático quanto técnico. “É triste”.

Havia recebido explicações claras e coerentes, a médica havia atendido suas expectativas. Trabalha na área da saúde, mas por vezes tem dificuldades para entender diagnósticos. Compreendeu sua situação durante a consulta e sentiu-se mais tranquila, era o terceiro local onde procurava ajuda. Os médicos anteriores não lhe deram expectativas de melhoras, diziam “você vai morrer!”. No Dante havia recebido uma expectativa de que não morreria, de que poderia melhorar.

Ao receber o diagnóstico de que possuía uma doença grave, havia procurado informações no Google, e em livros de cardiologia. Estava com dificuldades para dormir desde então. Só teve as dúvidas realmente esclarecidas naquele dia. Foi envolvida nas decisões e procedimentos. Ao solicitar outros exames, a médica explicou delicadamente que precisava deles, pois era a regra do hospital.

O que a ajuda a tomar o remédio prescrito é perceber coerência no diagnóstico. “Se o médico falar que vou morrer, porque vou tomar remédio?” Porém, se o médico explicar, qual a melhora esperada com o uso da medicação, a atitude muda. “É tudo uma questão de conversa.” É importante entender para que serve o remédio, pois remédios são caros. Se vou morrer, prefiro gastar meu dinheiro viajando, em vez de comprar remédios.” Os médicos não explicam para que serve o remédio. Trabalha como técnica de enfermagem em outro hospital, e comenta que é muito frequente os pacientes virem perguntar para ela para que serve o remédio prescrito, pois o médico não explicou. Por vezes o paciente não toma o remédio, simplesmente porque não sabe para que serve.

Seu grau de satisfação com o atendimento é 10, e diz que recomendaria a médica que a atendeu pelo profissionalismo e segurança que passou. Levaria a médica para trabalhar no hospital onde ela trabalha, se pudesse. “Precisamos de mais profissionais assim, acolhedores, com competência e comprometimento”.

4.3.6 Paciente #6 M.N.F.

Em acompanhamento no hospital há 13 anos, diz que a consulta dura uns 25 minutos, e que os médicos não ficam apressando a consulta. Fica mais tempo esperando ser atendida do que em consulta propriamente.

Os médicos geralmente são educados, dão a mão, perguntam como está. Sente-se muito bem com isto e retribui dando parabéns pelo atendimento, ao final da consulta, pois acredita que isto fará com que os próximos pacientes também sejam bem tratados. É preciso dar o seu melhor em tudo o que fizer, e isto vale também para os médicos, pois faz uma grande diferença. O olhar que ele dirige ao paciente, as primeiras palavras já dizem se ele é um bom profissional ou não, como ele vai atender o paciente. “O cartão de visitas de um médico é o jeito que ele olha para o paciente”.

Já passou em consulta várias vezes com médicos que não davam atenção. Então busca uma oportunidade para perguntar: “Dr, a gente pode conversar agora?” Nem todos recebem isto bem. Pergunta também “Se você levasse seu pai ou mãe ao médico, como é o tratamento que você gostaria que recebessem? Do jeito que o senhor me trata?”. O médico questionado teria respondido que ele era profissional, e a resposta foi “Quem é profissional tem que exercer a profissão!” O médico então mudou a postura. A atitude do paciente faz muita diferença. Espera compreensão da parte do profissional, que ele esteja preparado para entender a dor do paciente,

a dor da alma, pois é um dever dele. O acolhimento ajuda a curar. “Alma sã, corpo são”. Do ponto de vista técnico, ele precisa avaliar os exames, perguntar como o paciente está, se houve melhoras, e precisa acolher as respostas.

Há alguns médicos que parecem estar atendendo apenas para ganhar o dinheiro. Alguns tem menos tempo, mas costumam perguntar, ouvir, responder, às vezes sem muito carinho ou simpatia. Algumas vezes anota as perguntas que quer fazer durante a consulta, para não esquecer. Não costuma procurar informações no Google pois sabe que lá existem informações que não têm relação com o problema dela.

Os médicos da Dante possuem um supervisor ao qual recorrem se não sabem ao certo o que fazer. Lê a bula de todos os remédios que toma, faz perguntas para os médicos, avisa que está com algum sintoma que acredita ser relacionado ao tratamento. Alguns médicos não têm a preocupação de explicar os sintomas. Já deixou de tomar remédios pois passou mal à noite, levantou e foi ler a bula. Então descobriu que a prescrição era de um antidepressivo. Acreditava ser um anti-inflamatório. Voltou ao médico que, ao vê-la, exclamou “Já sei, você leu a bula!”. Disse ao médico que não iria tomá-lo novamente, e o médico trocou a prescrição, mas ela desistiu de tomá-lo. Alguns médicos falam sobre possíveis eventos adversos, orientam a voltar ao médico, e não simplesmente suspender a medicação. Outros não falam nada sobre isto. Acredita que o médico que prescreveu o antidepressivo tinha a obrigação de informar sobre o medicamento, pois quando o paciente se sente mal com o remédio, ele para de tomar, e é exatamente isto que não deve ser feito.

Nem todos os médicos verificam a compreensão do paciente, porém alguns perguntam se ela tem dúvidas. Alguns são sisudos. Não adianta o médico falar se ela não faz o que ele fala. Todos devem estar na mesma sintonia.

Mandam fazer atividade física todos os dias, mas ela faz três vezes por semana e acha que está ótimo.

A única coisa da qual não gosta no Dante é a demora. O tratamento é bom. Há alguns médicos frios, mas com capacidade técnica. Admira o profissionalismo das pessoas, e se tivesse que escolher entre dois médicos competentes, um frio e outro simpático, escolheria o médico simpático. Dá uma nota 8 em satisfação com o atendimento médico, “apesar de eles serem jovens”.

4.3.7 Paciente #7 F.N.S.

Considera que até 10 minutos é uma boa consulta, mas depende do paciente. Sua consulta naquele dia havia durado 25 minutos. O paciente diz que demora mais aguardando na sala de espera. No Dante a consulta dura em torno disto, 10 - 20 minutos. É um atendimento excelente, dão bom dia, com satisfação e um sorriso no rosto. “Sempre foi assim neste hospital: os médicos são simpáticos, educados, olham no olho. Sinto-me honrado. Como tenho baixa renda, nem sabia que podia conseguir um tratamento assim”.

Já foi maltratado em seu estado natal (MG), e o médico mal olhou no seu rosto. Reagiu exigindo que o médico escrevesse o que havia dito, e assinasse, pois não acreditou na conclusão do profissional, que se recusou a escrever o diagnóstico conforme solicitado. Era um médico idoso e mal-educado, mas com muita experiência. Quando retornou para uma nova consulta, pediu para ser atendido por outro médico, mais novo, que o tratou bem. Quanto ao Dante Pazzanese, acha que seus profissionais são especializados em atender as pessoas.

O paciente quer que os médicos conversem direito com ele. Um bom atendimento profissional, em qualquer área, requer educação, tratar bem o outro, conversar. É capaz de aceitar notícias ruins, mas não aceita atitudes como rispidez e falta de educação por parte de um médico. Os médicos do Dante atendem sua expectativa: “Primeiro Deus, depois eles”.

Não procura informações na internet com frequência por não ter muita habilidade em fazê-lo, diz não seguir informações da TV. Nenhum médico recomendou um site para busca de informações.

Teve oportunidade de falar sobre o que estava acontecendo, fazer sua queixa e contar o que estava se passando. O médico examinou seus dados no computador, fez várias perguntas, demonstrou interesse e olhou nos seus olhos. Sentiu-se bem e feliz com o bom atendimento, valorizado. Isso ajuda na hora de tomar o remédio. Outra razão para tomar corretamente os remédios é porque gosta de viver.

Recebeu explicações claras e sentiu-se bem. Percebeu que o médico estava querendo ajudar, buscando o melhor para ele. Isto aumenta a vontade de fazer o que o médico está pedindo. Consultas com médicos frios e secos causam uma certa depressão.

Sabe como deve proceder até a próxima consulta, e o médico perguntou se ele havia entendido, se tinha alguma dúvida. Não planeja perguntas para serem feitas durante a consulta, mas costuma perguntar quando não entende alguma coisa. Discutiu com o médico sobre os procedimentos a serem adotados, recebeu conselhos e recomendações.

Deu nota 9,5 para a sua satisfação e certeza de que recomendaria o atendimento do profissional que o atendeu. Já recomenda o Dante para amigos, porém não recomendaria um médico que o tratou mal, mesmo que fosse tecnicamente bom, a menos que este médico mudasse a postura.

4.3.8 Paciente #8 A.T.

Considera que cerca de 30 minutos é um bom tempo de consulta. Trata-se no Dante há cerca de 15 anos. Os médicos são sempre atenciosos, sempre foi bem atendido. Eles conversam, dão bronca (risos). Em outros locais já passou em consulta com médicos que não deram atenção, nem sequer olharam para ele, apenas pediram exames sem perguntar nada. Ficou muito irritado com isso, não quer retornar.

Quer que o médico veja seus exames, explique os resultados e o tratamento. Ele deve falar o nome do paciente, olhando para ele. Os idosos querem este tipo de atenção, é importante para eles que o médico fale o nome do paciente, com gentileza. Isto demonstra interesse por parte do médico, e ajuda o paciente a aceitar o tratamento, a se cuidar. Sua acompanhante explicou tudo para o médico, pois está a par do tratamento.

Quando o médico não lhe dá atenção, fica com “cisma”, não quer tomar o remédio. Porém, quando é bem tratado, acha mais fácil tomar o remédio prescrito, acredita que pode resolver o seu problema, quer fazer direitinho o que o médico falou. Por vezes acha que o médico não vai se preocupar se está tomando ou não o remédio, porém quando recebe uma “bronca”, percebe que não é bem assim. Melhora a adesão ao tratamento cerca de 3 meses antes da consulta, pois tem medo de levar bronca do médico ou da “chefe” dos médicos, pois sabe que os médicos percebem, pelos exames, se ele está tomando ou não a medicação.

Acredita que o médico entendeu seus problemas e dúvidas. Ele foi atencioso e deu explicações e dicas valiosas, como relacionar o aumento da glicemia com algum alimento ingerido no dia anterior, e assim entender quais alimentos deveria evitar para controlar o aumento da glicemia, ou ainda, disse que em vez de parar de ingerir alguns alimentos que gostava muito, poderia reduzir seu consumo durante a semana, e aumentar um pouco o consumo nos finais de semana. Ficou agradecido pelas dicas e pretende segui-las.

Os médicos do Dante se preocupam em explicar, e perguntam se entendeu as explicações. Estava satisfeito e deu nota 10 pelo atendimento. Na consulta o médico lembrou dele, o que o deixou muito feliz e o fez sentir-se valorizado. Recomendaria seu atendimento

com certeza, pois ele é bem atencioso, e se preocupa com o paciente, explica bem. Olhou no seu olho, e isto é importante.

4.3.9 Paciente #9 I.T.

Considera que em torno de 20 minutos é um bom tempo para uma consulta, mas depende muito do médico, dos questionamentos dele. É preciso ser sincero com o médico. Os médicos são muito simpáticos, e isto é muito bom. É tratado com respeito por eles, e isto é a base de tudo. Não sente pressa por parte deles, passa em consulta no Dante desde setembro de 2018. São médicos jovens, e prefere ser atendido por eles, acha ótimo.

Quer ser atendido com carinho, atenção, e quer que os médicos passem confiança, expliquem o máximo que puderem. É atendido assim no Dante. O relacionamento médico-paciente deve ser honesto, e o paciente deve ser sincero com o médico, caso contrário não há como o médico ajudar.

Em outro local, já passou em consulta onde o médico que não lhe deu atenção, não olhou nos seus olhos, apenas no questionário, fazendo perguntas sem sentido algum. Sentiu-se muito mal, desvalorizado, e achou que o médico estava lá por mera obrigação.

Não costuma procurar informações na internet ou televisão, prefere falar diretamente com os médicos. Não planejou previamente o que perguntaria, e nunca recebeu, por parte dos médicos, indicação de algum site para busca de informações. Às vezes vê algo na TV, mas não se apega a esse tipo de informação.

O médico compreendeu seus problemas. Fala exatamente o que faz no dia a dia. Alguns dias antes havia recebido uma bronca do médico devido aos resultados de seus exames (risos), e o médico também fez várias perguntas, demonstrando interesse e preocupação. O médico perguntou se ele havia entendido, mas ele disse que não tinha dúvida alguma. Se tem dúvidas, questiona o médico a respeito, pois acha que falam uma língua que ele entende.

Acredita que é possível seguir as recomendações recebidas, pois tem disciplina. Toma o remédio corretamente, senão não irá melhorar, e acredita que tem que ser assim. Não adianta vir ao médico, ouvir muitas orientações e não fazer o que ele diz. Não haverá resultado algum. Preocupa-se com a vida e tem hábitos saudáveis.

Avalia sua satisfação com nota 10, pois foi bem atendido, e recomendaria “totalmente” o médico que o atendeu. Porém não recomendaria o médico que o atendeu em outro local,

olhando apenas para o computador e não para ele. É muito bom sentir-se valorizado, ser bem atendido. É algo que espera de qualquer profissional.

4.3.10 Paciente #10 T.R.C.O.

A paciente considera que 30 minutos é tempo suficiente para conversar com o médico, tirar dúvidas. Considera os médicos muito atenciosos, e adora o hospital, onde se trata há cerca de 20 anos. Ao ser chamada para a consulta, foi recebida carinhosamente, acolhida, foi muito bom. Qualquer pessoa se sente bem se for acolhida, não interessa se está com dor ou não. Um sorriso, uma palavra, já melhora bastante o dia. Está no hospital em busca de melhorar a sua saúde, e se entrasse na sala e o médico estivesse de cara fechada, feia, sem olhar para a paciente, sem perguntar nada, seria muito ruim para ela.

É importante que o médico converse, dê atenção ao paciente, pergunte. Há muitas informações no prontuário, mas sempre há mais. Também é importante que ele olhe no olho. No posto de saúde já passou em consulta com médicos que não olharam nos seus olhos, e sentiu-se muito mal com isto. Entrou na sala e o médico disse “qual é a sua reclamação?”, olhando apenas no papel. Já discutiu com um médico por esta razão. Disse ao médico que ele estava conversando com outro ser humano, e que estava lá porque estava precisando. Então o médico debochou e disse: “Então fala, minha querida!”, em tom cínico. Respondeu no mesmo tom: “Meu querido, estou aqui porque preciso de ajuda de um especialista, e acredito que você seja um deles”. Então ele disse “Tá bom, vamos lá!”. Era um médico jovem.

Quer ser tratada como um ser humano, quer ser acolhida pelo profissional. Todos que vão ao médico, vão por alguma razão. Quer que o médico, como profissional, observe bastante a sua situação, quer atenção e orientação acerca do que deve fazer. Quer interesse da parte do médico. Se for orientada, seguirá corretamente o tratamento.

Faz pesquisas na internet. Acredita que conhece algumas coisas sobre saúde, pois já viu vários vídeos no Dante, e quando vê algumas informações na internet acredita saber o que é verdadeiro. Também percebe exageros na internet, e procura seguir o que o médico orientou. Seus médicos nunca recomendaram um site específico. Já teve eventos adversos importantes relacionados a um medicamento que estava tomando, mas não associou ao medicamento em um primeiro momento, somente após assistir a um vídeo no Dante. Atualmente não lê bulas de medicamentos. Mas já fez isto e deixou de tomar o remédio pois sentiu medo, havia muitas contraindicações. Agora prefere perguntar ao médico.

O médico entendeu a sua situação e fez várias perguntas. Comentou sobre alguns deslizes que havia cometido em relação ao tratamento, e ele respondeu que sabia que eu gostava de me cuidar. Ele disse “quem planta colhe, e a colheita é só sua. Você é o que você come” Por vezes um “puxão de orelha” dos médicos é bom, pois assim evita comer o que não deve. Toda vez que vai comer algo que não deve, lembra da bronca que levou do médico.

As recomendações recebidas fizeram sentido, acredita que é por causa delas que ainda está viva. Entendeu e fez perguntas para o médico. Sabe que sua situação é delicada, que deve fazer exercícios regularmente e que deve tomar remédios para sua doença não progredir. Faz caminhadas, toma os remédios corretamente e faz todos os exames. Nunca perdeu uma consulta e as planeja, trazendo anotadas as dúvidas para perguntar ao médico. O médico não perguntou se ela havia entendido as explicações.

Atribui nota 10 à sua satisfação com o atendimento, e recomenda o hospital. Quanto teve infarto os médicos a acolheram com muito carinho, e os enfermeiros também. Porém não recomendaria um médico que não se interessa pelo paciente, que está ali só para cumprir o horário dele. “Isto é triste, terrível”.

4.3.11 Paciente #11 J.P.S.

Considera 15 minutos um bom tempo para consulta, embora a sua consulta daquele dia tivesse durado bem menos. Porém, o médico já havia lido seu prontuário quando entrou no consultório e já conhecia sua conduta como paciente. Por vezes gostaria de fazer mais perguntas, mas sabe que há várias pessoas esperando o atendimento, e isso o impede de fazer muitas perguntas e o leva a sair da consulta com algumas dúvidas.

O médico que o atendeu foi muito atencioso, porém, como havia muitos pacientes, não deu tempo de esclarecer alguns pontos. No “bom sentido”, recebeu uma bronca por não ter tomado seus remédios corretamente. Mencionou que a razão para a não adesão seria a falta de dinheiro para comprar os medicamentos.

Acha importante o médico olhar nos olhos do paciente, e acha que a maioria dos médicos não dá muita atenção, não olha. Isto faz com que se sinta retraído e com medo de fazer perguntas. Menciona gostar de um médico em particular, no qual confia muito pois lhe dá muita atenção e é muito taxativo, confiante. Afirma que médico deve ser “Confiante e atencioso. Precisa olhar e perguntar (quanto às recomendações): você está gostando disto, está bem para você?”.

Diz que costuma procurar informações na internet sobre vários assuntos: remédios caseiros, exercícios, alimentação. Então começa a fazer o que leu, e por vezes, quando chega ao médico, descobre que nada estava certo. Porém, nunca conta isto aos médicos. Diz nunca ter recebido orientação médica para buscar informações adicionais em algum site confiável, e acredita que eles ganham algo para recomendar certos remédios. Afirmou, categoricamente, que nunca recebeu informações médicas sobre como proceder diante de eventos adversos, e afirma já ter interrompido sua medicação por cerca de três meses por causa deles.

A única medicação que diz não interromper, mesmo passando mal, é para o tratamento do diabetes, pois sabe que “diabetes é pior que colesterol”. Porém, ao reclamar sobre os eventos adversos com um médico, ouviu apenas que ele deveria continuar tomando a medicação. Somente na próxima consulta, ao reclamar novamente, o médico trocou a medicação. O que o convenceu a tomar a medicação para o diabetes foi a conversa minuciosa do médico com ele. O médico teria detalhado tudo, que sua família tinha um histórico de diabetes, e que a sua saúde dependia dele próprio. O médico “falou comigo como se estivesse dando um conselho. Senti como se ele fosse meu irmão”.

Quanto ao medicamento para colesterol, o médico havia visto, pelos exames, que ele não estava tomando. Foi quando recebeu a “bronca”, que mencionou com um sorriso. Segundo ele a receita venceu, e não conseguiu retirar. Ficou meses sem tomar. Prefere retirar todos os medicamentos na farmácia popular.

Disse que recomendaria o serviço, mas deu uma nota 8 para sua satisfação, principalmente por conta da curta duração da consulta, segundo ele, inferior a 5 minutos.

4.4 DISCUSSÃO

4.4.1 Percepções dos residentes entrevistados sobre a relação médico-paciente

O atendimento ocorre, muitas vezes, em ambientes onde o tempo disponível para interação com o paciente já está aquém daquele considerado ideal, de forma análoga à descrita por Lee (2016), Haussman (2004), Gregório (2009) e Larson e Yao (2005). Embora varie conforme o paciente e sua condição, o tempo considerado ideal pelos médicos oscila entre 40 – 60 min, e dificilmente pode ser praticado no dia-a-dia (exceção feita às consultas particulares).

Os médicos entrevistados observam um crescente uso de pesquisas no Google, influência de redes sociais, TVs e outras mídias, no comportamento e nas expectativas dos pacientes e de seus acompanhantes quanto à consulta médica, conforme descrito por Gregório

(2009), Ball e Lillis, (2001), Eysenbach e Jadad (2001), Pemberton e Goldblatt (1998, citado por Eysenbach & Jadad, 2001), Eric Topol (2015, citado por Kim, 2015), Susskind e Susskind (2015), Diaz et al. (2002). Isso ocorre principalmente com os pacientes de consultórios onde são atendidos pacientes particulares ou com planos de saúde. No entanto, esse fenômeno também já é muito frequente com os pacientes do Instituto Dante Pazzanese. Com isso, os pacientes podem interpretar sua condição de forma errada, solicitam exames desnecessários, e trazem informações desconexas ou incoerentes, ficando ansiosos e preocupados. Como mencionado por Eysenbach e Jadad (2001), os residentes comentam que estes pacientes necessitam de uma abordagem diferenciada para sentirem-se satisfeitos e são mais exigentes e questionadores. É preciso desconstruir algumas de suas conclusões e orientá-los de forma correta. Essa abordagem diferenciada para o paciente mais informado toma mais tempo do médico e prolonga as consultas. Em adição aos problemas ligados à busca de informações na internet, mencionados na revisão teórica, ela não abordou um problema recente: pacientes que pedem o número de WhatsApp do médico, o que pode criar outros problemas como o recebimento de mensagens fora do horário de atendimento médico. Aprender a lidar com este novo modo de comunicação com o paciente, e estabelecer limites, é um desafio relativamente recente para os profissionais.

Diante da necessidade de administrar o tempo da consulta, muitos médicos tornam-se mais objetivos, reduzem a discussão sobre dúvidas e curiosidades do paciente, limitando sua abordagem à queixa principal. A consulta torna-se menos agradável e mais objetiva; tal condição foi descrita por Larson e Yao (2005), Pemberton e Goldblatt (1998 citados por Eysenbach & Jadad, 2001), Hausman (2004) e Lee (2016), ao afirmarem que as pesadas cargas de trabalho atualmente impostas aos médicos dificultam o comportamento empático durante seu atendimento. Entretanto, na tentativa de gerenciar tal situação, alguns residentes procuram deixar a parte burocrática da consulta pronta antes de chamar o paciente, a fim de obter mais tempo com ele; outros procuram ser mais rápidos com pacientes mais “fáceis” e reservam mais tempo para uma primeira consulta com outro paciente, ou para casos mais graves. Essa forma prática de gerenciar o tempo da consulta não foi mencionada nas referências pesquisadas.

A percepção das expectativas do paciente quando chegam para a consulta varia, mas além de estarem mais exigentes, conforme já mencionado, querem que o médico resolva seu problema, querem soluções rápidas e também querem saber o que está acontecendo com eles e qual vai ser a conduta, qual o remédio e seu o impacto em sua qualidade de vida; querem receber orientações e atenção, querem acolhimento e cordialidade, atendimento humanizado e empatia.

Querem falar e desabafar. Tais expectativas, embora aqui mais detalhadas, estão de acordo com aquelas descritas na revisão teórica por Rao et al. (2000), Boquinen et al. (2015), Miles e Leinster (2010, citados por Boquinen et al., 2015), Bendapudi et al. (2006), Lee (2016) e Zyzanski et al. (1998 citados por Stewart et al., 1999).

Apenas os atributos de acessibilidade do médico, indicados por Boquinen et al. (2015), não foram especificamente mencionados, porém é importante notar que a pesquisa foi feita em um hospital público que, embora tenha um atendimento acima da média de seu segmento, ainda possui restrições claras e já conhecidas dos pacientes, como um tempo de atendimento que dificilmente excede 15-20 minutos, e com consultas agendadas, via de regra, a cada seis meses apenas.

Todos os entrevistados reportavam episódios de esgotamento, ainda que não tenham recebido um diagnóstico formal de *burnout*, confirmando a alta prevalência dessa condição encontrada no meio médico por Maslach et al. (2001), Lee (2016), Nedrow et al. (2013) e Dolan et al. (2015). Eles admitem sofrer muitas pressões sociais, familiares e pessoais, e consideram a residência médica um período especialmente *crítico* para o desenvolvimento de *burnout*, um teste psicológico para o jovem profissional, devido à enorme carga de trabalho, que vai muito além daquela formalmente declarada no contrato de residência médica que assinaram.

Embora com alguma relutância, todos afirmam que o esgotamento profissional que os atinge, especialmente após os plantões, tem impacto na forma como atendem os pacientes, e que esse impacto pode, às vezes, durar alguns dias. Os residentes entrevistados relataram que se sentiam irritados, impacientes, desatentos, menos empáticos, mais objetivos e menos abertos às considerações dos pacientes. Outro sentimento relatado com frequência em momentos de *burnout* é o menosprezo pelo paciente. Tais relatos corroboram, em grande extensão, as informações de que a empatia é afetada pelo *stress*, como descrito por Lee (2016), Maslach et al. (2001), Firth-Cozens e Greenhalg (1997), Haas et al. (2000), Balch et al. (2011), DiMatteo et al. (1993) e Shanafelt e Noseworthy (2017).

Nenhum entrevistado declarou ter sofrido *burnout* ainda durante a faculdade, conforme pesquisado por Dyrbye et al. (2013), cujo trabalho demonstrou grande prevalência de *burnout* também nesse ambiente. Porém, os entrevistados não mencionaram sentir, em momentos de *burnout*, que não faziam diferença na vida dos pacientes, por exemplo; ou ainda, que possuíam problemas pessoais e tendências suicidas, conforme mencionado por Shanafelt et al. (2011), Gabbard et al. (1987) e Shanafelt e Noseworthy (2017). Apenas a depressão foi mencionada por um dos entrevistados.

A presença de acompanhantes é considerada pela maioria como positiva, e vista como fonte de informações adicionais e mais corretas sobre a saúde e conduta do paciente, além de serem valiosos aliados para a agilização de exames, no tratamento e no esclarecimento de dúvidas para o paciente. Entretanto, o acompanhante também é visto como alguém potencialmente irritante, capaz de fazer exigências sem fundamento e como uma fonte potencial de conflitos com a equipe médica, especialmente em situações mais delicadas, como nos PAs e UTIs. Os entrevistados não se sentem preparados, treinados, para essas situações de tensão. Muitos já passaram por situações tensas com acompanhantes. Tais relatos vão ao encontro das conclusões de Stewart et al. (1999) e Beckman et al. (1994).

Os residentes entrevistados admitem ser necessário aprender a lidar com acompanhantes, afim de melhorar a relação, corroborando a importância da comunicação empática para a melhora do relacionamento, conforme indicado por Hardee (2003), Bellet e Maloney (1991), Stepien e Baernstein (2006), Halpern (2001, citado por Larson & Yao, 2005), Riordan (2014), Wilmer (1968), Makoul et al. (2001) e Travaline et al. (2005).

Quanto à compreensão dos pacientes sobre as orientações médicas ser, em geral, considerado baixo, surgiu a indicação de que isso exige uma abordagem cuidadosa do médico, no sentido de ser entendido. Em uma visão positiva, os entrevistados creem que o paciente consegue compreender 60-70% daquilo que é cuidadosamente explicado. O acompanhante, muitas vezes, é visto como alguém que pode ajudar nesse ponto. Isso confirma os achados de Safeer e Keenan (2005) e Williams et al. (2002), que concluíram que a compreensão dos pacientes em geral é baixa e que os médicos tem dificuldades em aferir o nível correto de compreensão do paciente, após suas explicações.

Muitos residentes reportam já ter atendido pacientes que não sabiam qual era sua doença ou a razão para tomar os remédios prescritos, embora estivessem em acompanhamento há algum tempo. Esse problema surge também nos trabalhos de Beckman et al. (1994) e Stewart et al. (1999), devido à explicação inadequada da doença e do tratamento, e nos artigos de Safeer e Keenan (2005) e Williams et al. (2002), como resultado da dificuldade de compreensão do paciente, como já mencionado.

A empatia é considerada um componente fundamental, uma necessidade atual dos médicos, a base de um bom relacionamento com o paciente, sem a qual não há confiança por parte dele, conforme mencionado por Larson e Yao (2005) e Glaser et al. (2007). Hojat et al. (2002b), Hojat et al. (2009), Stepien e Baernstein (2006), Ong et al. (1995) e Bellet e Maloney (1991). Os entrevistados entendem que é preciso evitar tratar o paciente de forma automatizada

e que é necessário criar uma conexão com eles, perceber que eles não querem só medicação, mas também orientação.

Os residentes fazem muitas críticas à falta de atenção dada ao assunto pelas escolas de medicina que frequentaram, problema descrito por Larson e Yao (2005), Hardee (2003), Spiro (2009), Mattingly (citado, por Jeffrey, 2015) e Lee (2016), por vezes consideradas desatualizadas sobre essas necessidades e focadas quase exclusivamente na parte técnica da profissão. A revisão teórica feita também menciona a predominância do aspecto técnico da profissão médica durante a faculdade, citada nos trabalhos de Jeffrey (2015), Hardee (2003), Hojat et al., (2009), Larson e Yao (2005), Spiro (2009) e Paro (2013). Os entrevistados acreditam que deveria haver mais ênfase na empatia durante sua formação, que os residentes deveriam ter sido melhor preparados, com treinamentos práticos e disciplinas específicas sobre o assunto, especialmente para os que optam por uma especialidade mais clínica, crença que está alinhada com Hardee (2003); Lee (2016); Travaline et al. (2005); Shield et al. (2011); Makoul et al. (2001). Os entrevistados afirmaram que aprendem sobre a importância da empatia em cursos de pós-graduação e outros, e também observando familiares que são médicos. Vários mencionam, ainda, os professores com quem tiveram contato durante a formação médica como exemplos de comportamento empático que procuram seguir. No entanto, destacam que esses professores se preocupavam em ter um comportamento empático devido a suas crenças pessoais e a sua experiência, e não devido a uma postura ou orientação formal das universidades onde ensinavam. Embora infrequentes, algumas escolas de medicina possuem iniciativas mais estruturadas para o ensino da empatia e do humanismo, sempre classificadas como importantes pelos entrevistados que as frequentaram.

Com relação especificamente à comunicação, componente fundamental do comportamento empático, os entrevistados consideram-na extremamente importante, alinhados com Ong et al. (1995), Wilmer (1968), Larson e Yao (2005), Zolnierrek e DiMatteo (2009), Mast, (2007); Macklin (1993), Appelbaum et al. (1987), Katz (1984), Emanuel e Dubler (1995), Travaline et al. (2005) e Shield et al. (2011). Esta é considerada um fator capaz de modificar os desfechos da consulta: uma comunicação empática, segundo eles, permite ao paciente entender melhor sua condição, a necessidade de fazer exames e de seguir as orientações feitas pelo médico. Isso o torna mais confiante e aderente, aumentando a possibilidade de atingimento das metas do tratamento. Essas percepções concordam com os achados de Ong et al. (1995), Stewart et al. 1999, Stewart 1995, Brock e Salinsky (1993), Zolnierrek e DiMatteo (2009), Bellet e Maloney (1991) e Travaline et al. (2005). A melhora de aspectos emocionais, como ansiedade

e depressão, é também percebida pelos entrevistados, conforme mencionado por Stewart et al. (1999) e Stewart (1995).

A comunicação empática, segundo os entrevistados, aumenta a satisfação do paciente, observação que vai ao encontro de Larson e Yao (2005), Stepien e Baernstein (2006), Travaline et al. (2005), Boquinen et al. (2015), Woolley et al. (1978), Bendapudi et al. (2006) e Lee (2016); e também a satisfação do médico que o atende, algo também mencionado por Larson e Yao (2005), quando este sente que consegue “tocar” o paciente, estimulando o seu retorno e sua recomendação dos serviços, conforme Hausman, (2004), Lee (2016) e Gregório (2009) mencionam em seus estudos. Os residentes acreditam que pacientes preferem ser tratados por médicos com maiores habilidades de comunicação e, em adição à revisão teórica, os entrevistados mencionaram mais três benefícios específicos resultantes da boa comunicação:

- Ao receber informações claras sobre sua condição e tratamento, o paciente pode perceber seu papel de protagonista e assim ser mais proativo nos cuidados com sua saúde;
- Ao reforçar a importância manutenção da medicação, especialmente em caso de doença crônica, quando os resultados dos exames melhoram, há uma redução da chance do paciente interromper seu uso por não perceber a importância de mantê-la após a melhora;
- O acompanhante do paciente deve ser um aliado também no sentido de ajudar o paciente a entender as instruções médicas.

A comunicação médico-paciente também não é devidamente abordada na maioria das escolas de medicina, segundo os entrevistados. Tal observação é seguida de críticas semelhantes à falta de conteúdo sobre empatia na formação médica, pois os entrevistados consideram que a comunicação médico-paciente deveria ser ensinada na faculdade, de forma intensiva e prática, para prepará-los para o mundo real a partir da residência. Os residentes acreditam que há um componente individual de cada médico que pode facilitar ou não a comunicação, e entendem que cada paciente é único e a comunicação precisa ser adaptada.

Os entrevistados fazem esforços individuais, no sentido de melhorar a comunicação e sensibilizar o paciente, pois reconhecem essa necessidade, conforme Williams et al. (2002), Safeer e Keenan (2005), Emanuel e Dubler (1995), Travaline et al. (2005), Makoul et al. (2001) e Shield et al. (2011). Entre os esforços mais frequentes, buscam ativamente a compreensão do paciente por meio da avaliação do seu nível de compreensão de informações médicas; da adaptação da linguagem para este nível de compreensão, procurando falar de maneira clara, simples e objetiva; dos pedidos para que o paciente repita as orientações recebidas, a fim de

aferir sua compreensão; da explicação das consequências da não adesão às recomendações, buscando tornar o paciente mais responsável pelo seu tratamento; da repetição das orientações dadas; das analogias e desenhos; da busca de auxílio dos acompanhantes para ajudar na compreensão do paciente. Essas iniciativas, entre outras, estão contidas nas relações de ações recomendadas, construídas por Shield et al. (2011) e Travaline et al. (2005). Por vezes, os residentes observam que o paciente fica constrangido em dizer que não entendeu a explicação. O uso de linguagem simples, fala lenta, desenhos, e a percepção de que o paciente se sente constrangido em expor sua dificuldade também formam expostos por Williams et al. (2002).

A nota atribuída para a satisfação do paciente após a consulta variou entre 6 – 10, em média menores do que aquelas atribuídas pelos próprios pacientes. As principais razões consideradas para a satisfação e uma possível recomendação do profissional foram: a atitude pró-ativa para obter comunicação empática durante a consulta, a sinceridade, clareza e atenção com que tratam o paciente, bem como a preocupação para com ele. Todas essas percepções estão alinhadas com as expectativas dos pacientes, segundo Bogart et al. (2004), Lee (2016), Rao et al. (2000), Boquinen et al. (2015), Bendapudi et al. (2006), Miles e Leinster (2010, citado por Boquinen et al., 2015) e Zyzanski, et al. (1998, citados por Stewart et al., 1999).

O pouco tempo, o cansaço no período pós-plantão, quando não são dispensados para descansar adequadamente (além de suas consequências, como irritabilidade e impaciência) e a impossibilidade de fazer tudo o que o paciente precisa foram fatores considerados como tendo um impacto negativo na satisfação. Com exceção deste último fator, Firth-Cozens e Greenhalg (1997), Haas et al. (2000), Balch et al. (2011), DiMatteo et al., (1993), Shanafelt e Noseworthy (2017) e Maslach et al. (2001) reportam essas interferências das pesadas cargas de trabalhos nas diferentes instituições e seu impacto no atendimento médico. Stewart et al. (1999) e Beckman et al. (1994) encontraram fatores semelhantes para a insatisfação dos pacientes, porém não mencionam que a impossibilidade de fazer tudo que for necessário para o paciente, quando assim percebido por eles, seria um fator adicional de insatisfação. Alguns entrevistados comentaram que própria percepção individual de cada paciente pode ser um empecilho e tornar esse conceito de satisfação um tanto incerto. Tal percepção também foi manifestada por Hausman (2004), Enkhjargal et al. (2015), Boquinen et al. (2015) e Bendapudi, et al. (2006).

4.4.2 Percepções dos pacientes entrevistados, sobre a relação médico-paciente atual

Os pacientes entrevistados acham que o tempo ideal de uma consulta é de até 30 minutos, mas concordam quando falam que o tempo varia conforme as necessidades dos

pacientes e que o importante é ter tempo suficiente para esclarecerem suas dúvidas. Quando acham que o tempo transcorrido na consulta está aquém do necessário, isso tem um impacto negativo sobre eles, pois não conseguem discutir todas as suas dúvidas, confirmando os achados de Zyzanski et al. (1998 citado por Stewart et al., 1999), que mencionam uma menor atenção e volume de informações como uma importante razão de queixa de pacientes atendidos por médicos com um grande volume diário de atendimentos.

Via de regra, os entrevistados demonstravam contentamento com o atendimento que haviam recebido no Instituto Dante Pazzanese e mencionavam que os médicos os haviam recebido de forma atenciosa, simpática e interessada. Segundo eles, os profissionais demonstraram dedicação, preparo e respeito. Esse tipo de comportamento por parte dos médicos faz os pacientes sentirem-se bem e alguns procuram retribuir, agradecendo ao final da consulta, dando parabéns e *feedbacks* positivos para estimulá-los. A expectativa dos pacientes ao virem para a consulta era de serem acolhidos, confortados e acalmados. Os pacientes mencionam querer atenção; querem explicar seus problemas e receber explicações sobre os resultados dos exames, sobre o tratamento, a doença e outras dúvidas. Querem perceber competência técnica e ter seu problema resolvido; querem perceber confiança, interesse e comprometimento por parte do profissional que os atende. Alguns mencionam, ainda, querer que o médico se coloque no lugar deles. Querem ser atendidos por profissionais educados e sinceros, pois consideram isso como parte do profissionalismo em medicina. Essas características do atendimento recebido e das expectativas dos pacientes correspondem àquelas descritas por Lee (2016), Rao et al. (2000), Boquinen et al. (2015), Bendapudi et al. (2006), Miles e Leinster (2010, citados por Boquinen et al., 2015) e Zyzanski et al. (1998, citados por Stewart et al., 1999). Muitos pacientes mencionaram esperar uma conduta “profissional” dos médicos procurados, pois buscam por um serviço especializado e possuem uma razão clara para fazê-lo.

Em adição às referências pesquisadas, os pacientes mencionam que consideram importante que o médico saiba e diga o seu nome: isso demonstra interesse e atenção, os faz sentirem-se valorizados. A forma como são recepcionados ao entrarem no consultório também pode ter um impacto muito positivo sobre eles. A recepção calorosa do paciente foi relacionada como um dos elementos de uma comunicação médica efetiva por Shield et al. (2011).

Um aspecto mencionado com muita frequência pelos pacientes é o desejo de que o médico olhe nos seus olhos durante a interação, pois isso também é interpretado como interesse por parte do profissional. Alguns já concluem, pelo olhar do médico, se serão bem atendidos

ou não; mencionam que o olhar é um cartão de visitas do profissional, acreditam que quem não olha para o paciente tampouco investiga sua queixa. Note-se que a importância do contato visual com o paciente e seus familiares consta na relação de comportamentos empáticos ideais, de Bendapudi et al. (2006).

Muitos pacientes entrevistados reagem ao identificar rispidez, indiferença ou falta de educação do profissional para com eles, situações que praticamente todos já experimentaram fora do Instituto Dante Pazzanese. Entre as reações mencionadas, está a troca de médicos que não olham nos seus olhos ou agem de forma arrogante e indiferente. Segundo Stewart et al. (1999) e Beckman et al. (1994), problemas de comunicação como esses são algumas das principais razões para reclamações e processos movidos contra médicos nos Estados Unidos. Discussões envolvendo cinismo de ambas as partes, questionamentos áspers sobre o profissionalismo do médico e sobre a precisão de suas conclusões também são mencionados pelos pacientes.

Dois fatores mencionados pelos pacientes entrevistados não foram encontrados na revisão teórica: o primeiro deles é sua resistência em seguir as orientações médicas, em algumas circunstâncias. Diferente da falta de informações adequadas, ou da incapacidade de o paciente compreender as orientações, a resistência surge pela não existência de simpatia e empatia entre médico e paciente durante a interação. O segundo fator é o fato de que, curiosamente, os pacientes parecem gostar de “levar uma bronca do médico”, desde que esta seja feita em um tom de voz apropriado, pois tal atitude transmite a impressão de que o médico se preocupa com eles, o que os faz sentir-se valorizados.

Se, por um lado, a falta de empatia e a boa comunicação têm impacto sobre o paciente, conforme descrito por Stewart et al. (1999) e Beckman et al. (1994), o contrário também é verdadeiro: a presença da comunicação empática tem profundos efeitos sobre o seu comportamento. A forma como o médico se dirige ao paciente pode confortá-lo, ajudá-lo a se recuperar ou desestabilizá-lo e deixá-lo preocupado. Vários pacientes mencionam que sentem-se valorizados e estimulados a aderir ao tratamento recomendado, algo extremamente importante, se receberem atenção e perceberem interesse e intenção de ajudar por parte dos médicos, confirmando os achados de Ong et al. (1995), Stewart et al. (1999), Brock e Salinsky (1993), Zolnieriek e DiMatteo (2009), Bellet e Maloney (1991) e Travaline et al. (2005). Outro fator de estímulo consiste no fato de os pacientes obterem reconhecimento quando se esforçam para seguir as orientações recebidas, algo não mencionado na revisão teórica. Receber explicações sobre a necessidade de tomar o medicamento prescrito parece ser um fator de

impacto muito positivo na intenção de adesão ao tratamento, confirmando novamente Stewart et al. (1999).

A desinformação a respeito dos eventos adversos causados pela medicação e a ausência de orientações sobre como proceder quando eles ocorrem é um fator que leva, com alguma frequência, à descontinuação do tratamento. Chama atenção a frequência de relatos, tanto de médicos como de pacientes, sobre o desconhecimento destes últimos acerca da razão para uso do medicamento e de como procederem no caso de desenvolverem eventos adversos. Um dos problemas de comunicação mais frequentes relatados pelos pacientes, segundo Beckman et al. (1994), é a inadequada explicação do diagnóstico e do tratamento.

Evidentemente, a adesão é um fenômeno multifatorial, e os pacientes aderentes demonstram possuir fatores intrínsecos, entre outros, para se comportarem dessa maneira, de acordo com Sabaté (2003). No entanto, a desinformação sobre o papel do medicamento em sua saúde e o correto gerenciamento dos eventos adversos parecem ter um papel importante na adesão, conforme comentado pela maioria dos pacientes entrevistados, o que está de acordo com os vários autores que mencionam a fundamental importância da boa comunicação médico-paciente para a adesão: Stewart et al. (1999), Zolnierek e DiMatteo (2009), Brock e Salinsky (1993), Hughes (2003), Levins (1998), Loden e Schooler (2000), Say e Thompson (2003, citados por Hausman, 2004) e Hausman (2004). Medicamentos são caros e podem causar desconforto, e o seu papel na saúde do paciente precisa estar claro para aumentar as chances de adesão ao tratamento.

Quanto à percepção do paciente sobre ter a oportunidade de explicar claramente a sua queixa e obter a compreensão do médico, todos disseram ter tido a oportunidade de relatar sua condição e acreditavam que os médicos os haviam entendido. Porém, segundo os pacientes, nem todos os médicos haviam verificado a compreensão das informações, pedindo a eles que repetissem as orientações dadas, ao contrário das recomendações feitas por Travaline et al. (2005) e Makoul et al. (2001).

Embora muitos dos pacientes entrevistados saibam que as informações existentes na internet podem não ser confiáveis, a maioria admite fazer buscas na rede, ou pedem para familiares e amigos fazerem-nas para eles, afim de obter mais informações sobre sua saúde. Por vezes, essas informações os fazem seguir condutas posteriormente contraindicadas pelos médicos. Ball e Lillis (2001) e Gregório (2009) reportam esse comportamento. Alguns pacientes indicam, além da internet, a TV e as redes sociais como fonte de informação, algo não mencionado especificamente na revisão teórica. O prolongado tempo que decorre entre

uma consulta e outra (6 meses), dentro da realidade do Instituto Dante Pazzanese, quando comparado à exposição diária dos pacientes às outras informações, deixa claro o potencial dessas interferências externas na conduta do paciente.

Nenhum paciente recebeu orientação médica para consultar suas dúvidas em um site específico, com conteúdo fidedigno, ao contrário das recomendações de Pemberton e Goldblatt (1998, citado por Eysenbach & Jadad 2001).

Outra fonte de informações mencionada foi a bula do medicamento, consultada principalmente em caso de eventos adversos, sendo ela mais uma fonte capaz de causar confusão e desistência do tratamento. Trata-se de algo compreensível, se for levado em conta a pouca familiaridade dos pacientes com as informações técnicas contidas nas bulas de medicamentos. Outro problema, bastante recente, foi o uso do WhatsApp, também mencionado por pacientes (e médicos): seu uso por parte dos pacientes para fazer contato com seus médicos não possui regras definidas, sendo uma potencial fonte de problemas para os profissionais. Ambos os assuntos não foram comentados na revisão teórica efetuada.

A satisfação e a intenção de recomendar os serviços teve nota 10 como avaliação predominante, variando entre 8-10. As experiências anteriores ruins, aliadas à infraestrutura, qualidade e atenção do corpo técnico do Instituto Dante Pazzanese têm impacto muito positivo em seus pacientes, que fazem inúmeros elogios ao hospital. As queixas eventuais referem-se basicamente ao tempo em que aguardam na sala de espera para serem atendidos, ao longo intervalo decorrido entre as consultas e, em alguns casos, a alguns desentendimentos com funcionários do hospital.

Porém, quando questionados sobre o motivo pelo qual recomendariam o serviço, citaram o bom atendimento, o acolhimento e o carinho da equipe, a atenção, a preocupação e a valorização do paciente; o fato dos médicos olharem nos olhos, algo muito repetido e aparentemente muito importante, e de preocuparem-se em dar explicações. Outros motivos indicados foram o profissionalismo, o comprometimento e a segurança técnica. Tem-se, aqui, alguns dos comportamentos ideais dos médicos, como empatia, autoconfiança e o cuidado com os pacientes, conforme é esperado por eles. Isso confirma a importância da empatia e da comunicação empática na satisfação, recomendação e fidelização do paciente, conforme citado por Stepien e Baernstein (2006), Travaline et al. (2005), Boquinen et al. (2015), Woolley et al. (1978), Bendapudi et al. (2006) e Lee (2016).

Por outro lado, quando foi perguntado o que os faria não recomendar um profissional, as respostas foram: a percepção de arrogância, frieza ou desinteresse ou, ainda, de que o médico está atendendo só por obrigação ou para cumprir um horário; o pouco contato visual (olho no

olho) durante a interação; ter sido mal tratado pelo profissional, ainda que ele fosse tecnicamente bom. Tudo isso reflete um comportamento insensível e desrespeitoso, que configura o oposto daquilo que os pacientes querem, segundo Bendapudi et al. (2006).

Quadro 5 – Relação de conceitos e autores citados

CONCEITO	AUTOR
Comunicação empática como um dos principais componentes do atendimento médico	Ong et al. (1995), Wilmer (1968), Larson e Yao (2005), Zolnieriek e DiMatteo (2009), Mast (2007), Macklin (1993), Appelbaum et al. (1987), Katz (1984), Emanuel e Dubler (1995), Travaline et al. (2005) e Shield et al. (2011)
Comunicação empática como agente de transformação do comportamento do paciente	Ong et al. (1995), Stewart et al. (1999), Stewart (1995), Brock e Salinsky (1993), Zolnieriek e DiMatteo (2009), Bellet e Maloney (1991) e Travaline et al. (2005)
Impacto da comunicação na melhora de aspectos psicológicos do paciente	Stewart et al. (1999), Stewart (1995) e Travaline et al. (2005)
Comunicação empática como principal ferramenta para obter informações	Ong et al. (1995), Hardee (2003) e Bellet e Maloney (1991)
Comunicação empática como fator de impacto na adesão	Stewart et al. (1999), Zolnieriek e DiMatteo, (2009), Brock e Salinsky (1993), Hughes, (2003), Levins (1998), Loden e Schooler (2000), Say e Thompson (2003, citados por Hausman, 2004) e Hausman (2004)
Necessidade de utilizar uma comunicação clara e compreensível com o paciente	Williams et al. (2002), Safeer e Keenan (2005), Emanuel e Dubler (1995), Travaline et al. (2005), Makoul et al. (2001) e Shield et al. (2011)
Pacientes têm a expectativa de receber atenção, informações, empatia e competência técnica	Lee (2016), Rao et al. (2000), Boquinen et al. (2015), Bendapudi et al. (2006), Miles e Leinster (2010, citados por Boquinen et al., 2015), Hack et al. (2015) e Zyzanski et al. (1998, citados por Stewart et al., 1999)
Empatia como fator fundamental para a prática da profissão médica	Larson e Yao (2005), Glaser et al. (2007), Hojat et al. (2002a), Hojat et al. (2002b), Hojat et al. (2009), Stepien e Baernstein (2006), Ong et al. (1995) e Bellet e Maloney (1991)
Empatia como agente facilitador do relacionamento	Hardee (2003), Stepien e Baernstein (2006), Halpern (2001, citado por Larson & Yao, 2005), Bellet e Maloney (1991), Riordan (2014), Wilmer (1968), Makoul et al. (2001) e Travaline et al. (2005)
Empatia como fator de satisfação para o médico	Larson e Yao (2005)

“continua”

“continuação”

CONCEITO	AUTOR
Empatia e comunicação empática como fator de satisfação do paciente	Larson e Yao (2005), Stepien e Baernstein (2006), Travaline et al. (2005), Boquinen et al. (2015), Woolley et al. (1978), Bendapudi et al. (2006) e Lee (2016)
Necessidade do aprendizado da empatia e comunicação empática	Hardee (2003), Lee (2016), Travaline et al. (2005), Shield et al. (2011) e Makoul et al. (2001)
Importância dos valores éticos e humanistas na profissão médica	Paro (2013), Brennan e McGrady (2015) e Shield et al. (2011)
Educação insuficiente quanto aos aspectos empáticos do atendimento médico	Larson e Yao (2005), Hardee (2003), Spiro (2009), Mattingly (2016, citado por Jeffrey, 2015) e Lee (2016)
Tecnicismos em evidência nas escolas de medicina, em detrimento de uma abordagem humanizada do paciente	Jeffrey (2015), Hardee (2003), Hojat et al. (2009), Larson e Yao (2005), Spiro (2009) e Paro (2013)
Pressão por produtividade médica e altas cargas de trabalho	Lee (2016), Haussman (2004), Gregório (2009) e Larson e Yao (2005)
Pesada carga de trabalho, dificultando o comportamento empático	Larson e Yao (2005), Lee (2016), Pemberton e Goldblatt (1998, citados por Eysenbach & Jadad, 2001) e Haussman (2004)
Relatos de <i>burnout</i> com grande frequência	Maslach et al. (2001), Lee (2016), Nedrow et al. (2013) e Dolan et al. (2015)
Impacto negativo do <i>burnout</i> na relação com o paciente	Firth-Cozens e Greenhalg (1997), Haas et al. (2000), Balch et al. (2011), DiMatteo et al. (1993), Shanafelt e Noseworthy (2017), Maslach et al. (2001) e Lee (2016)
Papel das instituições médicas no combate ao <i>burnout</i>	Shanafelt e Noseworthy (2017)
Satisfação do paciente como um conceito a ser melhor compreendido	Boquinen et al. (2015), Enkhjargal et al. (2015), Hausman (2004) e Bendapudi et al. (2006)
Relação entre insatisfação e falta de comunicação empática	Stewart et al. (1999) e Beckman et al. (1994)
Insatisfação como razão para desistência, troca e não recomendação do profissional	Gregório (2009) e Hausman (2004)
Queixas do paciente ou familiares quanto à comunicação e atendimento recebido	Stewart et al. (1999), Beckman et al. (1994), Zyzanski et al. (1998, citados por Stewart et al., 1999)
Pacientes possuem informações inadequadas sobre diagnóstico e tratamento	Beckman et al. (1994) e Stewart et al. (1999)
Dificuldades de compreensão da informação médica, por parte do paciente	Safeer e Keenan (2005) e Williams et al. (2002)
Crenças pessoais do paciente influenciam sua atitude quanto ao tratamento	Janz e Becker (1984)
Relação entre expectativa do paciente e sua satisfação	Stewart et al. (1999), Bogart (2004), Boquinen et al. (2015), Weinberger e Kroenke (2000)
Não adesão como falha na construção de aliança terapêutica com o paciente	Bissell et al. (2004)

“continua”

“continuação”

Influência da internet e mídias sociais no comportamento do paciente	Gregório (2009), Ball e Lillis (2001), Eysenbach e Jadad (2001), Pemberton e Goldblatt, (1998, citados por Eysenbach & Jadad, 2001), Topol (2015, citado por Kim, 2015), Susskind e Susskind (2015) e Diaz et al. (2002)
Pacientes mais exigentes e questionadores	Eysenbach e Jadad (2001)
Boa relação como fator determinante para a satisfação	Hausman (2004) e Bendapudi et al. (2006)
Relação entre satisfação, retorno e recomendação	Hausman (2004) e Gregório (2009)
Relação entre empatia, comunicação empática e recomendação	Brennan e McGrady (2015), Lee (2016) e Hausman (2004)

Fonte: elaboração da autora.

“conclusão”

5. CONCLUSÃO

A revisão teórica elaborada para essa dissertação buscou avaliar aspectos importantes da atual relação médico-paciente, incluindo a forma como a comunicação entre ambos ocorre do ponto de vista de cada um deles. A revisão demonstrou que a falta de preparo para a prática da comunicação empática é agravada pela existência de *burnout* entre os profissionais, pela alta carga de trabalho, pelas pressões atribuídas à carreira médica e pela mudança do perfil do paciente atendido. Outra constatação foi a verificação de que o paciente está empoderado pelo acesso à informação através da internet, sendo que esse fato tem impacto na forma como os profissionais médicos se relacionam com seus clientes. Quanto aos pacientes, especificamente, a literatura apontou uma constante busca por informações adicionais sobre sua condição de saúde. Essa busca ocorre junto ao médico que os atende e, principalmente quando essa necessidade de informação não é atendida pelo profissional, a busca por informações também ocorre na internet, em sites, redes sociais, etc. Ao procurarem um médico, os pacientes possuem a expectativa de obterem não apenas informações e a solução para seus problemas de saúde, mas também um atendimento empático e humanizado algo com potencial capaz de alterar positivamente sua reação às recomendações médicas recebidas.

A pesquisa de campo realizada nesse trabalho por meio da estratégia de estudo de caso, confrontou os achados da revisão teórica com as evidências coletadas durante entrevistas com médicos residentes e pacientes, em conjunto com as observações feitas no local objeto de estudo: o Hospital Dante Pazzanese de Cardiologia. O roteiro preenchido durante a pesquisa permitiu avaliar qualitativamente alguns aspectos no atendimento médico, como: a síndrome de esgotamento profissional (*burnout*), a pressão por maior produtividade no trabalho, o foco no aspecto técnico da profissão, e a presença de pacientes e acompanhantes mais exigentes e com mais acesso a informações de saúde. Com relação ao médico, o roteiro obteve informações sobre a percepção dos envolvidos quanto ao papel da empatia na relação médico-paciente e alguns aspectos da comunicação que ele estabelece com o paciente durante a consulta.

Com relação ao paciente, o roteiro da pesquisa de campo buscou encontrar respostas acerca de sua percepção sobre o comportamento do médico que o atendeu, e também de outros médicos, qual a importância percebida por ele quanto à empatia e comunicação empática entre médico e paciente, além de qual a sua reação ao receber ou não um atendimento empático. Os roteiros aplicados ajudaram a entender, também, qual o seu nível de compreensão das informações médicas, como a informação recebida impacta na sua intenção de aderir ao

tratamento, na sua satisfação e bem-estar com o atendimento e, conseqüentemente, na sua intenção de recomendar o profissional que o atendeu, caso tivesse a oportunidade de fazê-lo.

A confrontação dos dados teóricos e da pesquisa de campo demonstrou que um atendimento médico que resulta na satisfação do paciente envolve muito mais do que uma simples abordagem eficiente e competente do ponto de vista técnico: ela deve ser ausente de arrogância, frieza e desinteresse; a equipe de saúde, e principalmente os profissionais médicos, devem demonstrar algum grau de acolhimento dos pacientes; devem olhá-los nos olhos, falar o seu nome, dar atenção e demonstrar preocupação para com eles; devem dar a eles informações honestas e adequadas ao seu nível de compreensão; devem demonstrar profissionalismo e competência técnica, ser empáticos e cuidadosos para com eles.

Mesmo em um ambiente público de atendimento ao paciente, cenário no qual existem restrições quanto ao tempo disponível para consulta e a frequência de retorno, algumas atitudes importantes podem ser praticadas rotineiramente. Atos simples, como repetir o nome dos pacientes, recepcioná-los gentilmente, fazer contato visual com eles e dar orientações de forma clara, avaliando em seguida sua compreensão, parecem ter profundo impacto sobre os pacientes, sobre sua satisfação e receptividade às recomendações recebidas. Pacientes valorizam mais um atendimento empático e uma boa comunicação, do que um prolongado tempo de interação. Acredita-se que o tempo reduzido de atendimento ao paciente em ambientes públicos torna ainda mais importante a prática da comunicação empática e clara, e a busca por uma interação médico-paciente que contenha componentes de empatia.

A limitação para a existência de um atendimento empático e humanizado, com a boa comunicação entre ambas as partes, parece estar muito relacionada às pressões sofridas pelos profissionais médicos, sua falta de treinamento em empatia e, por vezes, à importância menor dada a esse aspecto do atendimento, e não apenas à falta de tempo existente em um ambiente como aquele onde foi feito o estudo. Os resultados alcançados pela pesquisa de campo devem ser vistos como *insights* para futuras abordagens com pacientes. O trabalho realizado foi baseado numa abordagem qualitativa e exploratória, estando sujeito a possíveis vieses de interpretação, tanto da pesquisadora quanto dos médicos e pacientes participantes.

Os pacientes atendidos em ambientes privados ou através de operadoras de saúde possuem maiores demandas, maior tempo de interação com os profissionais médicos e um maior nível de compreensão dos fatores relacionados à sua condição de saúde, mas os achados desta pesquisa se aplicam, com alto grau de certeza, também à esses ambientes de atendimento médico.

Futuras contribuições a esse aspecto do atendimento médico podem ser feitas por meio do desenvolvimento de treinamentos específicos para que os profissionais aprimorem a empatia e as técnicas de comunicação empáticas. Afinal, esses recursos não foram abordados de forma prática e efetiva durante os anos de estudo da formação médica, segundo a maioria dos entrevistados. Jovens profissionais, como os residentes entrevistados neste estudo, seriam os grandes beneficiados com essa abordagem.

6. IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

A pesquisa mostrou aplicação prática e impacto social, uma vez que corrobora para o efetivo aumento da intenção de adesão às recomendações médicas. Diante dos recentes desafios criados para a prática da profissão médica, mencionados na revisão teórica e confirmados durante a pesquisa de campo, novas dificuldades existem para a prática da comunicação empática, fundamental para o bom relacionamento médico-paciente, e o aumento do potencial terapêutico do atendimento médico. A percepção de que a formação médica atual é insuficiente nessa área foi quase unânime entre os entrevistados, provenientes de escolas médicas de diferentes estados do Brasil e também de dois países da América Latina. A pesquisadora elaborou uma lista com 11 comportamentos importantes, reproduzidos no quadro 6, que devem ser seguidos para assegurar uma comunicação empática e que podem ser utilizados por médicos formados em diferentes escolas e países.

Quadro 6 - Atitudes que levam à satisfação do paciente e recomendação dos serviços médicos

Atitudes que levam à satisfação do paciente e recomendação dos serviços médicos
Receber o paciente de forma acolhedora
Manter contato visual com o paciente
Dirigir-se ao paciente pelo seu nome
Ouvir atentamente
Demonstrar interesse
Demonstrar empatia pelo paciente
Dar informações claras e honestas sobre o diagnóstico e o tratamento
Adequar as informações e verificar o nível de compreensão do paciente
Agir com profissionalismo
Possuir competência técnica
Evitar arrogância, frieza e desinteresse

Fonte: elaboração da autora.

A inclusão no currículo das escolas de medicina de disciplinas como empatia e comunicação médico-paciente, que visam a humanização do atendimento, depende de órgãos como o Ministério da Educação, entre outros, e esbarra na burocracia e na já pesada carga horária dos cursos. No entanto, acredita-se que esse e outros conteúdos similares podem ser ministrados, por exemplo, dentro dos hospitais-escola, durante o período de residência, momento em que a falta de preparo para lidar com o paciente torna-se uma realidade para os recém-formados. Outras instituições, como as escolas de negócios, são instituições com potencial para desenvolver e ministrar tais cursos para todo profissional médico que deseja aperfeiçoar suas técnicas de relacionamento com o seu cliente. Conforme mencionado na conclusão deste trabalho, os 10 a 20 minutos típicos de uma consulta médica, por constituírem um tempo exíguo, são mais uma razão para uma comunicação clara e atenta com o paciente, e não o contrário (isto é, razão para não praticá-la).

Tais cursos criam a possibilidade de aperfeiçoar as habilidades de comunicação empática e cobrir a deficiência desse conteúdo durante a formação médica. Diante de um paciente mais exigente e informado e de um mercado profissional cada vez competitivo essas habilidades irão colaborar para criar um diferencial nos serviços oferecidos, com potencial para aumentar a satisfação do paciente e, conseqüentemente, sua fidelização e, algo com potencial para produzir importantes ganhos profissionais e econômicos para os prestadores de serviços médicos, além de colaborar para o aumento da intenção de adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS¹

- Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., & Meisel, A. (1987). *Informe Consent: Legal Theory and Clinical Practice*. New York, NY: Oxford University Press Inc.
- Balch, C. M., Oreskovich, M. R., Dyrbye, L. N., Colaiano, J. M., Satele, D. V., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2011). Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *Journal of the American College of Surgeons*, 213(5), 657-667.
- Ball, M. J., & Lillis, J. (2001). E-health: Transforming the physician/patient relationship. *International Journal of Medical Informatics*, 61(1), 1-10.
- Barlach, L. (2005). *O que é resiliência humana? Uma contribuição para a construção do conceito*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Batson, C. D., Eklund, J. H., Chermok, V. L., Hoyt, J. L., & Ortiz, B. G. (2007). An additional antecedent of empathic concern: valuing the welfare of the person in need. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(1), 65-74.
- Bayne, H. B. (2011). Training Medical Students in Empathic Communication. *The Journal for Specialists in Group Work*, 36(4), 316-329.
- Beckman, H. B., Markakis, K. M., Suchman, M. D., & Frankel, R. M. (1994). The Doctor-Patient Relationship and Malpractice. *Archives of Internal Medicine*, 154(12), 1365-1370.
- Bellet, P. S., & Maloney, M. J. (1991). The Importance of Empathy as an Interviewing Skill in Medicine. *JAMA*, 266(13), 1831-1832.
- Bendapudi, N. M., Berry, L. L., & Frey, K. A. (2006). Patients' perspectives on ideal physician behaviors. *Mayo Clinic Proceedings*, 81(3), 338-344.
- Bernhardt, B. C., & Singer, T. (2012). The Neural Basis of Empathy. *The Annual Review of Neuroscience*, 35(2012), 1-23.
- Bissell, P., May, C. R., & Noyce, P. R. (2004). From Compliance To Concordance: Barriers to Accomplishing a Reframed Model of Health Care Interactions. *Social Science and Medicine*, 58(4), 851-862.
- Block-Lerner, J., Adair, C., Plumb, J. C., Rhatigan, D. L., & Orsillo, S. M. (2007). The case for mindfulness-based approaches in the cultivation of empathy: does nonjudgmental, present-moment awareness increase capacity for perspective-taking and empathic concern? *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 501-516.
- Bogart, L. M., Bird, S. T., Walt, L. C., Delahanty, D. L., & Figler, J. L. (2004). Association of Stereotypes About Physicians to Health Care Satisfaction, Help-Seeking Behavior, and Adherence to Treatment. *Social Science and Medicine*, 58(6), 1049-1058.

---

¹ De acordo com as normas da APA (American Psychological Association).

- Boquinen, V. M., Hack, T. F., Beaver, K., & Williamson, S. (2015). *What do Measures of Patient Satisfaction With the Doctor Tell us? Patient Education and Counseling*, 1465-1473. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26111500>.
- Brennan, J., & McGrady, A. Designing and implementing a resiliency program for family medicine residents. (2015). *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 50(1), 104-114.
- Brock, C. D., & Salinsky, J. V. (1993). Empathy: An Essential Skill for Understanding the Physician-Patient Relationship in Clinical Practice. *Family Medicine*, 25(4), 245-248.
- Buchbinder, S. B., Wilson, M., Melick, C.F., & Powe, N.R. (2001). Primary care physician job satisfaction and turnover. *American Journal of Managed Care*, 7(7), 701-713.
- Chopra, S. S., Sotile, W. M., & Sotile, M. O. (2004). Physician burnout. *Journal of American Medical Association*, 291(5), 633.
- Davis, M. H. (1996). *Empathy: a social psychological approach*. Madison: Brown & Benchmark Publishers (Social Psychological Series).
- DiMatteo, M. R., Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., Kravitz, R. L., McGlynn, E. A., Kaplan, S., & Rogers, W. H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychology*, 12(2), 93-102.
- Diaz, J. A., Griffith, R. A., Ng, J. J., Reinert, S. E., Friedmann, P. D., & Moulton, A. W. (2002). Patients' Use of the Internet for Medical Information. *Journal of General Internal Medicine*, 17(2002), 181.
- Dolan, E. D., Mohr, D., & Lempa, M. (2015). Using a Single Item To Measure Burnout in Primare Care Staff: A Psycometric Evaluation. *Journal of General Internal Medicine*, 30(5), 582-587.
- Dyrbye, L. N., Varkey, P., Boone, S. L., Satele, D. V., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2013). Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(12), 1358-1367.
- Emanuel, E. J., & Dubler, N. N. (1995). Preserving the Physician-Patient Relationship in the Era of Managed Care. *JAMA*, 273(4), 323-329.
- Enkhjargal, B., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., & Amenta, P. (2015). Conceptualization of Patient Satisfaction: a systematic narrative review. *Perspectives in Public Health*, 135(5), 243-250.
- Epstein, R. M., & Krasner, M. S. (2013). Physician Resilience: What It Means, Why It Matters, and How to Promote It. *Academic Medicine*, 88(3), 301-303.
- Eysenbach, G., & Jadad, A. R. (2001). Evidence-based Patient Choice and Consumer health informatics in the Internet age. *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), e19.

- Firth-Cozens, J. (2001). Intervention to improve physicians well-being and patient care. *Social Science & Medicine*, 52(2), 215-222.
- Firth-Cozens, J., & Greenhalgh, J. (1997). Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Social Science & Medicine*, 44(7), 1017-1022.
- Freeman, T. (2002). Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Services Management Research*, 15(2), 126-137.
- Gabbard, G. O., Menninger, R. W., & Coyne, L. (1987). Sources of conflict in the medical marriage. *American Journal of Psychiatry*, 144(5), 567-572.
- Glaser, K. M., Markham, F. W., Adler, H. M., McManus, P. R., & Hojat, M. (2007). Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: a validity study. *Medical Science Monitor*, 13(7), CR291-CR294.
- Goldberg, R., Boss, R. W., Chan, L., Goldberg, J., Mallon, W. K., Moradzadeh, D., Goodman, E. A., & McConkie, M. L. (1996). Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Academic Emergency Medicine* 3(12), 1156-1164.
- Goleman, D. (2008). Hot to Help - When can empathy move us to action? *Greater Good Magazine*. Recuperado de https://greatergood.berkeley.edu/article/item/hot_to_help.
- Gregório, R. (2009). *Criando Valor Para o Paciente*. Rio de Janeiro: DOC.
- Haas, J. S., Cook, E. F., Puopolo, A. L., Burstin, H. R., Cleary, P. D., & Brennan, T. A. (2000). Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *Journal of General Internal Medicine*, 15(2), 122-128.
- Halpern J. (2001). *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. New York, NY: Oxford University Press.
- Hardee, J. T. (2003). An Overview on Empathy. *The Permanente Journal*, 7(4), 51-54.
- Hausman, A. (2004). Modeling the Patient-Physician Service Encounter: Improving Patient Outcomes. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32(4), 403-417.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloski, J. J., & Magee, M. (2002a). The Jefferson Scale of Physicians Empathy: Further Psychometric Data and Differences By Gender and Specialty at Item Level. *Academic Medicine*, 77(10), S58-S60.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., Veloski, J. J., Erdmann, J. B., Callahan, C., & Magee, M. (2002b). Empathy in medical students as related to clinical competence, gender, and academic performance. *Medical Education*, 36(6), 522-527.

- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J. J., & Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, 84, 1182-1191.
- Howe, A., Smajdor, A., & Stöckl, A. (2012). Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. *Medical Education*, 46(4), 349-356.
- Howick, J., Steinkopf, L., Ulyte, A., Roberts, N., & Meissner, K. (2017). How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. *BMC Medical Education*, 17(2017), 136.
- Hughes, S. (2003). The use of non face-to-face communication to enhance preventive strategies. *Journal Of Cardiovascular Nursing*, 18(4), 267-273.
- Hughes, D. A., Bagust, A., Haycox, A., & Walley, T. (2001). Accounting for Non-Compliance in Pharmacoeconomic Evaluations. *Pharmacoeconomics*, 19(12), 1185-1197.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1)1-47.
- Jeffrey, D. (2015). Clarifying empathy: the first step to more humane clinical care. *British Journal of General Practice*, 66(643), e143-e145.
- Jensen, P. M., Trollope-Kumar, K., Waters, H., & Everson J. (2008). Building Physician Resilience. *Canadian Family Physician: Le Médecin de famille canadien*, 54(5), 722-729.
- Katz, J. (1984). *The Silent World of Doctor and Patient*. New York, NY: The Free Press.
- King, G., Keohane, R., & Verba, S. (1994). *Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research*. Princeton University Press.
- Kim, E-Y. (2015). Patient Will See You Now: The Future of Medicine is in Your Hands. *Healthcare Informatics Research*, 21(4), 321-323.
- Krol, M. W., Boer, D., Delnoij, D. M., & Rademakers, J. J. D. J. M. (2014). The Net Promoter Score – an asset to patient experience surveys? *Health Expectations* (Vol. 18, pp. 3099–3109). Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12297>
- Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *JAMA*, 293(9), 1100-1106.
- Lee, T. H. (2016). *An Epidemic of Empathy in Healthcare. How to Deliver Compassionate, Connected Patient Care That Creates a Competitive Advantage*. New York, NY: McGraw Hill Education.
- Levins, I. (1998). One-To-One Relationship Marketing Comes of Age. *Medical Marketing and Media*, 33(6), 44-52.

- Levinson W, Gorawara-Bhat R., & Lamb J. (2000). A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA*, 284(8), 1021-1027.
- Loden, J., & Schooler, C. (2000). Patient Compliance. *Pharmaceutical Executive*, 20(7), 88-94.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Macklin, R. (1993). *Enemies of Patients*. New York, NY: Oxford University Press.
- Makoul, G., Brunett, P., Campbell, T, L., & Cole-Kelly, K. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine*, 76(4), 390-393.
- Manary, M.P., Boulding, W., Staelin, R., & Glickman, S. W. (2013). Patient Experience and Health Outcomes. *The New England Journal of Medicine*. Recuperado de <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1211775?articleTools=true>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(2001), 397-422.
- Mast, M. S. (2007). On The Importance of Nonverbal Communication in the Physician-Patient Interaction. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 315-318.
- Mattingly, C. (2008). Stories that are ready to break. In Hyden L-C., & Brockmeir J. (eds.). *Health, illness, and culture: broken narratives* (pp. 73-98). New York, NY: Routledge.
- Miles, S., & Leinster, S. J. (2010). Identifying professional characteristics of the ideal medical doctor: the laddering technique. *Medical Teacher*, 32(2), 136-140.
- Moreto, G. (2015). Avaliação da empatia de estudantes de medicina em uma universidade na cidade de São Paulo utilizando dois instrumentos (Tese de doutorado), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Nedrow, A., Steckler, N., & Hardman, J. (2013). Physician Resilience and Burnout: Can You Make the Switch? *Family Practice Management*, 20(1), 25-30.
- Nook, E. C., Ong, D. C., Morelli, S. A., Mitchell, J. P., & Zaki, J. (2016). Personality and Social *Psychology Bulletin*, 42(8), 1045-1062.
- Ong, L. M. L., De Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-Patient Communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903-918.
- Paro, H. B. M. S. (2013). *Empatia em estudantes de medicina no Brasil: um estudo multicêntrico* (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Pemberton, P. J., & Goldblatt, J. (1998). The Internet and the changing roles of doctors, patients and families. *Medical Journal of Australia*, 169(11-12), 594-595.

- Rao, J. K., Weinberger, M., & Kroenke, K. (2000). Visit-Specific Expectations and Patient-Centered Outcomes: A Literature Review. *Archives of Family Medicine*, 9(10), 1148-1155.
- Riordan, C. M. (2014). Three Ways Leaders Can Listen With More Empathy. *Harvard Business Review*, 16(2014), 2-3.
- Rocha, G. V. M. (2010). Empatia. In G. V. M. Rocha. *Gomide PIC, organizadora. Comportamento moral: uma proposta para o desenvolvimento das virtudes* (pp. 69-80). Curitiba: Juruá.
- Roter, D. L. (1989). Which facets of communication have strong effects on outcome - a meta analysis. In M. A. Stewart, & D. L. Roter (Eds.) *Communicating with Medical Patients*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Roter, D. L., Hall, J. A., & Katz, N. R. (1988). Patient-Physician Communication: a descriptive summary of the literature. *Patient Education and Counseling*, 12(2), 99-119.
- Sabaté, E. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Geneva: World Health Organization.
- Safeer, R. S., & Keenan, J. (2005). Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *American Family Physician*, 72(3), 463-468.
- Say, R. E., & Thompson, R. (2003). The Importance of Patient Preferences in Treatment Decisions-Challenges for Doctors. *British Medical Journal*, 327(7414), 542-545.
- Schwartz, L. (2019). Estilo de vida e burnout médico no Brasil. Recuperado de https://portugues.medscape.com/slideshow/65000099?faf=1&src=soc_fb_190214_mscp_mrk_pt_burnout
- Scott, B. A., Colquitt, J. A., Paddock, L., & Judge, T. A. (2010). A Daily Investigation of the Role of Manager empathy on Employee Well-Being. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 113(2), 127-140.
- Suchman, A. L., Markakis, K., Beckman, H. B., & Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA*, 277(8), 678-682.
- Selltiz, C., Wrightsman, L. S., & Cook, S. (1965). *Métodos de pesquisas nas relações sociais*. São Paulo: EPU.
- Shanafelt, T. D., Raymond, M., Kosty, M., Satele, D., Horn, L. Phippen, J., Chu, Q. Chew, H., Clark, W. B., Hanley, A. E., Sloan, J., & Gradishar, W. J. (2014). Satisfaction with work-life balance and the career and retirement plans of US oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 32(11), 1127-1135.
- Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 129-146.

- Shield, R.R., Tong, I., Tomas, M., & Besdine, R.W. (2011) Teaching communication and compassionate care skills: An innovative curriculum for pre-clerkship medical students. *Medical Teacher*, 33(8), e408-e416.
- Spiro, H. (2009). The Practice of Empathy. *Academic Medicine*, 84(9), 1177.
- Stepien, K., & Baernstein, A. (2006). Educating for empathy. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 524-530.
- Stewart, M. A. (1995). Effective Physician- Patient Communication and Health Outcomes: A Review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9),1423-1433.
- Stewart, M., Brown, J. B., Boon, H., Galajda, J., Meredith, L., & Sangster, M. (1999). Evidence on Patient-Doctor Communication. *Cancer Prevention & Control*, 3(1),25-30.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Bobik, C., Coston, T. D., Greeson, C., Jedlicka, C., et al. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *J Soc Psychol.* 141(4), 523-36.
- Squires, S. (2012) Patient satisfaction: how to get it and how to keep it. *Journal of Nursing Management*, 43(4), 26-32.
- Susskind, R., & Susskind, D. (2015). *The Future of the Professions - How Technology Will Transform the Work of Human Express*. Oxford: Oxford University Press.
- Szalita, A. B. (1976). Some thoughts on empathy. The Eighteenth Annual Frieda Fromm-Reichmann Memorial Lecture. *Psychiatry*, 39(2), 142-52.
- Todd, A. R., Bodenhausen, G. V., Richeson, J. A., & Galinsky, A. D. (2011). Perspective taking combats automatic expressions of racial bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(6), 1027-1042.
- Topol, E. (2015). *The patient will see you now: the future of medicine is in your hands*. Basic Books.
- Travaline, J. M., Ruchinskas, R., & D'Alonzo, G. E. Patient-Physician Communication: Why and How. *Journal of the American Osteopathic Association*, 105(1), 13-18.
- Wald, H. S. (2015). Professional Identity (Trans)formation in Medical Education: Reflexion, Relationship, Resilience. *Academic Medicine*, 90(6), 701-706.
- Walker, J. K. (2006). Patient satisfaction: the past directs the way to the future. *J Perinat Neonatal Nurs*, 20, 88-90.
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*, 374(9702), 1714-1721.
- Walsh, K. (2013). An Economic Argument for Investment in Physician Resilience Letters to the editor. *Academic Medicine*, 88(9), 1038-1045.
- Waytz, A. (2016). Spotlight on Emotional Organization. *Harvard Business Review*, 3-7. Recuperado de http://www.paulvillinski.com/press/files/pdf/harvard_buisnes_review.pdf.

- Waitzkin, H. (1984). Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. *JAMA*, 252(17), 2441-2446.
- Williams, M. V., Davis, T., Parker, R. M., & Weiss, B. D. (2002). The role of health literacy in patient-physician communication. *Family Medicine*, 34, 387.
- Williams, E. S., Konrad, T. R., Linzer, M., McMurray, J., Pathman, D. E., Gerrity, M., Schwartz, M. D., Scheckler, W. E., & Douglas, J. (2002). Physician, practice, and patient characteristics related to primary care physician physical and mental health: results from the Physician Worklife Study. *Health Services Research*, 37(1), 121-143.
- Wilmer, H. A. (1968). The doctor-patient relationship and issues of pity, sympathy and empathy. *British Journal of Medical Psychology*, 41(3), 243-248.
- Woolley, F. R., Kane, R. L., Hughes, C. C., & Wright, D. D. (1978). The Effects of Doctor-Patient Communication on Satisfaction and Outcome of Care. *Social Science & Medicine*, 12(2A), 123-128.
- Yin, R. K. (2011). *Estudos de caso: planejamento e métodos* (2a. ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Zinn, W. (1993). The empathic physician. *Archives of Internal Medicine*, 153(3), 306-312.
- Zyzanski, S. J., Stange, K. C., Langa, D., & Flocke, S. A. (1998). Trade-offs in high-volume primary care practice. *J Fam Prac*, 46, 397-402.
- Zolnierek, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment, a Meta Analysis. *Medical Care*, 47(8), 826-834.
- Zwack, J., Schweitzer, J. (2013). If Every Fith Physician is Affected by Burnout, What About the Other Four? Resilience Strategies of Experienced Physicians. *Academic Medicine*, 88(3), 382-389.

APÊNDICES

Apêndice A – Protocolo de Estudo de Caso

1. Visão Geral do Projeto de Estudo de Caso

A - Título

Comunicação médica nos níveis de satisfação dos pacientes: um estudo de caso sobre suas consequências

B - Objetivo do Estudo

A questão a ser explorada busca melhor entender o *gap* existente entre a comunicação feita pelo médico, durante uma consulta com seu paciente, e a necessidade e expectativa deste paciente em relação a esta comunicação; quais os aspectos determinantes de uma boa comunicação que devem acontecer no contexto médico-paciente, com destaque para:

- Papel da empatia e comunicação empática na relação médico-paciente;
- melhora da troca de informação entre ambos;
- A maior compreensão do paciente quanto à doença e o tratamento;
- Um possível impacto positivo na adesão;
- Um aumento do valor percebido e da satisfação do paciente com relação ao serviço prestado.

2. Procedimento de Campo

A - Aspectos metodológicos

Pesquisa de natureza exploratória, qualitativa, com uso do método de estudo de caso. Trata-se de uma investigação de caso único com confrontação teórica.

B - Organização estudada

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, localizado em São Paulo, capital.

C - Unidade de análise

O processo de comunicação médico-paciente, dentro do contexto da organização estudada, e seu impacto na compreensão e satisfação dos pacientes atendidos.

D - Fontes de evidência

- Entrevistas dirigidas com médicos e pacientes
- Observação direta

E - Principais Instrumentos de coleta de dados

Roteiro de pesquisa adequado para as fontes de evidências selecionadas.

F - Executores da pesquisa

Pesquisador: Rosane Teresinha Bernardi

Orientador: Prof. Dr. Guilherme de Farias Shiraishi

3. Questões para o levantamento de documentos, roteiro de entrevistas e observações

A. Questões do roteiro de pesquisa

Roteiro para Entrevistas e Observações com Médicos	
1. De que forma o atual número de pacientes atendidos diariamente interfere na qualidade da consulta e na interação com o paciente?	
2. Você já teve sintomas de esgotamento profissional ou <i>burnout</i> ? De que forma isto interfere no relacionamento com o paciente?	
3. Com os recentes avanços da medicina, a prática da profissão médica vem demandando um alto nível de especialização e uma crescente necessidade de educação médica continuada. Qual o impacto desta abordagem, altamente técnica, na importância que o profissional dá para uma abordagem mais empática do paciente?	
4. Qual é o papel/importância que você atribui à empatia na relação médico-paciente?	
5. Qual o papel dos sentimentos e emoções dos pacientes e familiares no tratamento de sua doença?	
6. Das variáveis do comportamento empático, a comunicação desempenha um papel fundamental. Quais os cuidados que você considera importantes, e procura tomar, ao se comunicar com seu paciente?	
7. Qual você considera que seja o impacto da comunicação médico-paciente nos níveis de adesão ao tratamento recomendado?	
8. Além da adesão, você considera que a comunicação pode interferir em outros desfechos relacionados aos pacientes? (se questionado, relacionar outros desfechos)	
9. Quais informações você considera que o paciente quer receber e que, uma vez recebidas, o deixarão satisfeito com a interação ocorrida com o médico?	
10. Qual nível de compreensão das informações médicas prestadas você atribuiria aos pacientes, de uma maneira geral?	
11. Você considera que seus pacientes estejam satisfeitos com a interação ocorrida durante a consulta médica?	
12. Você considera que seus pacientes recomendarão seus serviços, se questionados sobre isto?	

Roteiro para Entrevistas e Observações com Pacientes

1. Você considera que foi recebido de forma atenciosa e interessada?
2. Você acredita ter sido atendido de forma apressada?
3. Você conseguiu descrever/falar claramente sobre seus sintomas e problemas?
4. Seu médico compreendeu seus problemas e sintomas?
5. Você considera que recebeu explicações claras sobre a doença e o tratamento?
6. Seu médico verificou se você havia compreendido corretamente as informações recebidas?
7. Você foi envolvido nas decisões relativas ao tratamento, ou questionado se você concordava ou conseguiria seguir as orientações dadas?
8. Qual a sua opinião sobre as orientações e tratamento recomendado?
9. Você ficou satisfeito com o atendimento recebido?
10. Você recomendaria este(a) médico (a) para alguém com sintomas ou problemas semelhantes aos seus?

4. Análise do estudo de caso

1. Agrupar as análises das fontes de evidências dos dois grupos entrevistados e observados.
2. Agrupar as evidências dos grupos individualmente seguindo a ordem dos tópicos de estudo.
3. Comparação das evidências dos dois grupos, com o referencial teórico.
4. Identificar os gaps existentes entre os grupos
5. Redigir as análises do caso.

Apêndice B – Carta convite

CARTA-CONVITE DE PESQUISA DE CAMPO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE

São Paulo, 24 de Maio de 2018

Ao

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

Ao Prof. Dr Ricardo Contezini

Venho, por meio desta, convidar sua organização para participar de um estudo exploratório feito na Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (FEA-USP).

O objetivo de tal estudo é identificar formas de comunicação médica no contexto de tratamento, que atendam à satisfação e ao bem-estar do paciente. Este estudo deverá levantar conceitos teóricos acerca da relação médico-paciente, o papel da empatia e comportamento empático nesta relação, e ainda, a relação entre comunicação médica e a satisfação do paciente com relação ao serviço prestado pelo profissional. O estudo vem sendo conduzido por Rosane T. Bernardi, aluna de mestrado profissional, e os resultados desta pesquisa servirão de base para sua dissertação de mestrado.

A participação do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia é de grande relevância para a conclusão do estudo. De acordo com a vontade da direção da instituição, o nome da instituição poderá ou não ser divulgado na pesquisa, uma vez que a omissão do nome não invalida o resultado da pesquisa.

Uma vez aceito este convite, a mestranda conduzirá entrevistas com os profissionais indicados pela instituição, que preencham as características necessárias para o estudo. Também alguns pacientes atendidos por estes médicos deverão ser entrevistados. O tempo total estimado para a duração destas entrevistas é de cerca de uma semana, no período de julho a setembro de 2018.

Após a conclusão da dissertação da aluna, uma cópia do texto final será entregue à sua instituição. Além disto, poderá ser feita uma apresentação customizada para o Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, analisando os resultados da pesquisa encontrada e comparando-os com a revisão teórica estudada.

Grato desde já pela colaboração.

Saudações acadêmicas.

Prof Dr Guilherme de Farias Shiraishi

ANEXOS

Anexo A – Parecer consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: comunicação médica nos níveis de satisfação dos pacientes : um estudo de caso sobre sua consequência

Pesquisador: RICARDO CONTESINI FRANCISCO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 00178518.3.0000.5462

Instituição Proponente: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.099.534

Apresentação do Projeto:

Nº DO PROTOCOLO DO CEP:4884/2018

Nº DE PARTICIPANTES DA PESQUISA:20

O presente estudo visa ao levantamento de conceitos teóricos sobre a relação médico-paciente, o papel da empatia e comportamento empático nesta relação e a relação entre comunicação médica e a satisfação do paciente com relação ao serviço prestado pelo profissional.

O estudo vem sendo conduzido por Rosane T. Bernardi, aluna de mestrado profissional, e os resultados desta pesquisa servirão de base para sua dissertação de mestrado.

A participação do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia é de grande relevância para a conclusão do estudo. De acordo com a vontade da direção da instituição, o nome da instituição poderá ou não ser divulgado na pesquisa, uma vez que a omissão do nome não invalida o resultado da pesquisa.

A mestranda conduzirá entrevistas com os profissionais indicados pela instituição, que preencham as características necessárias para o estudo. Também alguns pacientes atendidos por estes médicos deverão ser entrevistados. O tempo total estimado para a duração destas entrevistas é de

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 6º andar
Bairro: Ibirapuera **CEP:** 04.012-909
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5085-6040 **Fax:** (11)5085-6040 **E-mail:** cep@dantepazzanese.org.br

Continuação do Parecer: 3.099.534

cerca de uma semana, no período estimado após a aprovação pelo CEP do IDPC.

Após a conclusão da dissertação da aluna, uma cópia do texto final será entregue à instituição. Além disto, poderá ser feita uma apresentação customizada para o Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, analisando os resultados da pesquisa encontrada e comparando-os com a revisão teórica estudada.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar formas de comunicação médica no contexto de tratamento, que atendam à satisfação e ao bem-estar do paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não são previstos riscos com a execução do estudo apresentado.

Benefícios são potenciais e esperados após a análise dos dados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nenhum.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na submissão, está digitado "SIM" para proposta de dispensa de TCLE, como justificativa não cabível. Ainda sim, há submissão de um TCLE que foi modificado em resposta à primeira análise deste CEP.

Portanto, não se justifica a dispensa de aplicação do TCLE, que deverá ser realizada antes de qualquer coleta de dados seja efetuada.

Recomendações:

Acima mencionadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Retirar a solicitação de dispensa de TCLE e aplicar a todos os potenciais participantes antes da coleta de dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após retirada da solicitação de dispensa do TCLE, aplicar a todos os potenciais participantes antes da coleta de dados.

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 6º andar
 Bairro: Ibirapuera CEP: 04.012-909
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5085-6040 Fax: (11)5085-6040 E-mail: cep@dantepazzanese.org.br

Continuação do Parecer: 3.099.534

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1205929.pdf	10/12/2018 21:46:38		Aceito
Outros	Carta.pdf	10/12/2018 21:44:15	RICARDO CONTESINI FRANCISCO	Aceito
Outros	carta_resposta_ao_cep_ASSINADA.pdf	07/12/2018 11:01:22	RICARDO CONTESINI FRANCISCO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_VERSaO_1_2018_corrigido_para_resposta.docx	07/12/2018 10:59:11	RICARDO CONTESINI FRANCISCO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_VERSaO_1_2018_com_correcoes.docx	07/12/2018 10:58:49	RICARDO CONTESINI FRANCISCO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	01/10/2018 10:51:55	RICARDO CONTESINI FRANCISCO	Aceito
Orçamento	orcamento_estudo.pdf	04/09/2018 10:54:03	RICARDO CONTESINI FRANCISCO	Aceito
Outros	autorizacao_do_setor.docx	27/08/2018 10:17:00	RICARDO CONTESINI FRANCISCO	Aceito
Outros	cartaFEAUSP.pdf	27/08/2018 10:10:51	RICARDO CONTESINI FRANCISCO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_direito.pdf	27/08/2018 10:09:50	RICARDO CONTESINI FRANCISCO	Aceito
Outros	lei_cns_466.docx	27/08/2018 10:07:20	RICARDO CONTESINI FRANCISCO	Aceito
Outros	CV_Rosane_Bernardi_2018.PDF	27/08/2018 10:06:14	RICARDO CONTESINI FRANCISCO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	protocolo_qualidade_atendimento.pdf	27/08/2018 10:05:39	RICARDO CONTESINI FRANCISCO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_VERSAO_1_2018.pdf	27/08/2018 10:04:43	RICARDO CONTESINI FRANCISCO	Aceito

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 6º andar
 Bairro: Ibirapuera CEP: 04.012-909
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5085-6040 Fax: (11)5085-6040 E-mail: cep@dantepazzanese.org.br

Continuação do Parecer: 3.099.534

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 21 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Pedro Silvio Farsky
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 6º andar
Bairro: Ibirapuera CEP: 04.012-909
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5085-6040 Fax: (11)5085-6040 E-mail: cep@dantepazzanese.org.br

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO ESTUDO: A Influência da Comunicação Médica Nos Níveis de Satisfação dos Pacientes: Um Estudo de Caso

Número do Participante da Pesquisa: _____

Iniciais do Participante da Pesquisa: _____

1) INTRODUÇÃO

Antes de concordar em participar deste estudo é importante que você leia e entenda as explicações a seguir. O Comitê de Ética em Pesquisa deste hospital revisou os objetivos e a condução proposta para o estudo, tendo sido aprovado e recebeu parecer favorável a sua realização.

2) CONVITE

Convido(amos) o (a) Sr (a) _____ para participar da pesquisa intitulada " **A INFLUÊNCIA DA COMUNICAÇÃO MÉDICA NOS NÍVEIS DE SATISFAÇÃO DOS PACIENTES: UM ESTUDO DE CASO**" _____ desenvolvida pela sra **ROSANE T. BERNARDI**

3) FINALIDADE

IDENTIFICAR OS NÍVEIS DE SATISFAÇÃO DOS PACIENTES ENTREVISTADOS COM RELAÇÃO À COMUNICAÇÃO EXISTENTE ENTRE ELE E SEU MÉDICO. AVALIAR A PERCEPÇÃO DO PACIENTE QUANTO AO NÍVEL DE INTERESSE E ATENÇÃO DO PROFISSIONAL QUE O ATENDEU, E SEU NÍVEL DE COMPREENSÃO DAS INFORMAÇÕES RECEBIDAS; AVALIAR A SATISFAÇÃO DO PACIENTE QUANTO AO ATENDIMENTO RECEBIDO E SUA INTENÇÃO DE RECOMENDAR OS SERVIÇOS DO PROFISSIONAL QUE O ATENDEU.

4) DURAÇÃO ESPERADA PARA A PARTICIPAÇÃO

O estudo terá início em **(DATA PROPOSTA; FEVEREIRO DE 2019)** e duração **DE UMA SEMANA** O Sr(a) participará conforme descrito no item Procedimentos, a seguir.

5) PROCEDIMENTOS

ENTREVISTA ÚNICA COM O PESQUISADOR RESPONSÁVEL, COM O OBJETIVO DE RESPONDER 10 PERGUNTAS CONSTANTES EM UM ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PACIENTES.

6) SUAS RESPONSABILIDADES

NÃO SE APLICA, POIS NÃO SE TRATA DE PESQUISA ENVOLVENDO MEDICAMENTOS, E NÃO ENVOLVERÁ QUESTÕES RELACIONADAS AO TRATAMENTO PROPRIAMENTE DITO

7) CONTATO EM CASO DE EMERGÊNCIA/CONTATO COM O CEP

Rubrica do Participante da Pesquisa: _____ **RUBRICA DO PESQUISADOR:** _____

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A equipe médica/ o pesquisador _____ do estudo poderá ser encontrada /o no endereço Avenida Dr. Dante Pazzanese, 500 – Prédio _____ – CEP 04012-180 – São Paulo – SP – Telefones 11 5085-..... ou 11 5085-.....

Se você tiver alguma dúvida sobre a **ética da pesquisa**, entre em contato com o CEP – Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – Av. Dr. Dante Pazzanese, 500 – Prédio I – CEP 04012-909 – Telefone 11 5085-6040. O CEP é um grupo formado por profissionais capacitados que fazem a revisão ética inicial e contínua do estudo de pesquisa para manter sua segurança e proteger seus direitos. Se você procurar por atendimento emergencial em outro hospital ou se for necessária internação, avise o médico que você faz parte de um estudo de pesquisa realizado pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

8) PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA/DESCONTINUAÇÃO

Você pode optar por não participar por qualquer razão sem penalidade ou perda dos benefícios aos quais tem direito e sem qualquer efeito sobre seu tratamento futuro. Você tem garantida a liberdade de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização. Tem assegurado o anonimato, a privacidade durante a realização da pesquisa, e eventuais despesas que por ventura ocorram.

9) DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fui informado (a) sobre o fato de que questões relacionadas aos efeitos conhecidos e imprevisíveis, efeitos colaterais e riscos, bem como as questões relacionadas ao direito de tratamento e às terapias alternativas não se aplicam a este tipo de estudo

Ao assinar este termo de consentimento de forma voluntária, não estarei abrindo mão de meus direitos legais. Recebi uma via rubricada e assinada em todas as páginas deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Li e entendi as informações apresentadas nesse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Pude fazer perguntas e todas minhas dúvidas foram esclarecidas.

Nome Paciente: _____ (letra de forma)

DATA: __/__/__

Assinatura do Paciente _____

Nome da Testemunha: _____ (letra de forma)

DATA __/__/__

Assinatura da Testemunha _____

Nome do Pesquisador: _____

(Nome da Pessoa Autorizada da Equipe do Estudo que está Obtendo o Consentimento Livre e Esclarecido)

DATA __/__/__

Assinatura do Pesquisador _____

Rubrica do Participante da Pesquisa: _____ RUBRICA DO PESQUISADOR: _____