CARLOS FREDERICO CONFORT CAMPOS

**Análise da influência das habilidades de comunicação na
empatia do médico, satisfação com o cuidado e confiança no
profissional percebidas pelo paciente**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de Ciências Médicas
Área de Concentração: Educação e Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Patrícia Zen Tempiski

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 13 de outubro de
2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2021

CARLOS FREDERICO CONFORT CAMPOS

**Análise da influência das habilidades de comunicação na
empatia do médico, satisfação com o cuidado e confiança no
profissional percebidas pelo paciente**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de Ciências Médicas
Área de Concentração: Educação e Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Patricia Zen Tempiski

São Paulo

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Campos, Carlos Frederico Confort
Análise da influência das habilidades de
comunicação na empatia do médico, satisfação com o
cuidado e confiança no profissional percebidas pelo
paciente / Carlos Frederico Confort Campos. -- São
Paulo, 2021.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências Médicas. Área de
Concentração: Educação e Saúde.
Orientadora: Patrícia Zen Tempiski.

Descritores: 1.Comunicação em saúde 2.Empatia
3.Satisfação do paciente 4.Confiança 5.Relações médico-
paciente 6.Comunicação não verbal

USP/FM/DBD-240/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

*Dedico esta tese à minha família: minha esposa Ana,
meus pais Carmem e Antonio e minha irmã, Carla.
Sem eles, eu não seria ninguém!*

*Dedico também a todos os pacientes com quem me
comuniquei desde o início da minha jornada: foi por
você que segui nesse caminho.*

Agradecimentos

À minha orientadora, Patricia Zen Tempski, pela confiança. Como uma mãe, você me acolheu em um momento em que eu precisava e encarou o desafio. Obrigado também por todo o apoio durante esse trabalho, incluindo os puxões de orelha mais que necessários!

Ao meu (e por que não?) também orientador Milton de Arruda Martins pelas contribuições valiosas durante todo o processo. Sua experiência e seu poder de síntese são inspiradores, em especial nas interações relâmpago que tivemos na mesa da salinha do CEDEM.

À minha parceira neste trabalho, Clarice Rosa Olivo, que topou participar desse projeto, fosse passando horas olhando o mesmo vídeo ou nas discussões mais mundanas. Se doutorado pudesse fazer em dupla (e você já não tivesse um), te escolheria sem dúvidas!

À querida Fernanda Magalhães Arantes Costa pelas ajudas durante a jornada acadêmica e pelas conversas sobre mudanças, “previsões do tempo”, treinos de corrida e sobre a vida em geral.

À mágica Rosana Aparecida dos Reis da Paz Vilela, secretária e “feiticeira” que resolveu qualquer problema que tive no processo, desde papéis a pessoas.

Aos colegas de doutorado do “time CEDEM”: Adriana Rabello, Alexandre Sizilio, Ana Vega, Angélica Manfroi, Carla Motta, Gabrielle Silveira, Leandro Raider, Marcela Oliveira, Pâmella Braga, Paula Poço, Renata Achar, Renata Paluello. Obrigado pelos momentos de aprendizado e muita diversão juntos, tanto presenciais quanto virtuais. Vocês me ajudaram a me sentir mais junto de todos quando estive mais longe e a enxergar esse trabalho com outros olhos.

À Sylvia Claassen Enns e à Renata Kobayasi Zelada, que me ensinaram os segredos de dois grandes aliados: Mendeley e SPSS.

To the formerly boss and now friend Harsh Bhoopatkar and the Clinical Skills Centre team at the University of Auckland: Anna Meunier-Cable, Angela Cunningham, Andy

Wearn, Karen Falloon and Miriam Nakatsuji, thanks for helping me feel a little bit more at home in New Zealand.

À amiga Clarissa Willets, pela amizade e pelo apoio em todas as jornadas, em diversos jantares e, mais recentemente, em bate-papos na volta do trabalho, me ajudando a manter os meus limites, mesmo pensando muito parecido.

Ao amigo e eterno tutor Luciano Araújo, que me ensinou que a “força” é muito forte em mim; a olhar de forma muito mais ampliada para o meu trabalho com pacientes e que até hoje me ajuda a saber a que velocidade correr quando você (acha que) é o primeiro fila.

Aos meus sogros Vera e Rubens, que me deram apoio e abrigo (literalmente) nessa jornada do doutorado e na “loucura” de atravessar o mundo.

Ao meu cunhado Fabio, pelo apoio gráfico na maioria das ilustrações da tese.

Aos meus pais Carmem e Antonio, que sempre me ensinaram (e possibilitaram) que eu podia ser capaz de tudo o que quisesse desde que eu me dedicasse e que olhasse e cuidasse de quem estava ao meu redor; que estão comigo em todos os momentos, mesmo que fisicamente distantes (seja a uma serra ou a 13 mil km de distância).

À minha irmã, Carla, minha fã número zero e eterna defensora, que sempre acreditou no meu (nosso?) potencial e comemorou junto as minhas (nossas?) vitórias.

Ao meu cunhado Thiago e aos meus sobrinhos Marina e Lucas, pelos momentos de alegria leve e tranquilidade (mesmo que com agitação!).

À minha esposa Ana, companheira da vida, que me faz rir, me apoia, cuida de mim, encara os desafios comigo e me desafia todos os dias a ser melhor marido, pessoa, profissional e pesquisador. Essa tese é sua também (mas não vai para o seu currículo, lamento!).

Aos assistentes e à coordenação do ambulatório de avaliação pré-operatória do HCFMUSP por permitir que esse projeto acontecesse.

Aos pacientes do ambulatório que participaram deste estudo, que sem o seu tempo e a sua boa vontade nada disso teria acontecido: tomara que as suas cirurgias tenham sido um sucesso!

“He aha te mea nui o te ao
[Qual é a coisa mais importante do mundo]
He tangata, he tangata, he tangata”
[As pessoas, as pessoas, as pessoas]

Provérbio Māori

“O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim:
esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e
depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.”

João Guimaraes Rosa

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. COMUNICAÇÃO	1
1.2 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	2
1.3 CUIDADOS EM SAÚDE	5
1.4 FATORES QUE INFLUENCIAM O CUIDADO	6
1.4.1 SISTEMA DE SAÚDE	7
1.4.2 TEMPO DE CONSULTA	9
1.4.3 CONHECIMENTO CLÍNICO DO PROFISSIONAL	10
1.4.4 ADESÃO AO TRATAMENTO	11
1.4.5 CONFIANÇA NO PROFISSIONAL	13
1.4.6 SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO	14
1.4.7 EMPATIA PERCEBIDA PELO PACIENTE	15
2. OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3. MÉTODOS	20
3.1 APROVAÇÃO DO ESTUDO	20
3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO	20
3.3 LOCAL DA PESQUISA	20
3.4 SUJEITOS DA PESQUISA	20
3.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS MÉDICOS RESIDENTES	21
3.4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PACIENTES	21
3.5 COLETA DE DADOS	22
3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA	24
3.6.1 EMPATIA DO MÉDICO PERCEBIDA PELO PACIENTE	24

3.6.2 SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM O CUIDADO POR <i>NET PROMOTER SCORE</i>	24
3.6.3 AVALIAÇÃO GLOBAL DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM O CUIDADO	25
3.6.4 ROTEIRO DE ENTREVISTA	25
3.7 ANÁLISE DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO	26
3.7.1 INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO VERBAIS	26
3.7.2 INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO NÃO VERBAIS	26
3.7.3 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE	27
3.8 ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DADOS	29
3.9 ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS	30
<u>4. RESULTADOS</u>	<u>31</u>
4.1 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA	31
4.1.1 PACIENTES	31
4.1.2 MÉDICOS RESIDENTES	33
4.2 ANÁLISE QUANTITATIVA DA EMPATIA DO MÉDICO PERCEBIDA PELO PACIENTE E DA SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM O CUIDADO	33
4.3 ANÁLISE DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO	36
4.3.1 CONFIABILIDADE INTEROBSERVADOR ENTRE OS VÍDEOS	37
4.3.2. ANÁLISE DESCRITIVA E COMPARATIVA HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO VERBAIS	37
4.3.3. ANÁLISE DESCRITIVA E COMPARATIVA DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO NÃO VERBAIS	42
4.4 ANÁLISE QUALITATIVA DAS ENTREVISTAS	44
4.4.1. AÇÕES DO MÉDICO	45
4.4.2. EFEITOS NO PACIENTE	49
4.4.3. CONTEXTO DO CUIDADO	53
<u>5. DISCUSSÃO</u>	<u>57</u>
5.1 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS E DIÁLOGO COM A LITERATURA	57
5.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	70
5.3 FORÇAS DO ESTUDO	71
<u>6. CONCLUSÕES</u>	<u>72</u>
<u>7. ANEXOS</u>	<u>74</u>
ANEXO I - TCLE PARA MÉDICOS RESIDENTES	74
ANEXO II - TCLE PARA PACIENTES	77

ANEXO III - ESCALA DE JEFFERSON DA PERCEPÇÃO DE EMPATIA MÉDICA PELO DOENTE (<i>JEFFERSON SCALE OF PATIENT PERCEPTIONS OF PHYSICIAN EMPATHY – JSPPPE</i>)	80
ANEXO IV - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	81
ANEXO V - SISTEMA DE COMPORTAMENTOS DE COMUNICAÇÃO MÉDICA (<i>MEDICAL COMMUNICATIONS BEHAVIOR SYSTEM</i>)	82
ANEXO VI - HABILIDADES NÃO VERBAIS – CONFORME DESCRITA POR HEINTZMAN ET AL. E CARIS-VERHALLEN ET AL.	85
8. REFERÊNCIAS	86

APÊNDICE

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra de pacientes	32
Tabela 2 - Empatia do médico percebida pelo paciente, satisfação do paciente com o cuidado medida pelo <i>Net Promoter Score</i> e pela avaliação global de acordo com sexo do paciente, sexo do médico, liberação para procedimento e escolaridade do paciente	35
Tabela 3 - Coeficientes de correlação de Spearman entre empatia do médico percebida pelo paciente e satisfação com o cuidado medida pelo <i>Net Promoter Score</i> e pela avaliação global	36
Tabela 4 - Coeficientes de correlação intraclasse entre os avaliadores para cada vídeo e o total de vídeos, dividido entre habilidades verbais e não verbais	37
Tabela 5 - Habilidades de comunicação verbais dos grupos de pacientes menos satisfeitos e mais satisfeitos	39
Tabela 6 - Habilidades de comunicação não verbais dos grupos de pacientes menos satisfeitos e mais satisfeitos	43

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fatores que influenciam o cuidado.....	18
Figura 2. Representação gráfica do posicionamento da câmera na sala.....	23
Figura 3. Fluxo de coleta de dados	24
Figura 4. Exemplo de planilha de quantificação de habilidades de comunicação verbais	28
Figura 5. Fluxograma de inclusão e perdas do estudo.....	31
Figura 6. Diagramas de caixa de Tukey mostrando a dispersão dos escores de (A) empatia do médico percebido pelo paciente, (B) satisfação do paciente com o cuidado medido pelo <i>Net Promoter Score</i> e (C) pela avaliação global	33
Figura 7. Distribuição do número de pacientes por classificação de <i>Net Promoter Score</i>	34
Figura 8. Representação gráfica dos temas e subtemas identificados na relação entre comunicação e confiança e satisfação	45

LISTA DE SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CARE	<i>Consultation and Relational Empathy</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	<i>Intraclass Correlation Coefficient</i>
JSPPPE	<i>Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy</i>
NPS	<i>Net Promoter Score</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
P25	percentil 25
P75	percentil 75
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

Campos CFC. *Análise da influência das habilidades de comunicação na empatia do médico, satisfação com o cuidado e confiança no profissional percebidas pelo paciente* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2021.

INTRODUÇÃO: Comunicação é o processo humano que visa trocar informações e estabelecer uma relação entre os participantes. No contexto do cuidado em saúde, a comunicação efetiva está relacionada a desfechos positivos para médicos e pacientes, e como tal, é parte do processo de formação de novos médicos. **OBJETIVO:** Este estudo objetiva analisar a influência das habilidades de comunicação na empatia percebida pelo paciente, satisfação com o cuidado e confiança no profissional sob o ponto de vista do paciente. **MÉTODOS:** Estudo transversal de modelo misto (qualitativo e quantitativo) realizado com residentes do segundo ano de Clínica Médica e seus pacientes em um ambulatório de avaliação pré-operatória. Suas consultas foram gravadas em vídeo. Ao término, pacientes preencheram questionários para avaliar sua percepção da empatia do médico (Escala de Jefferson da Percepção de Empatia Médica pelo Doente) e satisfação com o cuidado (*Net Promoter Score* – NPS – e avaliação global). Ao final, participaram de uma entrevista de roteiro semiestruturado para investigar satisfação com o cuidado e confiança no profissional. Posteriormente, os pesquisadores avaliaram as habilidades de comunicação verbais (Sistema de Comportamentos de Comunicação Médica) e não verbais (definidas por Heintzman et al. e Caris-Verhallen et al.) por meio dos vídeos das consultas. As medidas das habilidades de comunicação foram comparadas entre os pacientes mais satisfeitos e os menos satisfeitos pela classificação do NPS. As entrevistas foram analisadas por meio de análise temática. **RESULTADOS:** Sessenta pacientes (mediana = 61,5 [52,5 - 70,0] anos; 60,0% mulheres) e 16 residentes (mediana = 26,0 [25,0 – 27,0] anos; 43,8% mulheres) participaram do estudo. As medidas de empatia do médico percebida pelo paciente (mediana = 32,0 [29,8 - 35,0]) e satisfação do cuidado medida pelo NPS

(mediana = 10 [9 - 10]) e por avaliação global (mediana = 10 [10 - 10]) apresentaram efeito teto. A classificação de NPS demonstrou 3,3% de detratores, 11,7% de neutros e 85,0% de promotores. Não houve associação entre essas medidas e sexo do paciente, do médico, escolaridade do paciente ou liberação para o procedimento. Encontrou-se correlação significativa fraca entre empatia e avaliação global e fortes entre empatia e NPS e avaliação global e NPS. O grupo de pacientes mais satisfeitos utilizaram significativamente mais a categoria Habilidades Afetivas; o grupo menos satisfeito utilizou mais a habilidade verbal Perguntas de Conteúdo. Não houve diferença entre nenhuma outra habilidade verbal ou qualquer habilidade não verbal. Identificou-se que as ações do médico, os efeitos no paciente e o contexto do cuidado são fatores que interferem na relação entre habilidades de comunicação e satisfação do paciente com o cuidado e confiança do paciente no profissional. CONCLUSÃO: Habilidades de comunicação influenciam a satisfação do paciente com o cuidado e confiança do paciente no profissional. Percebeu-se que a satisfação com o cuidado foi influenciada pela expressão de afetividade e por perguntas feitas pelo paciente e não sofreu influência das habilidades não verbais ou da comunicação do médico. Além disso, o contexto em que ocorre o cuidado, bem como as ações do médico e suas consequências no paciente também permitem compreender os fatores determinantes para a construção de uma boa relação terapêutica.

Descritores: Comunicação em saúde; Empatia; Satisfação do paciente; Confiança; Relações médico-paciente; Comunicação não verbal.

ABSTRACT

Campos CFC. *Analysis of the influence of communication skills on patient perceived physician's empathy, satisfaction with care and trust in physician* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2021.

INTRODUCTION: Communication is the human process that aims to exchange information and to establish a relationship between participants. In the healthcare setting, the effective use of communication relates to positive outcomes for physicians and patients and, as such, it is part of the medical training of new physicians. **OBJECTIVE:** This study aims to analyse the influence of communication skills on patients' perception of physician empathy, patients satisfaction with care and patients trust in physician. **METHODS:** A cross-sectional study using a mixed-methods model (qualitative and quantitative) with second-year Internal Medicine residents and their patients, at a preoperative risk assessment in an outpatient ambulatory setting. Consultations were videorecorded, and patients completed surveys to assess their perception of their physician's empathy (Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy) and satisfaction with care (Net Promoter Score – NPS – and global rating). Finally, patients were interviewed using a semi-structured script to investigate satisfaction with care and trust in physician. Afterwards, researchers assessed verbal (Medical Communications Behavior System) and non-verbal (defined by Heintzman et al. and Caris-Verhallen et al.) communication skills through consultation video recordings. Communication skills measurements were compared between more satisfied and less satisfied patients as classified by NPS. Interviews were analysed using thematic analysis. **RESULTS:** Sixty patients (median = 61.5 [52.5 - 70.0] years old; 60.0% female) and 16 residents (median = 26.0 [25.0 – 27.0] years old; 43.8% female) participated in the study. Measurements of patient perceived physician's empathy (median = 32.0 [29.8 - 35.0]) and satisfaction with care measured by NPS (median = 10 [9 - 10]) and by global rating (median = 10 [10 - 10]) presented with ceiling effect. NPS classification showed with 3.3%

promoters, 11.7% passives and 85.0% detractors. There was no association between these measurements and patient and physician gender, patient educational level, or clearance for procedure. We found a weak significant correlation between empathy and global rating and strong correlations between empathy and NPS, and global rating and NPS. More satisfied patients used significantly more Patient Affective Behaviors; less satisfied patients use more Patient's Content Questions. There was no significant difference in any other verbal or in any non-verbal communication skill. Furthermore, we identified that physician's actions, effects on patients and healthcare context are factors that interfere in the relationship between communication skills and patient's satisfaction with care and patient trust in the physician. CONCLUSION: Communication skills influence patient satisfaction with care and patient trust in the physician. We identified that satisfaction with care was influenced by the expression of affection and by patient questioning. It was not influenced by patient nonverbal skills or physicians communication. Additionally, the context in which healthcare happens as well as a physician's actions and their consequences on patients also allow us to understand better the determining factors to building a good therapeutic relationship.

Descriptors: Health communication; Empathy; Patient satisfaction; Trust; Physician-patient relations; Nonverbal communication.

1. Introdução

1.1. Comunicação

A palavra comunicar tem origem no latim *comunicare* que significa tornar comum¹. Este é o grande princípio por trás da palavra: duas pessoas ao se comunicarem não estão meramente trocando mensagens, estão buscando tornar comum alguma experiência, fato, impressão ou percepção. Como um ser social, o ser humano tem por característica partilhar suas experiências.

Este compartilhamento tem duas funções claras: a transmissão de uma mensagem e o estabelecimento de uma relação². A primeira delas é notória, já que ao compartilhar algum fato através de um ato comunicativo, esperamos que a outra pessoa tome conhecimento dele e assim, a mensagem seja transmitida. Já na função relacional, mais corriqueira, criamos uma relação, mesmo que temporária e superficial, entre as participantes deste ato³.

Este processo pode ocorrer de diversas maneiras, sendo a mais comum delas, a comunicação verbal. A fala, aprendida de forma quase que natural, é a principal e mais primitiva forma de comunicação verbal; no entanto, a linguagem escrita também tem papel importante, especialmente com o desenvolvimento das sociedades, desde o papel culminando com os aplicativos de mensagens tão utilizados atualmente. Além da comunicação verbal, o compartilhamento de mensagens se dá através de outras formas como expressões faciais, gestos, tom de voz e posicionamentos corporais. A comunicação não verbal, embora frequentemente considerada secundária, tem papel importante no desenvolvimento da sociedade, na produção de conhecimentos e entendimentos, como bem exemplificam as linguagens de sinais, no caso do Brasil a Libras, considerada idioma oficial do país⁴.

Diversos modelos explicativos foram desenhados a fim de se explicar esse complexo processo de comunicação. Uma das primeiras e mais conhecidas teorias, frequentemente utilizada é a Teoria Matemática da Comunicação, desenvolvida por Shannon e Weaver em 1948. Em uma leitura matemática, linear e quantitativa do processo de comunicação, considera

como fatores importantes: a fonte da informação, a mensagem, o emissor, o sinal, o canal, o sinal recebido, o receptor e o destino, bem como os processos de codificação da mensagem (a informação que de fato quer se passar) em um sinal (que podem ser palavras, caracteres, sons, gestos) e decodificação dele em mensagem novamente. Nesse modelo, as interferências negativas são chamadas de ruídos⁵.

Esta visão da comunicação objetivava medir a quantidade de informação que um canal pode transmitir, evitando distorções, como nos processos de telecomunicações. No entanto, trata-se de uma visão simplificada do processo, desconsiderando, por exemplo, a inserção social da comunicação. Apesar desta simplificação, é importante notar que ela ajuda a entender diversos processos comunicativos como a linguagem de computação, as mensagens de aplicativos de telefone celular ou mesmo as interações à distância como uma videoconferência, onde o processo de codificação e decodificação das mensagens e sinais ocorre de formas diferentes.

Não só a matemática buscou entender melhor os processos comunicativos. Este fenômeno complexo entre duas ou mais pessoas é objeto de estudo de diversas outras ciências, em especial as ciências das interações humanas, como a psicologia, a sociologia, a filosofia e as próprias ciências da comunicação. As ciências da saúde, dentre elas a medicina, mais recentemente se dedica em parte ao estudo deste processo.

1.2 Comunicação em Saúde

Há evidência que uma comunicação efetiva está associada aos seguintes desfechos em saúde: a melhor satisfação com a consulta para médicos e pacientes⁶⁻⁸; mais aderência a tratamentos⁹, melhor controle de sintomas crônicos^{10,11}, maiores chances de descobrir a razão pela qual pacientes buscam o serviço de saúde¹², menos sofrimento em saúde mental¹³ e menos processos e queixas por má prática¹⁴.

Muito embora a comunicação médico-paciente seja discutida desde a escola de Cos, na Grécia antiga, onde se entendia que a particularidade de cada pessoa era importante para o diagnóstico¹⁵, esta discussão se perdeu com o desenvolvimento da ciência médica. Desde então, a medicina se aproximou mais das ciências naturais e desenvolveu-se de forma importante no aspecto “técnico”¹⁶. Assim a medicina deixou um pouco de lado a particularidade dos indivíduos e das interações individuais e focou-se nas evidências científicas produzidas em grandes grupos de pessoas. Mais recentemente, vem fazendo o caminho inverso, voltando-se mais aos aspectos únicos das pessoas que recebem cuidado.

Os países anglo-saxões foram os primeiros a retomar a discussão da comunicação, somente nos anos 70 do século XX¹⁷. No entanto, é a partir dos anos 80 que as publicações sobre comunicação em saúde voltam de forma mais significativa. Neste período, surge um importante documento que reforça a sua relevância na formação de estudantes de medicina. O *General Medical Council*, órgão que regula a profissão e formação médica no Reino Unido, declara que o estudante de medicina deve “comunicar-se de forma clara, sensível e efetiva com pacientes e seus familiares, bem como com colegas de profissão”¹⁸. Poucos anos depois, as escolas médicas dos Estados Unidos¹⁹ introduziram a comunicação no currículo, mostrando o impacto de processos de avaliação de programa e acreditação na formação médica.

Passa a ficar, então, cada vez mais claro que a comunicação pode e deve ser ensinada, deixando de ser vista como um traço de personalidade entre diferentes médicos, e passando a ser entendida como uma habilidade que deve ser desenvolvida²⁰⁻²²; este desenvolvimento deve ocorrer, preferencialmente, longitudinalmente, percorrendo toda a formação médica²³.

Diversos órgãos regulatórios da formação médica em diferentes países criaram documentos semelhantes àquele do Conselho Geral de Medicina (*General Medical Council*) que colocam a formação em comunicação como competência central na formação do médico. O Colégio Real de Médicos e Cirurgiões do Canadá (*Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*) define seis características centrais para o médico e uma delas é a de

comunicador²⁴. O Conselho de Acreditação para Educação Médica de Pós-Graduação (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*) dos Estados Unidos e o Conselho Geral de Medicina britânico também definem competências centrais, sendo uma delas Habilidades de Comunicação e Interpessoais^{25,26}. Documentos de instituições similares na Austrália e na Nova Zelândia reforçam essa importância^{27,28}.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina brasileiras, desde sua edição de 2001²⁹ e em sua atualização em 2014³⁰, também estabelecem a habilidade de se comunicar adequadamente com pacientes, familiares, comunidades e colegas de equipe como fundamental à formação do médico no Brasil, com perfil generalista. Este profissional deverá estar apto a trabalhar em qualquer nível de atenção, sendo competente para lidar com os problemas mais comuns das populações que atende³¹.

Identificada a importância de se ensinar comunicação para profissionais de saúde, é preciso definir qual o conteúdo a ser ensinado e de que forma ensinar este conteúdo. Silverman, Kurtz e Draper³² definem três tipos básicos de habilidades de comunicação em saúde: as de conteúdo, as processuais e as de percepção. As primeiras são compostas por aquilo que o profissional fala, como as perguntas que faz e o conteúdo delas. Estas habilidades são frequentemente discutidas na formação médica, nas disciplinas de semiologia, quando alunos aprendem a realizar anamnese.

O segundo tipo, as processuais, é composto pela forma como o profissional se comunica, por exemplo, utilizando perguntas abertas ou fechadas, ou o equilíbrio entre comunicação verbal e não verbal. Este grupo de habilidades foi introduzido mais recentemente nas escolas médicas, entendendo que foca no estabelecimento da relação terapêutica.

Por fim, as habilidades de percepção focam no que o profissional está pensando ou sentindo enquanto se comunica e engloba tanto raciocínio clínico e tomada de decisão quanto os sentimentos despertados pelos pacientes. Este grupo de habilidades recebe mais atenção, no caso dos primeiros exemplos, e é mais negligenciado, no caso do último.

Mesmo com a classificação, porém, é necessário definir quais habilidades específicas de comunicação precisam ser ensinadas. Neste sentido, diversos guias foram desenvolvidos para enumerar ou delimitar as habilidades “minimamente necessárias” para um médico. Assim, combinando os três tipos, Kurtz et al.³³ criaram e aprimoraram os guias de Calgary-Cambridge. Neste guia, uma lista de 71 habilidades, agrupadas nas etapas da consulta foram identificadas. O guia deve ser utilizado de forma ampla, entendendo-se que não é um checklist, no qual todas as habilidades devem ser utilizadas em toda consulta. Ele pode ser utilizado como guia de observação, avaliação e aprendizado por alunos, residentes e mesmo médicos formados.

Apesar de ser o mais famoso, o guia de Calgary-Cambridge não é o único nesse sentido, cabendo destacar outros guias como a estrutura SEGUE (*SEGUE Framework*)³⁴, o MAAS-Global³⁵ e A Consulta em 7 Passos³⁶. Este último aparece como uma opção adequada à realidade brasileira³⁷. Mais recentemente, uma versão de 28 itens do guia de Calgary-Cambridge foi traduzida e validada para o Brasil por Dohms et al.³⁸.

Ao entendermos o papel importante que a comunicação tem na formação médica, ela se coloca como fator que influencia o cuidado em saúde.

1.3 Cuidados em Saúde

Quando pensamos habitualmente na ideia de cuidados em saúde, costumamos dar o significado de procedimentos para o bom êxito de um tratamento. No entanto, de acordo com Ayres³⁹, o cuidado em saúde deve ser entendido como um construto e pode ser melhor definido como “uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade”. Trata-se tanto de uma compreensão filosófica quanto de uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde têm nas diversas situações em que ocorre um processo terapêutico.

Os egressos da graduação, idealmente, com perfil generalista são participantes desse processo interativo, já que são responsáveis pelo cuidado de seus pacientes. E dado seu perfil de formação, está apto a cuidar de seus pacientes na Atenção Primária. Neste nível de atenção, caracterizada pelos atendimentos indiferenciados e diversificados em saúde, este profissional terá a oportunidade – e a responsabilidade — de prover cuidados de primeiro contato, longitudinais, abrangentes e coordenados com níveis de atenção, atendendo quaisquer pessoas, independentemente de gênero, tipo de doença ou órgão acometido⁴⁰.

Os cuidados em saúde podem se dar de diversas formas^{41,42}: podem ser feitos no consultório, em ambiente domiciliar ou na comunidade; de forma individual ou coletiva; para pessoas com problemas de saúde agudos, crônicos ou mesmo para pessoas sem nenhum problema de saúde, como nos momentos de medidas preventivas e promotoras de saúde. É importante salientar que, apesar destas diferentes formas estarem habitualmente ligadas (e serem praticadas) na Atenção Primária, elas não são exclusividade deste nível de atenção, podendo ocorrer em outros níveis.

Uma outra característica do cuidado em saúde que o profissional deve prover é cuidar do que mais acomete sua população, bem como cuidar do que a mais põe em risco. Para isso, este profissional deve ter uma atenção especial para as doenças crônicas não transmissíveis⁴³, em especial as doenças cardiovasculares. Hoje em dia, são a principal causa evitável de mortalidade da população brasileira e mundial, responsáveis em 2015 por 31,0% do total de mortes, o que significam 17,7 milhões de mortes⁴⁴. Além disso, são responsável por uma parte importante dos gastos em saúde: algumas estimativas avaliam que o gasto com estas doenças deva exceder 1 trilhão de dólares americanos em 2030⁴⁵.

As doenças cardiovasculares, bem como todas as doenças crônicas, têm por característica serem de origem multifatorial e requererem um cuidado em saúde complexo. Assim, é importante ter em consideração, os fatores que influenciam este cuidado.

1.4 Fatores que influenciam o cuidado

Um fator que influencia de forma importante o cuidado em saúde de uma pessoa é a forma como se dá a interação entre ela e o seu médico. Idealmente, deve ocorrer de forma sinérgica, onde a ação de ambos resulta em um tipo de interação chamada de produtiva⁴⁶, que possibilita um cuidado mais efetivo, produzindo melhor controle da condição de saúde.

Para atingir esta interação produtiva, devemos considerar diversos fatores relacionados ao encontro de saúde. Alguns deles, são intrínsecos à consulta, ou seja, gerados dentro de seu espaço. Outros influenciam a interação mesmo em uma posição mais externa à consulta. Independentemente da localização, a combinação de todos estes fatores influencia a interação que, por sua vez, produz o cuidado que de fato vai ser dado ao paciente. Este modelo de fatores que influenciam o cuidado foi desenvolvido pelo autor deste trabalho por meio de revisão da literatura.

Inicialmente, falaremos dos fatores mais distais à consulta, que, em nosso modelo, são o sistema de saúde, os limites de tempo de consulta, bem como o conhecimento clínico do profissional que atende.

1.4.1 Sistema de saúde

Sistema de saúde é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como todas as ações que contribuem para a melhora da saúde. Mais especificamente, a OMS define como todos os atores, instituições ou recursos que executam ações em saúde⁴⁷.

No Brasil, desde a década de 80 estruturou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que compõe todas as ações de saúde realizadas por instituições públicas de qualquer nível no Brasil⁴⁸. Ele se caracteriza por ser um sistema universal, equânime e integral, de financiamento público. Criado pela Constituição Federal de 1988, modificou a assistência à saúde no país que antes era baseada em um sistema de seguro social, onde a assistência era atrelada ao registro de emprego formal⁴⁹.

Apesar de ser um sistema público e universal, é de livre atuação à iniciativa privada, fazendo com que na realidade, coexistam dois subsistemas,

um público e um privado. Cabe porém ao SUS a fiscalização de todas as ações de saúde, independentemente do prestador⁵⁰.

Mesmo vivendo com a realidade de dois subsistemas, a maior parte da população brasileira é completamente dependente do SUS. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que 71,5% da população é totalmente dependente do subsistema público⁵¹. No estado de São Paulo, onde há maior proporção de pessoas com planos de saúde, este número é de 61,6%.

Uma outra característica marcante do subsistema público de saúde brasileiro é o fato de que é organizado em redes de atenção à saúde. Assim, os pacientes se distribuem nestes diversos pontos das redes de atenção conforme sua necessidade de saúde e a demanda que estas necessidades têm por complexidade tecnológica, tendo a Atenção Primária como centro de comunicação destas redes⁵².

Independentemente do subsistema em que esteja ou do nível de atenção, ele influencia de forma importante a interação entre médico e paciente. Pois há uma diferença na disponibilidade de recursos (habitualmente mais abundantes no subsistema privado ou nos níveis terciários do subsistema público)⁵³, acesso a consultas, medicamentos, exames e procedimentos⁵⁴.

Especificamente sobre o espaço da consulta, o sistema de saúde pode impor limitações, maiores ou menores a pacientes e médicos. No subsistema privado, não há teoricamente um limite no número de consultas o qual o paciente pode utilizar. No entanto, um paciente que tenha que pagar diretamente por suas consultas, pode encontrar aí um limite. Um médico que julgue receber pouco por suas consultas pode aumentar o valor de seus honorários, restringindo o acesso a um grupo de pacientes mais pobres⁵⁵. Isto gera uma limitação que tende a produzir consultas mais curtas, considerando que a meta é aumentar o rendimento do profissional e o tempo total de atendimento é inevitavelmente limitado. Desta forma, as consultas passam a ser focadas no tempo pré-definido e não na necessidade de cada paciente.

As pessoas que são dependentes de um plano de saúde, além de terem que lidar com diferentes tempos de carência⁵⁶, podem ter suas mensalidades reajustadas por “excesso” de uso de serviços, através da sinistralidade⁵⁷. Além disso, por vezes há dificuldade para agendar consultas ou exames, devido a

restrições da rede. Por fim, frequentemente médicos trocam ou se descredenciam dos planos de saúde, impedindo uma continuidade no cuidado⁵⁸.

Por fim, os usuários do subsistema público frequentemente enfrentam limitações em acesso a consultas, por falta de profissionais⁵⁹ ou por estes terem que atender uma quantidade muito grande de pessoas, produzindo serviços superlotados⁶⁰. Ainda mais em se considerando um sistema de saúde universal e gratuito (gratuidade essa no contato direto com o serviço, já que é financiado por impostos pagos por seus usuários). Além disso, a Constituição brasileira de 1988 define a saúde como um direito de todos⁴⁸, o que acentua mais ainda essas limitações.

Todos estes limites impactam diretamente na interação entre médico e pacientes, dificultando que essa interação seja adequadamente produtiva e, por sua vez, produza melhora na saúde dos pacientes, bem como reforce o senso de propósito e a satisfação do médico.

1.4.2 Tempo de consulta

Conforme já dissemos na sessão anterior, o tempo é um recurso limitado em saúde, e os pacientes geralmente estão cientes deste fato⁶¹. Médicos e pacientes frequentemente se queixam do tempo que têm para as consultas⁶²⁻⁶⁴. Este fenômeno ocorre no mundo todo, mesmo havendo tempos diferentes de duração entre os países. Deveugele et al⁶⁵. mostraram que o tempo médio de consulta na Atenção Primária em seis países da Europa era de 10,7 minutos, enquanto o estudo de Irving et al.⁶⁶ demonstrou uma grande variação, desde 48 segundos em Bangladesh a 22,5 minutos na Suécia.

Estudos mostram que a duração da consulta está associada à satisfação de pacientes com o atendimento^{62,66}. No entanto, alguns artigos refutam essa ideia^{67,68}, incluindo uma revisão sistemática Cochrane que demonstrou resultados inconclusivos quanto à duração da consulta e seus benefícios⁶⁹. Essa parece não ser um fator direto da satisfação dos pacientes.

Fatores intermediários também estão misturados nessa relação, como a insatisfação com a consulta^{61,64}, a discussão de problemas psicossociais neste espaço⁶³ ou tempo na sala de espera⁷⁰. Outro aspecto que se confunde

na relação tempo de consulta e satisfação é a percepção do paciente quanto à duração da consulta. Pacientes que tiveram a percepção de que o médico estava atendendo as suas necessidades, avaliaram positivamente o encontro⁶¹ e tenderam a superestimar o tamanho de suas consultas⁶⁴.

Dessa forma, a comunicação médico-paciente parece ter associação com o tempo de consulta⁷¹. Algumas características como uma abordagem mais centrada na pessoa^{71,72}, com compartilhamento de decisões⁷², com mais razões para o encontro discutidas^{62,65,72,73}, a abordagem de problemas de saúde mental^{73,74} e discussão de promoção à saúde⁶² estão associadas a consultas mais longas. Ainda assim, em determinadas situações, consultas mais curtas podem produzir encontros satisfatórios tanto para pacientes quanto para médicos⁶⁷. No entanto, encontros menos duradouros estão associados a pior comunicação com o paciente⁶⁶.

Outras características também se correlacionam, mais consistentemente na literatura, com consultas mais longas com o sexo feminino, tanto da paciente⁷³ quanto da médica⁷¹, maior idade do médico⁷³ e do paciente^{75,76}. Um último fator associado ao tempo de consulta que chama a atenção é o fato de que médicos atendendo pacientes economicamente mais carentes e com maior quantidade de problemas a serem cuidados, em diversos lugares do mundo, costumam oferecer consultas menores^{66,76}, o que suporta a ideia da “lei dos cuidados inversos” de Hart⁷⁷, onde pessoas com menos necessidades de saúde têm mais acesso e melhores cuidados do que as pessoas que requerem mais.

1.4.3 Conhecimento clínico do profissional

Um cuidado adequado em saúde deve se basear em conhecimento médico sólido⁷⁸. O Conselho de Acreditação para Educação Médica de Pós-Graduação dos Estados Unidos define o conhecimento médico como uma de suas competências centrais, da seguinte forma: o graduando deve demonstrar conhecimentos biomédico, clínico, epidemiológico e de ciências de comportamento e sociais estabelecidos e em evolução, assim como sua aplicação ao cuidado com o paciente²⁵. Outros órgãos internacionais também

trazem essa competência como central na formação do profissional médico^{24,26}.

Pacientes habitualmente desejam que seus médicos tenham vasto conhecimento clínico, bem como uma comunicação adequada⁷⁹. No entanto, estão em uma posição desvantajosa, já que não são capazes de avaliar a primeira característica e, para isso, precisam confiar em seus médicos⁸⁰. Porém, estima-se que mais conhecimento médico foi produzido nos últimos 100 anos do que nos cinco mil anteriores⁸¹. Isto implica que o médico, para estar sempre atualizado, deve ser capaz de buscar novos conhecimentos, avaliá-los e traduzi-los em sua prática⁸². Contudo, esta transferência para prática não ocorre naturalmente com a aquisição do conhecimento. Estimativas mostram que adultos nos Estados Unidos recebem cuidados em saúde apropriados somente em 54,9% das situações⁸³.

Uma prática clínica competente passa pelo uso adequado de habilidades de comunicação⁸⁴. Em uma consulta, a fase da anamnese isoladamente pode ser responsável por 56,0 a 82,5% dos diagnósticos^{85,86}. No dia a dia, a competência clínica acontece de forma integrada com a competência comunicativa e, por este motivo, ambas competências devem ser assim ensinadas de forma conjunta nas graduações médicas⁸⁷.

Já entre os fatores mais proximais ao encontro clínico pelo nosso modelo, destacam-se a adesão ao tratamento, a confiança no profissional, a satisfação com o atendimento e a empatia percebida do profissional.

1.4.4 Adesão ao tratamento

Adesão ao tratamento é definida pela OMS como o quanto o comportamento de uma pessoa – tomar medicações, seguir uma dieta e/ou realizar mudanças de estilo de vida – corresponde às recomendações acordadas com o profissional de saúde⁸⁸. Em se tratando de condições crônicas, as medidas de adesão a tratamentos, em especial a medicamentos, são frequentemente reportadas como baixas, em geral em torno de 50,0%⁸⁸, chegando a valores menores em casos de doenças crônicas de manejo mais complexo, como o lúpus eritematoso sistêmico⁸⁹. Há no uso do termo adesão uma indistinção entre diversos tipos de comportamento como pessoas que não

renovam suas prescrições, que esquecem medicamentos ocasionalmente, que usam regularmente mas em doses menores que a prescrita, que usam a medicação esporadicamente ou que interrompem completamente o uso⁹⁰. Ainda assim, esta medida está associada à melhora em desfechos clínicos, como controle de doenças crônicas e taxas de mortalidade⁹¹, bem como a custos em saúde⁴⁶.

Como um construto complexo e multifatorial⁹¹, sofre influências de uma série de fatores. Alguns se relacionam ao sistema de saúde como consultas com duração reduzida, falta de acesso à informação pelos profissionais de saúde (pela ausência de prontuário eletrônico, por exemplo), comunicação entre diferentes pontos do sistema de saúde e custo elevado do tratamento^{88,91,92}. Outros estão ligados ao paciente como baixo letramento em saúde (do inglês *health literacy*), alfabetização, falta de envolvimento no processo de decisão terapêutica, etnia, situação socioeconômica, falta de apoio familiar ou social e problemas de saúde mental^{91,93–95}. Por fim, alguns fatores estão conectados ao médico, como prescrições complexas de regimes terapêuticos, cuidados por diversos profissionais de saúde, falta de orientação sobre o tratamento como efeitos colaterais, motivo de uso da medicação, benefícios ou tempo de tratamento; não identificação da adesão ao tratamento e problemas de comunicação^{91,96–98}. Muito embora a comunicação seja um processo bidirecional, os médicos frequentemente responsabilizam o paciente pela má adesão, por motivos como falta de interesse em sua saúde, falta de entendimento ou conhecimento sobre a doença e o tratamento, e frequentemente falam sobre consequências negativas da não adesão como uma certa formas de ameaça ao paciente⁹⁶.

Sobre a associação entre comunicação médico-paciente e adesão a tratamentos, a literatura em saúde é vasta. Zolnieriek e DiMatteo estimam que há um risco 19,0% maior de má adesão para pacientes de médicos que se comunicam mal, em comparação aos médicos bons comunicadores⁹⁸. Esta relação parece ser mediada por alguns aspectos da comunicação como a abordagem centrada no paciente⁴⁶, confiança no profissional^{99,100}, percepção dos pacientes de oportunidade de expressar suas preocupações e participação no planejamento terapêutico em decisões compartilhadas^{98,101}. Diversos ensaios clínicos visam reforçar esta associação, através de intervenções que

objetivam melhorar a comunicação do profissional e cujo desfecho, primário ou secundário, é a adesão. Apesar de muitos destes demonstrarem que melhor comunicação leva à melhor adesão^{46,94,101}, uma revisão Cochrane demonstrou que intervenções para melhora de adesão são em geral complexas e pouco efetivas¹⁰².

1.4.5 Confiança no profissional

Confiança é outro construto complexo com diversas definições⁹⁹. A mais aceita propõe que um julgamento em situações de risco onde aquele que “recebe” a confiança irá agir no melhor interesse daquele que confia, ou pelo menos de forma que não o prejudicará¹⁰³. Esta ideia se extrapola para a relação médico-paciente¹⁰⁰.

A medicina é uma das profissões que recebe mais confiança da população em geral, muito embora tenha se reduzido nos últimos anos^{104,105}. Dados mais recentes, mostram que, no mundo, os médicos ficam em segundo lugar, atrás de cientistas. No Brasil, ficam em terceiro lugar, perdendo para professores e cientistas¹⁰⁶.

Há diferentes domínios dentro do construto de confiança, mas a principal divisão se dá entre confiança em uma pessoa ou profissional específico e confiança em instituições como empresas, hospitais ou mesmo uma profissão, como os médicos em geral, por exemplo⁹⁹. Muito embora a diferença seja clara, é importante salientar como estão inter-relacionadas, já que a confiança interpessoal no médico sofre influência da confiança institucional do hospital onde trabalha. E a recíproca também é verdadeira: a confiança em um hospital como instituição sofre influência da confiança nos médicos que nele atuam^{99,103,107}.

Na área da saúde, está associada à melhora de adesão a tratamentos, mais satisfação com o atendimento e melhores condições de saúde^{8,104}. Isto acontece porque, teoricamente, ela reforça a relação terapêutica entre médicos e pacientes⁹⁹, através de maior cooperação entre as duas partes¹⁰³. Quando se trata de cuidados em saúde, a confiança recebe um ingrediente a mais: o fato de que o paciente está, habitualmente, em situação vulnerável e

que precisa confiar no médico que o atende¹⁰⁸. Isso traz um fator emocional importante a esta relação de confiança¹⁰³.

Muito embora fortemente relacionadas^{100,109}, a satisfação e a confiança são construtos altamente dependentes de aspectos subjetivos da percepção do paciente¹⁰⁷, e não são a mesma coisa¹⁰⁴. Um bom exemplo disso é uma pesquisa realizada em 29 países desenvolvidos que revelou que os Estados Unidos ficam em terceiro lugar de satisfação com o cuidado médico mas, em 24º no ranking de confiança nos médicos¹⁰⁵.

A confiança se relaciona com fatores do paciente como etnia (caucasianos confiam mais), renda, estresse do paciente, sexo (mulheres tendem a confiar mais), autopercepção de saúde^{8,107}. Também está fortemente associada a alguns comportamentos do médico como competência, compaixão, confiabilidade, integridade, experiência, disponibilidade e comunicação aberta^{99,104,110}. Nesta relação com a comunicação algumas características se destacam, como a percepção do paciente que participa do processo comunicativo¹⁰⁰, através de uma abordagem de comunicação centrada no paciente com apoio e empatia¹¹¹, além de compartilhamento de decisões¹⁰⁴ e discussão da doença e da experiência da doença¹¹². Outros aspectos comunicativos incluem habilidades afetivas do médico como comunicação voltada para o estabelecimento de relação⁸, a sua abertura para que o paciente faça e ele responda a perguntas¹¹⁰ e mesmo a percepção geral do paciente em relação à qualidade de comunicação do seu médico¹¹³.

1.4.6 Satisfação com o atendimento

Satisfação é a percepção subjetiva de uma pessoa sobre a qualidade de alguma coisa, neste caso, com o cuidado em saúde recebido¹¹⁴. Apesar de ser um tema frequentemente discutido na literatura, parte significativa dos estudos que discutem satisfação com o cuidado são dos anos 1980 a 2000. Nestas décadas, foram observadas as principais associações que se conhece e utilizam até hoje. Os trabalhos mais atuais são habitualmente revisões de artigos deste período^{115,116}.

Na área da saúde, a satisfação está associada a melhores desfechos clínicos para o paciente^{115,117}. Estima-se que este efeito se deva como uma

mediação, pois está associada ao estabelecimento de uma relação terapêutica mais reforçada, uma “aliança terapêutica” entre médicos e pacientes^{116,118,119}, melhorando, por exemplo, a adesão a tratamentos^{120,121}. Relaciona-se com fatores mais gerais como sexo do paciente, sexo do médico¹²², etnia, idade do médico (maior satisfação com médicos mais velhos)¹²³, tempo de espera pela consulta médica¹²⁴.

Considerando comportamentos do médico, a satisfação com o cuidado está associada ao fato de o médico gostar do seu paciente¹²¹, empatia percebida pelo paciente¹¹⁸, uso controlado de registros eletrônicos¹²⁵ e, em especial, a comunicação do profissional^{126,127}. Essa última associação é reforçada por estudos mostrando que intervenções para melhorar a comunicação de médicos, afetam positivamente a satisfação^{128,129}.

Aspectos específicos da comunicação do médico levam à satisfação do paciente. Dentre eles destacam-se chamar o paciente pelo primeiro nome, o esforço para o estabelecimento de relação¹²⁷, o uso de conversa social¹³⁰, a construção de uma parceria¹¹⁹, o fornecimento de informações para o paciente¹³⁰, o uso de expressões de afeto¹³¹, o uso de comunicação centrada no paciente^{115,116,119}, bem como comunicação não verbal^{122,127,130}. Interessantemente, alguns estudos mostram que em pacientes com doenças mais graves, a importância da comunicação na satisfação com o cuidado diminui em relação aos pacientes em geral^{124,131}.

1.4.7 Empatia percebida pelo paciente

Empatia é um dos principais componentes da relação médico-paciente^{132,133}, já que algum grau de entendimento das necessidades do paciente é crucial para que o médico possa ajudá-lo¹³⁴. Difere dos outros fatores proximais discutidos por dois principais motivos: sua heterogeneidade de definições e o por ser uma característica mais relacionada ao médico do que ao paciente.

As definições de empatia na literatura médica, de psicologia e geral são diversas. Isto leva à crítica de que empatia é um conceito mal definido e pouco claro¹³³. A maioria dos estudos pode ser dividida em três grupos: os que entendem que a empatia é um atributo cognitivo¹³⁵, os que a entendem como

afetivo¹³⁶ e os que a consideram como tendo componentes tanto cognitivos quanto afetivos^{137,138}. Com isso, observamos definições como: “sentir a dor do outro”¹³³, “a habilidade de sentir o mundo interior do outro como se fosse o seu próprio, sem nunca perder a característica do ‘como se’”¹³⁹ e “um modo essencialmente afetivo do entendimento onde o médico que empatiza atua movido pelas experiências do paciente”¹⁴⁰. Hojat¹³⁵, um dos principais autores que estuda tema define empatia, em tradução livre, como:

“um atributo predominantemente cognitivo (ao invés de afetivo ou emocional) que envolve entender (ao invés de sentir) as experiências, preocupações e perspectivas do paciente, combinado com a capacidade de comunicar este entendimento e uma intenção de ajudar.”

A maior parte dos artigos publicados sobre empatia é teórico, com uma menor parcela de estudos empíricos sobre o tema^{133,141,142}; neste grupo, predominam os estudos de metodologia quantitativa¹³⁸. Uma questão importante com a diversidade de conceitos é que os estudos utilizam instrumentos diferentes para medir empatia, baseando-se em conceitos diferentes, onde se levanta a discussão: estão medindo a mesma coisa? Assim, em cada estudo os autores costumam usar a definição que melhor lhes convém¹⁴³. Outra questão na “medida” é o ponto de vista que se toma: a maioria dos estudos traz autoavaliações de profissionais ou estudantes¹³⁸. No entanto, a perspectiva do paciente deve ser levada em consideração, já que está mais fortemente associada aos melhores desfechos clínicos, em comparação à autoavaliação dos médicos^{144,145}.

A literatura demonstra associações entre empatia e adesão a tratamentos bem como satisfação do paciente¹³². Esta associação ocorre devido a fatores mediadores como troca de informações, experiência do profissional percebida pelo paciente e estabelecimento de uma relação de confiança e parceria¹³⁷. Isto leva à construção de uma relação terapêutica poderosa¹³³, que explica a associação com melhores desfechos clínicos^{135,146} e maior qualidade do cuidado em saúde¹⁴⁶. No lado do médico, empatia está

associada à melhor satisfação profissional, maior autocuidado, menos processos judiciais e menores níveis de estresse^{135,147,148}.

Independentemente da definição, a maior parte dos estudos entendem que a empatia é um atributo relacional no cuidado em saúde^{141,149}. Algumas características são relacionadas ao nível de empatia, como o gênero do paciente e do médico (díades do mesmo gênero tendem a ter mais empatia, em especial as do sexo feminino)¹⁴⁸ e a etnia (mais uma vez, díades da mesma etnia geram mais empatia)¹⁵⁰. Pacientes de menos escolaridade relatam maiores níveis de empatia pela parte de seus médicos, em especial se não forem brancos¹⁵¹. Um estudo realizado com pacientes ambulatoriais de um hospital na Arábia Saudita demonstrou que pacientes atribuíam maiores níveis de empatia a seus médicos caso tivessem parentes profissionais de saúde, fossem acometidos de condições agudas (comparados aos de condições crônicas), tivessem consultado um médico recomendado por amigos ou família, confiassem na experiência do médico, tivessem esperado menos de 10 minutos para a consulta e tivessem renda familiar mais alta¹⁵².

Como construto, a empatia está fortemente associada à comunicação médico-paciente, em especial a do profissional de saúde^{132,137}. Isto porque um dos aspectos importantes do conceito de Hojat é o da comunicação pelo médico do que entendeu da experiência do paciente¹³⁵. No entanto, como conceito relacional, é importante que haja reciprocidade nesta comunicação de entendimento entre médicos e pacientes¹⁴⁴. Esta associação entre comunicação e empatia é especialmente importante na educação médica. Estudos mostram que durante a sua formação, alunos e, posteriormente residentes, tendem a demonstrar menores níveis de empatia¹⁵³. Além da formação em comunicação, outras atividades podem ajudar na construção (e manutenção dos níveis) de empatia por alunos de graduação, como o uso de artes, como o teatro e a literatura¹³², o uso de narrativas e escrita reflexiva¹⁴⁹, bem como um ambiente seguro de trabalho¹³⁸, com bons *role models*, sem pressão de tempo e objetificação de pacientes¹⁴⁹, além de oferecer contato precoce na formação de estudantes com os pacientes¹⁵⁴.

Assim, no modelo que desenvolvemos, a relação entre estes fatores está esquematizada na figura 1.

FONTE: Dados da pesquisa

Figura 1. Fatores que influenciam o cuidado

Desta forma, no presente estudo objetivamos testar a hipótese de que médicos com melhor uso de habilidades de comunicação (verbais e não verbais) terão pacientes com melhores medidas de empatia percebida sobre o médico, mais satisfação com o cuidado e maior confiança em seus médicos. Além disso, objetivamos avaliar quais são os fatores que influenciam estas três medidas proximais da consulta.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Analisar a influência das habilidades de comunicação na empatia percebida pelo paciente, satisfação com o cuidado e confiança no profissional sob o ponto de vista do paciente.

2.2 Objetivos Específicos

1. Avaliar se existe associação entre o escore de empatia percebida pelo paciente e o sexo do paciente, o sexo do médico, a liberação para o procedimento e a escolaridade do paciente;

2. Avaliar se existe associação entre os escores de satisfação com o cuidado e o sexo do paciente, o sexo do médico, a liberação para o procedimento e a escolaridade do paciente;

3. Avaliar se há correlação entre empatia percebida pelo paciente e sua satisfação com o cuidado;

4. Relacionar os tipos de habilidades de comunicação verbais e não verbais e valores extremos de satisfação com o cuidado;

5. Identificar as razões para uma maior (ou menor) satisfação com o cuidado e confiança no profissional.

3. Métodos

3.1 Aprovação do estudo

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 2.825.441 na Plataforma Brasil.

3.2 Delineamento do estudo

Caracteriza-se por ser um estudo observacional, transversal e de modelo misto, que utilizou métodos qualitativos e quantitativos.

3.3 Local da pesquisa

O estudo foi realizado no Ambulatório de Avaliação Pré-Operatória do HCFMUSP. O ambulatório foi escolhido por ter uma forma de atendimento padronizada, com uma ficha específica a ser preenchida, com uma série de perguntas pré-definidas a serem feitas, com orientação de realização de um exame físico compreensivo da maioria dos sistemas. Assim, mesmo sendo composto por residentes que trazem suas experiências anteriores, essa experiência tem menos importância e os residentes de alguma forma se “igualam”, já que teriam condutas bastante parecidas do ponto de vista clínico, e a diferença entre eles iria se dever mais à sua competência relacional.

3.4 Sujeitos da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram díades compostas por médicos residentes do segundo ano do programa de Clínica Médica do HCFMUSP e seus pacientes, do Ambulatório de Avaliação Pré-Operatória do HCFMUSP.

Algumas consultas analisadas são consultas triádicas onde o paciente traz consigo um acompanhante. No entanto, em nosso estudo, optamos por não analisar as interações com o acompanhante. Isto porque além de na maioria das vezes a interação entre acompanhante e médico ser bastante limitada, a forma de analisar e mesmo o *framework* teórico que baseou o estudo teria que ser diferente, acrescentando uma camada extra de análise e de complexidade.

3.4.1 Critérios de inclusão e exclusão dos médicos residentes

Incluímos no estudo os médicos residentes do segundo ano que cumpriam o estágio do Ambulatório de Avaliação Pré-Operatória do HCFMUSP e que concordaram em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) específico para médicos residentes (Anexo I). Não houve critérios de exclusão para os médicos residentes.

3.4.2 Critérios de inclusão e exclusão dos pacientes

Incluímos no estudo pacientes do ambulatório, com idade superior a 18 anos, com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e em uso de alguma medicação anti-hipertensiva, que concordaram em participar do estudo, assinando o TCLE específico para pacientes (Anexo II).

Consideramos critérios de exclusão para os pacientes a presença de comorbidade que influencie o tratamento da HAS, déficit cognitivo, deficiência auditiva ou visual significativas e gestantes.

A escolha de pacientes hipertensos se deveu devido à necessidade de fazer algum recorte que colocasse os pacientes em uma mesma categoria. Desta forma, a escolha por pacientes com quadro de HAS foi uma opção por ser uma condição bastante prevalente, porém que não afeta tanto o cuidado clínico pré-operatório e menos ainda o dia a dia dos pacientes. No entanto, na prática, os pacientes poderiam ser normotensos e provavelmente teríamos o mesmo tipo de resultado, já que a hipertensão deles não foi foco do estudo.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu no período de abril a junho de 2019.

Para cada grupo de médicos residentes que iniciou o estágio, apresentamos o estudo, explicamos os procedimentos e, daqueles que concordaram em participar, obtivemos o consentimento por meio de leitura e assinatura do TCLE. Os médicos residentes receberam uma cópia do TCLE, assinada pelo pesquisador. Neste momento, foi preenchida uma ficha sociodemográfica com nome, data de nascimento e o sexo do médico residente.

Na sequência, checamos nos prontuários dos pacientes agendados em cada dia de coleta de dados a presença de pessoas com os critérios de inclusão, confirmados pessoalmente com os próprios. Pacientes que preenchessem os critérios, foram apresentados ao estudo, convidados a participar e caso concordassem, lhes foi solicitado que lessem e assinassem o TCLE específico para pacientes. Estes receberam uma cópia do TCLE, assinada pelo pesquisador.

O próximo passo foi a colocação da câmera de vídeo, modelo iPhone 4S (Apple, Cupertino, EUA) no consultório onde foi realizada a consulta, a fim de garantir a adequação técnica da filmagem (figura 2). Feito isto, a consulta foi gravada sem a presença do pesquisador na sala, garantindo a privacidade do exame físico (que não estava no foco da câmera).

Figura 3. Fluxo de coleta de dados

3.6 Instrumentos de coleta

3.6.1 Empatia do médico percebida pelo paciente

Para avaliar a empatia do médico percebida pelo paciente, utilizamos a Escala de Jefferson da Percepção de Empatia Médica pelo Doente (*Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy – JSPPPE*)¹⁵⁵ (Anexo III). Esta escala foi traduzida e validada para o português brasileiro por Bernardo et al¹⁵⁶.

Trata-se de uma escala unidimensional que mede engajamento empático do médico percebido pelo paciente¹⁵⁵. É composta por cinco perguntas com resposta do tipo Likert de sete pontos. Seu escore total é calculado por meio da soma das respostas de cada item, variando de cinco a 35. Quanto mais alto o escore, mais empático foi o médico na percepção do paciente; não há um limite de corte definido. Além disso, conforme definido pelo *Jefferson Medical College*, são considerados para análise somente questionários completos.

3.6.2 Satisfação do paciente com o cuidado por *Net Promoter Score*

O *Net Promoter Score* (NPS) é uma pergunta que mede a satisfação e a lealdade dos usuários a um serviço¹⁵⁷.

Formulada como: “O quanto você recomendaria [serviço a ser medido] a um amigo/ colega/ outra pessoa?”. Neste estudo, formulamos a pergunta da

seguinte maneira: “*Em uma escala de 0 a 10, o quanto você recomendaria este (a) médico (a) para outras pessoas?*”.

São consideradas como “promotores” respostas nove e dez; “neutros”, respostas sete e oito e “detratores”, respostas abaixo de sete.

O escore é calculado por meio da subtração do número de promotores pelo número de detratores, dividida pelo número total de respostas. Este valor é multiplicado por 100, gerando um escore que pode variar de -100 a 100.

Não há na literatura um valor de “corte” para ser considerado um bom escore, mas costuma-se definir como bons valores acima de 0 (já que assim existem mais promotores que detratores), ótimos, acima de 50 e excelentes, acima de 70¹⁵⁸.

3.6.3 Avaliação global de satisfação do paciente com o cuidado

A satisfação do paciente com o cuidado também foi medida por meio de uma pergunta de avaliação global da consulta, formulada da seguinte maneira: “*Qual foi a sua avaliação geral da consulta?*”.

Desta forma, foi gerada uma outra medida de zero a dez, a fim de medir a satisfação do paciente com o cuidado médico.

3.6.4 Roteiro de entrevista

Para a condução da entrevista, utilizamos um roteiro semiestruturado, a fim de permitir a avaliação da confiança do paciente no profissional e satisfação com o atendimento, com as seguintes questões:

1. Existem consultas que a gente sai e se sente bem e consultas que sai e não se sente tão bem. Como é que você se sentiu saindo dessa consulta? Por quê?
2. O que fez você confiar neste (a) médico (a)?
3. O que fez você não confiar tanto neste (a) médico (a)?
4. Poderia ter acontecido alguma coisa para que você ficasse mais satisfeito com a consulta? O quê?

3.7 Análise das habilidades de comunicação

3.7.1 Instrumento para análise das habilidades de comunicação verbais

Para a análise de habilidades de comunicação verbais, utilizamos o Sistema de Comportamentos de Comunicação Médica (*Medical Communications Behavior System*)¹⁵⁹ (Anexo V), traduzido para o português pelo pesquisador.

As habilidades de comunicação verbais são classificadas em sete categorias: Habilidades de conteúdo do médico, Habilidades Afetivas do Médico, Habilidades Negativas do Médico, Habilidades de Conteúdo do Paciente, Habilidades Afetivas do Paciente, Habilidades Negativas do Paciente e Diversos. Essas sete categorias incluem 22 habilidades.

Trata-se de um instrumento pouco utilizado na literatura sobre comunicação em saúde, porém sua escolha ocorreu devido a algumas características suas. É um instrumento livre que não requer pagamento para sua utilização. Além disso, diferentemente de outros instrumentos bastante utilizados, como o Calgary Cambridge³³ ou o SEGUE Framework³⁴, que utilizam habilidades voltadas para cada etapa da consulta, o sistema utilizado em nosso estudo é mais voltado às habilidades em si, em grupos de habilidades (conteúdo, afetivas e negativas) e em quem as utiliza (médico ou paciente).

3.7.2 Instrumento para análise das habilidades de comunicação não verbais

Para a quantificação de habilidades de comunicação não verbais, utilizamos seis habilidades descritas por Heintzman et al.¹⁶⁰ e Caris-Verhallen¹⁶¹ (Anexo VI): Assentimento com a cabeça, Sorriso, Inclinação para frente, Olhar direcionado, Toque instrumental e Toque não instrumental.

As três primeiras habilidades foram avaliadas separadamente para o médico e para o paciente; as três últimas foram avaliadas no conjunto da díade médico-paciente.

3.7.3 Procedimento de análise

Primeiramente, avaliamos os vídeos das consultas dos pacientes incluídos no estudo nos aspectos técnicos relativos à qualidade do som e imagem, a fim de verificarmos se estes permitiam a análise das habilidades de comunicação de médicos e pacientes. Problemas técnicos como obstrução da imagem, captura inadequada do som ou gravação incompleta levaram à exclusão destes do estudo.

Analizamos os vídeos incluídos através da identificação das habilidades de comunicação verbais e não verbais e posterior quantificação destas. A análise foi realizada por dois pesquisadores, de forma independente: o autor da tese, médico de família e comunidade, com experiência em educação de graduandos em medicina, e outra pesquisadora, fisioterapeuta, com experiência e atuação em educação médica e pesquisa científica. Esta análise deu-se por meio da quantificação de cada tipo de habilidade verbal e não verbal presentes no vídeo, seja ela do médico ou do paciente. Antes do início das coletas dos dados, gravamos vídeos piloto e os analisamos com o objetivo de preparar os avaliadores para reconhecer e quantificar as habilidades de comunicação. Calculamos a confiabilidade interobservador para cada um dos vídeos avaliados e para os vídeos em geral, entre os dois avaliadores.

Esta quantificação foi feita por meio do registro do momento de início e de fim de cada habilidade, em minutos e segundos, em planilha eletrônica (figura 4). Ao final do vídeo, os dois avaliadores chegavam em consenso da classificação das habilidades, através de discussão das diferenças. Caracterizamos cada uma das habilidades pela divisão entre o tempo total daquela habilidade, somando-se cada uma de suas ocorrências, e o tempo de vídeo em que a pessoa avaliada (médico, paciente ou ambos) podia ser avaliada para aquela habilidade, excluindo-se o tempo que em saíam do foco da câmera. Assim, para cada habilidade foi gerada uma porcentagem, chamada tempo líquido em vídeo.

◇	A	B	C	D	E	F	G	H
1	DIV	Amenidades Sociais	00:04	00:05	00:59	01:03	05:20	05:22
2		Silêncio	00:26	00:29	00:33	00:37	00:39	00:43
3		Não Classificável	00:37	00:38	00:43	00:44	00:17	01:18
4								
5	MÉDICO	Perg Hist Pessoal	00:19	00:22	01:24	01:25	02:23	02:24
6		Chec Conhecimento						
7		Informação	00:03	00:04	00:06	00:07	00:11	00:13
8		Acons/sugestão						
9		Reformulação	10:36	10:41	08:03	08:04		
10		Esclarecimento						
11								
12		Perg Emocionais						
13		Apoio / suporte						
14		Reflex sentimentos						
15		Encorajamento	00:25	00:26	04:44	04:46	05:42	05:43
16								
17	PACIENTE	Desaprovação	00:13	00:14	02:37	02:40	32:33	32:39
18		Interrupção	30:42	31:29				
19		Jargão						
20								
21	PACIENTE	Perg Conteúdo	00:01	00:02	00:44	00:46	03:04	03:27
22		Coment Conteúdo	00:07	00:10	00:22	00:26	00:30	00:32
23		Chec Conhecimento	00:05	00:06	00:49	00:50	09:05	09:10
24								
25		Encorajamento	01:22	01:23	04:48	04:56	05:25	05:26
26		Expr Emocionais	11:07	11:08				
27								
28		Desaprovação	00:15	00:17	02:31	02:37	02:43	02:46
29	ACOMPANHANTE	Interrupção						
30								
31		Perg Conteúdo	30:30	30:33	31:53	31:57		
32		Coment Conteúdo						
33		Chec Conhecimento	30:35	30:39	32:18	32:19		
34								
35		Encorajamento	31:37	31:38	32:25	32:26		
36		Expr Emocionais						
37								
38		Desaprovação						
39		Interrupção						

Figura 4. Exemplo de planilha de quantificação de habilidades de comunicação verbais

Por exemplo, consideremos um vídeo no qual foi avaliada a habilidade não verbal sorriso do médico. Quantificamos cada uma das ocorrências dela e somamos o tempo de duração de cada ocorrência. A seguir, quantificamos quanto tempo era possível avaliar a presença desta habilidade do médico naquele vídeo. Foram excluídas situações como exame físico, situação em que o médico precisou deixar a sala ou algum momento que tenha saído do foco da câmera. Assim, calculamos o tempo de vídeo do médico. Por fim, dividimos a soma das durações das ocorrências da habilidade pelo tempo de vídeo do médico, gerando um tempo líquido da habilidade que, em porcentagem, significa o quanto aquela habilidade ocupou do total de tempo em que o médico podia ser avaliado sobre ela.

3.8 Análise quantitativa dos dados

Tabulamos os dados dos questionários em planilha eletrônica.

Realizamos análise por meio de estatística descritiva, a fim de demonstrar a distribuição dos escores de empatia do médico percebida pelo paciente e de satisfação do paciente com o cuidado pelo NPS e pela avaliação global das respostas preenchidas pelos pacientes.

Devido ao fato de nenhuma dessas variáveis apresentar distribuição normal, associado ao tamanho da amostra, utilizamos testes não paramétricos nas comparações e correlações realizadas.

Para comparar as medidas de tendência central dos escores com o sexo do médico, sexo do paciente e liberação para cirurgia, utilizamos o teste para duas amostras independentes, o teste U de Mann-Whitney. Na comparação com a escolaridade dos pacientes utilizamos o teste para múltiplas amostras independentes de Kruskal-Wallis. Para verificar a associação entre variáveis utilizamos o coeficiente de correlação de Spearman.

Na análise das habilidades de comunicação, utilizamos o Coeficiente de Correlação Intraclass (*Intraclass Correlation Coefficient* – ICC) para verificar a confiabilidade interobservador entre cada vídeo e entre o conjunto de vídeos. Definimos como cortes as seguintes faixas: menor que 0,50 – fraca; entre 0,50 e 0,75 – moderada; entre 0,75 e 0,90 – boa e maior que 0,90 – excelente¹⁶².

Aos valores de tempo líquido em vídeo de cada habilidade (e grupo de habilidades, no caso das habilidades verbais) aplicamos o teste de Kolmogorov-Smirnov, onde verificamos que a maior parte das habilidades não apresentava distribuição normal.

Assim, para comparar as medidas de tendência central do tempo líquido em vídeo de cada habilidade (ou grupo de habilidades) com as classificações de NPS, utilizamos o teste para duas amostras independentes, o teste U de Mann-Whitney.

Apresentamos os valores como mediana [percentil 25 (P25) - percentil 75 (P75)]. O nível de significância estatística de todas as comparações foi

considerado como $p < 0,05$. Todos os cálculos estatísticos foram desenvolvidos através do software SPSS versão 22 para Windows (SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA).

3.9 Análise Qualitativa dos Dados

Realizamos a análise qualitativa dos dados das entrevistas por meio da técnica de análise temática, conforme descrito por Braun e Clarke¹⁶³.

A análise foi realizada pelo pesquisador e por três outras pesquisadoras do grupo de pesquisa do Centro de Desenvolvimento de Educação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: uma fisioterapeuta, uma psicóloga e uma pediatra, todas com experiência e atuação em educação médica e pesquisa científica.

Ouvimos, transcrevemos literalmente e revisamos as entrevistas gravadas. A seguir, as transcrições foram inicialmente lidas, para que os pesquisadores se familiarizarem com os dados. Foram lidas repetidamente, de forma ativa, buscando padrões e ideias iniciais, que foram codificados.

Geramos estes códigos de significado comuns inicialmente de forma irrestrita, produzindo quantos códigos parecessem necessários. Para cada um dos códigos iniciais destacamos, ao menos, uma citação de fala de alguma entrevista. Comparamos os códigos constantemente entre si, de modo a gerar unidades mais abrangentes de análise, os temas.

Relacionamos os códigos e temas entre si, gerando a construção de diferentes níveis temáticos. Estes temas foram construídos pelos pesquisadores de forma a responder à questão proposta nos objetivos da pesquisa. Reavaliamos e refinamos os temas iniciais posteriormente, de forma a construir a lista final. Essa lista, os nomes dos temas propostos, bem como suas definições foram revisadas em consenso entre os pesquisadores. Relatamos os temas definitivos com suas relações, explicações e excertos.

4. Resultados

4.1 Descrição da População Estudada

4.1.1 Pacientes

Convidamos a participar do estudo 108 pacientes. Destes, 23 recusaram por diversos motivos como: pressa, não querer ler o TCLE ou ter outra consulta na sequência.

Concordaram em participar 85 pacientes, que assinaram o TCLE. Entre os participantes, incluímos oito no estudo piloto. Dos 77 restantes, excluímos 15 por problemas técnicos na gravação (obstrução da imagem, captura inadequada do som, gravação incompleta) e dois devido aos critérios de exclusão previamente estabelecidos, a saber: demência e deficiência auditiva, respectivamente. Portanto, a amostra do estudo foi composta por 60 pacientes (figura 5).

Figura 5. Fluxograma de inclusão e perdas do estudo

A amostra de pacientes apresentou uma mediana de idade de 61,5 [52,5 – 70,0] anos, com uma predominância de pacientes do sexo feminino e com ensino fundamental incompleto.

Sobre os procedimentos a serem potencialmente realizados, estão distribuídos entre especialidades com uma maior parte de Oftalmologia e Urologia, para os quais a maioria dos pacientes foi liberada a realizá-los, conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização da amostra de pacientes

Variável	Valores
Idade , mediana [P25-P75]	61,5 [52,5-70,0]
Sexo , n (%)	
Feminino	36 (60)
Masculino	24 (40)
Grau de Escolaridade , n (%)	
Ensino fundamental incompleto (antigo 1º grau ou primário / ginásio)	24 (40)
Ensino fundamental completo (antigo 1º grau ou primário / ginásio)	9 (15)
Ensino médio completo (antigo 2º grau ou colegial)	18 (30)
Ensino superior completo	9 (15)
Pós-graduação	0 (0)
Procedimento por especialidade , n (%)	
Oftalmologia	13 (22,0)
Urologia	12 (20,0)
Cirurgia Geral	9 (15,0)
Ginecologia	7 (11,0)
Dermatologia	5 (8,0)
Otorrinolaringologia	5 (8,0)
Cirurgia de cabeça e pescoço	4 (7,0)
Exames endoscópicos	4 (7,0)
Gastroenterologia	1 (2,0)
Liberação para procedimento , n (%)	
Sim	49 (81,7)
Não	11 (18,4)

n: número de ocorrências; P25: percentil 25; P75: percentil 75.

4.1.2 Médicos residentes

Convidamos a participar do estudo quatro grupos de médicos residentes do 2º ano de Clínica Médica. O primeiro grupo, que estava no penúltimo dia do estágio recusou-se a participar integralmente. Todos os membros dos três grupos subsequentes concordaram em participar do estudo.

Assim, dos 18 médicos residentes que concordaram em participar, um não teve pacientes incluídos e um foi excluído pela avaliação técnica negativa dos vídeos em que participou, restando assim uma amostra de 16 médicos residentes incluídos no estudo.

A mediana de idade dos médicos residentes foi 26 [25 - 27] anos, sendo sete do sexo feminino (43,8%) e nove do sexo masculino (56,2%).

4.2 Análise quantitativa da empatia do médico percebida pelo paciente e da satisfação do paciente com o cuidado

As medidas de empatia do médico percebida pelo paciente e satisfação do paciente com o cuidado medida pelo NPS e pela avaliação global apresentaram as seguintes medidas de tendência central e dispersão: 32 [29,8 – 35,0], 10 [9 - 10] e 10 [10 - 10] (figura 6), respectivamente.

Figura 6. Diagramas de caixa de Tukey mostrando a dispersão dos escores de (A) empatia do médico percebido pelo paciente, (B) satisfação do paciente

com o cuidado medido pelo *Net Promoter Score* e (C) pela avaliação global

A classificação dos escores NPS apresentou a seguinte distribuição: dois (3,3%) detratores, sete (11,7%) neutros e 51 (85,0%) promotores (figura 7), o que gerou o cálculo total do NPS de 82.

Figura 7. Distribuição do número de pacientes por classificação de *Net Promoter Score*.

Na tabela 2, apresentamos os resultados das associações entre empatia do médico percebida pelo paciente e satisfação do paciente com o cuidado medido pelo NPS e pela avaliação global e as variáveis sexo do paciente, sexo do médico, liberação para procedimento e escolaridade do paciente. As análises mostram não haver diferença estatisticamente significativa entre qualquer das associações avaliadas.

Tabela 2 - Empatia do médico percebida pelo paciente, satisfação do paciente com o cuidado medida pelo *Net Promoter Score* e pela avaliação global de acordo com sexo do paciente, sexo do médico, liberação para procedimento e escolaridade do paciente

Variável	n	Empatia	P	NPS	P	Avaliação global	P
Sexo do paciente			0,976		0,697		0,907
Feminino	36	32,5 [29,0 - 35,0]		10 [9 - 10]		10 [10 - 10]	
Masculino	24	32,0 [30,3 - 35,0]		10 [9 - 10]		10 [10 - 10]	
Sexo do médico			0,531		0,847		0,190
Feminino	23	32,0 [29,0 - 34,0]		10 [9 - 10]		10 [9 - 10]	
Masculino	37	32,0 [29,5 - 35,0]		10 [9 - 10]		10 [10 - 10]	
Liberação para procedimento			0,923		0,245		0,737
Não	11	32,0 [29,0 - 35,0]		10 [9 - 10]		10 [10 - 10]	
Sim	48	32,0 [29,5 - 35,0]		10 [9 - 10]		10 [10 - 10]	
Escolaridade			0,655		0,574		0,805
Fundamental incompleto	24	32,5 [31,0 - 35,0]		10 [10 - 10]		10 [10 - 10]	
Fundamental completo	9	32,0 [25,0 - 34,5]		10 [9 - 10]		10 [9 - 10]	
Médio	18	33,5 [30,0 - 35,0]		10 [9 - 10]		10 [10 - 10]	
Superior	9	32,0 [25,5 - 35,0]		10 [9 - 10]		10 [9 - 10]	

n: número de ocorrências; NPS: *Net Promoter Score*

As correlações entre os escores de empatia do médico percebida pelo paciente e satisfação do paciente com o cuidado medida pelo NPS e pela avaliação global são apresentadas na tabela 3. Encontramos correlações estatisticamente significativas entre todas as variáveis, quando avaliadas duas a duas. Entre empatia do médico percebida pelo paciente e satisfação do paciente com o cuidado medida pela avaliação global encontramos uma correlação fraca; já entre empatia do médico percebida pelo paciente e satisfação do paciente com o cuidado medida pelo NPS e satisfação do paciente com o cuidado medida pela avaliação global e NPS encontramos correlações fortes¹⁶⁴.

Tabela 3 - Coeficientes de correlação de Spearman entre empatia do médico percebida pelo paciente e satisfação com o cuidado medida pelo *Net Promoter Score* e pela avaliação global

	Empatia	NPS	Avaliação global
Empatia	1		
NPS	0,606*	1	
Avaliação global	0,378*	0,579*	1

NPS: *Net Promoter Score*. * $P < 0,01$

4.3 Análise das habilidades de comunicação

Observamos efeito teto em todas as variáveis (figura 6). Desta forma, optamos por realizar uma avaliação comparativa entre os vídeos com menores e maiores valores de satisfação com o cuidado medido pelo NPS. O NPS foi selecionado pois foi a variável que, apesar de apresentar efeito teto, contém um número significativo de valores baixos visto na classificação entre detratores, neutros e promotores.

Assim, agrupamos vídeos das categorias detratores e neutros e comparamos com vídeos da categoria promotores. Optamos por analisar dez vídeos, sendo cinco deles do grupo detratores-neutros ou pacientes menos

satisfeitos e cinco sorteados entre as 51 consultas do grupo promotores ou pacientes mais satisfeitos.

4.3.1 Confiabilidade interobservador entre os vídeos

As habilidades de comunicação verbais e não verbais foram analisadas por dois avaliadores de forma independente. A tabela 4 mostra o ICC das análises de cada grupo de habilidades para cada vídeo e para o total de vídeos, demonstrando confiabilidade excelente ($ICC > 0,9$) entre os observadores, de acordo com Koo et al¹⁶².

Tabela 4 - Coeficientes de correlação intraclassa entre os avaliadores para cada vídeo e o total de vídeos, dividido entre habilidades verbais e não verbais

Vídeo	Habilidades Verbais	Habilidades Não Verbais
1	0,978*	0,927*
2	0,983*	0,956*
3	0,998*	0,990*
4	0,998*	0,943*
5	0,980*	0,923*
6	0,978*	0,903*
7	0,983*	0,932*
8	0,941*	0,994*
9	0,974*	0,990*
10	0,989*	0,984*
Total	0,980*	0,959*

* $P < 0,05$

4.3.2. Análise descritiva e comparativa das habilidades de comunicação verbais

A caracterização das habilidades de comunicação verbais dos vídeos no grupo de pacientes menos satisfeitos e no grupo de pacientes mais satisfeitos estão na tabela 6.

Encontramos diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de análise para a categoria “Habilidades Afetivas do Paciente”. No entanto, quando analisadas as habilidades individualmente, encontramos diferença significativa na habilidade “Perguntas de Conteúdo do Paciente”, que não faz parte da categoria anterior.

Tabela 5 - Habilidades de comunicação verbais dos grupos de pacientes menos satisfeitos e mais satisfeitos

Habilidade	Pacientes menos satisfeitos					Pacientes mais satisfeitos				
	# 1	# 2	# 5	# 6	# 8	# 3	# 4	# 7	# 9	# 10
Habilidades de Conteúdo do Médico										
Pergunta de histórico pessoal	4,6%	14,0%	2,6%	7,9%	11,7%	10,8%	12,3%	10,8%	8,6%	9,9%
Checagem de conhecimento	-	-	1,4%	0,2%	-	-	-	-	-	-
Informação	19,1%	11,1%	21,8%	8,4%	5,3%	13,6%	11,0%	14,3%	9,2%	9,9%
Aconselhamento / sugestão	-	1,0%	2,1%	4,0%	-	3,7%	3,5%	3,8%	3,6%	1,3%
Reformulação	0,7%	2,2%	0,6%	0,8%	0,1%	0,8%	2,7%	0,9%	0,4%	0,6%
Esclarecimento	-	-	0,2%	-	-	-	-	-	-	-
Habilidades Afetivas do Médico										
Perguntas emocionais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Apoio / suporte	-	-	1,9%	1,4%	-	0,1%	0,2%	-	-	0,2%
Reflexão de sentimentos	-	-	0,1%	-	-	-	-	-	-	-
Encorajamento	0,8%	4,4%	0,7%	1,8%	2,4%	0,8%	3,2%	1,8%	2,0%	3,7%
Habilidades Negativas do Médico										

continua

Tabela 5 - Habilidades de comunicação verbais dos grupos de pacientes menos satisfeitos e mais satisfeitos (continuação)

Habilidade	Pacientes menos satisfeitos					Pacientes mais satisfeitos				
	# 1	# 2	# 5	# 6	# 8	# 3	# 4	# 7	# 9	# 10
Desaprovação	1,1%	-	-	-	-	0,4%	-	-	-	-
Interrupção	5,2%	-	-	1,0%	-	-	-	-	-	-
Jargão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1%
Habilidades de Conteúdo do Paciente										
Pergunta de conteúdo*	7,2%	1,1%	2,8%	0,8%	0,6%	0,2%	0,3%	1,4%	0,4%	0,5%
Comentário de conteúdo	27,9%	40,9%	37,9%	25,4%	32,4%	39,8%	31,9%	17,3%	35,3%	48,2%
Checagem de conhecimento	1,5%	1,5%	3,8%	1,2%	-	0,2%	0,2%	-	0,9%	0,3%
Habilidades Afetivas do Paciente*										
Encorajamento	2,8%	1,2%	0,5%	0,3%	1,1%	0,9%	1,2%	3,6%	3,3%	0,7%
Expressões emocionais	0,1%	-	0,9%	0,5%	-	0,3%	1,7%	-	0,1%	0,5%
Habilidades Negativas do Paciente										
Desaprovação	1,8%	1,1%	-	-	-	0,8%	-	-	-	-
Interrupção	-	-	-	-	-	-	-	16,6%	-	-
Diversos										
Amenidade Social	4,0%	9,1%	0,4%	18,8%	6,4%	0,6%	3,8%	1,4%	1,4%	7,1%

continua

Tabela 5 - Habilidades de comunicação verbais dos grupos de pacientes menos satisfeitos e mais satisfeitos (conclusão)

Habilidade	Pacientes menos satisfeitos					Pacientes mais satisfeitos				
	# 1	# 2	# 5	# 6	# 8	# 3	# 4	# 7	# 9	# 10
Silêncio	14,4%	6,6%	23,0%	20,0%	37,8%	18,0%	20,6%	29,1%	31,9%	8,7%
Não classificável	13,2%	6,3%	4,4%	2,3%	3,1%	5,6%	5,2%	3,8%	1,3%	1,7%

#: número do vídeo; * P<0,05; N/A: não se aplica

4.3.3. Análise descritiva e comparativa das habilidades de comunicação não verbais

A caracterização das habilidades de comunicação não verbais dos vídeos no grupo detratores-neutros e no grupo promotores estão na tabela 7.

Não encontramos diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de análise para qualquer das habilidades não verbais estudadas.

Tabela 6 - Habilidades de comunicação não verbais dos grupos de pacientes menos satisfeitos e mais satisfeitos

Habilidade	Pacientes menos satisfeitos					Pacientes mais satisfeitos				
	# 1	# 2	# 5	# 6	# 8	# 3	# 4	# 7	# 9	# 10
Habilidades avaliadas individualmente sobre o médico										
Assentimento com a cabeça	4,4%	1,1%	10,2%	4,6%	14,7%	4,7%	7,6%	5,4%	12,3%	10,2%
Sorriso	0,7%	4,4%	0,1%	6,1%	1,5%	1,9%	5,8%	3,0%	1,7%	6,8%
Inclinação para frente	-	-	14,5%	-	1,7%	2,9%	-	-	-	-
Habilidades avaliadas individualmente sobre o paciente										
Assentimento com a cabeça	1,8%	6,0%	7,1%	4,0%	1,0%	4,8%	4,7%	2,6%	4,1%	0,2%
Sorriso	2,1%	1,3%	0,1%	11,2%	1,0%	2,9%	7,7%	11,4%	0,8%	4,8%
Inclinação para frente	0,8%	6,0%	-	8,1%	-	0,1%	1,8%	16,7%	1,4%	-
Habilidades avaliadas conjuntamente										
Olhar direcionado	23,8%	28,9%	39,2%	7,5%	34,1%	34,8%	19,3%	17,3%	28,5%	17,9%
Toque instrumental	-	-	-	-	7,7%	-	-	-	4,4%	-
Toque não instrumental	-	0,4%	0,1%	-	0,7%	0,3%	-	0,5%	0,1%	-

#: número do vídeo

4.4 Análise qualitativa das entrevistas

A realização das entrevistas teve como objetivo a investigação da relação da comunicação com a confiança no profissional e a satisfação com o cuidado, vistos pela perspectiva dos pacientes.

Apesar de tratar-se de construtos distintos, observamos, durante as entrevistas, que eles estão intimamente relacionados, já que, habitualmente, é muito difícil que um paciente confie em um profissional cujo cuidado não lhe deixou satisfeito. O contrário é ainda mais difícil, já que é quase impossível que um paciente fique satisfeito com o cuidado de um profissional no qual não confiou. Por este motivo, optamos por fazer a análise conjunta dos dois construtos.

Identificamos três grandes temas que atuam na construção de confiança no profissional e satisfação com o cuidado durante a comunicação médico-paciente: as ações do médico, os efeitos no paciente e o contexto do cuidado.

Dentro de cada um destes grandes temas, identificamos alguns subtemas relevantes para o entendimento da associação entre comunicação e confiança no profissional e satisfação com o cuidado (figura 8). Dentro das ações do médico destacamos a competência relacional e a competência clínica como subtemas; nos efeitos no paciente, as percepções subjetivas e as expectativas; e no contexto do cuidado identificamos como subtemas: hospital de referência, serviço-escola, Deus, profissão médica e trabalho sob supervisão.

FONTE: Dados da pesquisa

Figura 8. Representação gráfica dos temas e subtemas identificados na relação entre comunicação e confiança e satisfação

4.4.1. Ações do Médico

A fim de entender como a comunicação se relaciona com a confiança no profissional e a satisfação com o cuidado no ponto de vista do paciente, voltamos o olhar, primeiramente, para as ações do médico. Isto porque entendemos que uma parte importante do que se comunica de modo a produzir estes dois construtos deve partir deste profissional. Identificamos, assim, dois subtemas importantes: a competência relacional e a competência clínica.

Um médico deve desenvolver diversas competências para que possa prover um cuidado de qualidade para seus pacientes. Quando estamos falando da construção de uma relação de confiança e satisfação, algumas destas competências destacam-se. A competência relacional é uma destas competências. Ao perceber que o médico que o atende está conseguindo (ou ao menos tentando) estabelecer uma relação, o paciente sente-se cuidado e com isso, aumenta a chance de estabelecer uma relação baseada em confiança e satisfação.

Identificamos esta competência nas falas de alguns pacientes durante as entrevistas e de diferentes formas. Inicialmente, os pacientes identificaram

oportunidades de poderem se expressar durante seus atendimentos, conforme o seguinte excerto:

“Então, assim, ouvir. Eu acho que essa é uma parte muito importante. Não foi assim, como se ela já soubesse de tudo.” – feminino, 54 anos

Esta característica também aparece de maneira negativa, quando a paciente não se sente participante de uma conversa como em:

“Não confiaria nunca. Porque ele não me conhece, ele nunca me viu e nem quis conversar, nem nada.” – feminino, 81 anos

Ou mesmo, quando a experiência naquela situação foi positiva, mas diferentemente das anteriores, como quando a paciente fala:

“Confiei em tudo. Porque eu confiei na consulta. Tem médicos que mal e mal olham para a sua cara. Ele olha nos olhos. Conversa como duas pessoas iguais.” – masculino, 54 anos

Observamos também esta competência quando o médico, ao se expressar, transmite ao paciente uma sensação de clareza ou transparência, como exemplificadas pelas seguintes falas:

“O modo de ele conversar com a gente, de se expressar, ser gentil. Ele é uma pessoa de confiança, né? Explicando as coisas todas direitinho.”
– masculino, 65 anos

“Ah, a sinceridade, né? ... Ela foi clara comigo.” – feminino, 50 anos

Pudemos também identificar a competência relacional quando o paciente percebe que o profissional está interessado em sua situação. Este interesse é demonstrado de diversas formas. Uma forma frequentemente identificada pelos pacientes é a formulação de perguntas, como demonstra as seguintes falas:

“Desde o início ele começou a fazer as perguntas para mim, já ‘caiu a ficha’ que dá para confiar.” – masculino, 60 anos

“Eu achei ele um bom profissional, me atendeu bem, ele fez as perguntas, tudo direitinho. E é tão bom quando alguém se preocupa com a gente, né?” – feminino, 69 anos

“Porque eu tive um bom atendimento, né? Porque ele me deu atenção, quer dizer, perguntou todos os meus problemas de saúde. Ele se interessou, entendeu?” – feminino, 68 anos

O interesse também aparece quando o paciente identifica que o profissional respondeu às suas dúvidas ou perguntas, como mostram as falas:

“Porque ela me explicou as coisas direito, fez pergunta. Eu fiz pergunta para ela e ela me respondeu.” – feminino, 64 anos

“Ele conversando tirou minhas dúvidas.” – feminino, 49 anos

“Porque ela me responde quando eu pergunto.” – feminino, 46 anos

A citação de exemplos negativos aparece mais uma vez: seja através de situações vividas no ambulatório pesquisado, seja em experiências anteriores, como exemplificam os excertos a seguir:

“Foi bem rude, né? Cortou bem rapidinho.” – feminino, 81 anos

“A atenção que ele... Foi me perguntando muitas coisas e tem outros que não perguntam nada. Ele não, ele perguntou bastante coisa.” – feminino, 77 anos

“Perguntou tudo o que queria saber, porque tem médico que nem pergunta.” – feminino, 50 anos

A outra competência primordial é a competência clínica. Habitualmente, é a primeira competência a ser buscada pelos profissionais e pelos próprios pacientes quando procuram seus médicos.

Denominamos aqui de competência clínica características que estão associadas à prática médica. Esta competência engloba parte do que é comunicado pelo médico e está associado à relação entre comunicação e confiança e satisfação.

Esta competência pode ser ilustrada pelos excertos a seguir:

“A maneira de ele consultar e fazer a avaliação médica, dentro do conhecimento de médico que ele tem.” – feminino, 61 anos

A comunicação aparece associada a atitudes específicas dos médicos, como a investigação do histórico clínico, conforme mostram as falas:

“Ela vai a fundo [n]as perguntas, né? Ela quer saber como que a gente está se sentindo.” – masculino, 58 anos

“Ah, porque ele, além de perguntar todas as coisas para a cirurgia agora, ele perguntou as coisas [das] consultas de antes. Ele se interessou.” – feminino, 70 anos

Outra atitude do núcleo de conhecimento da profissão médica – o exame físico – também está relacionado na construção da confiança no profissional e satisfação com o atendimento, conforme demonstrado pelos seguintes excertos:

“Ele me examinou direitinho. Examinando eu pessoalmente. Tanto com perguntas como usando aparelhagem.” – masculino, 53 anos

“Ele fez questão de me examinar.” – masculino, 77 anos

Apesar de habitualmente identificadas como distintas, identificamos uma característica neste estudo: a competência clínica e a competência relacional aqui percebem-se de forma contínua, sem um limite claro. No entanto, a título de organização do texto, optamos por descrevê-las separadamente. As falas a seguir exemplificam esta fusão de limites:

“Porque o médico me fez todas as perguntas, né? Necessárias e foi bem atencioso, né?” – feminino, 70 anos

“Porque vi que a médica me fez perguntas, preocupada com a minha saúde, preocupada com o que a gente tem para fazer a partir daqui, né? Que no caso, é a cirurgia.” – feminino, 26 anos

4.4.2. Efeitos no Paciente

Na sequência, identificamos que boa parte do que se comunica durante o encontro terapêutico médico-paciente e tem efeito na produção de confiança e satisfação está situado no polo do paciente.

Desta forma, para além do que é dito durante o encontro, o sentido é gerado na subjetividade do paciente, fenómeno chamado de recepção pelos estudos de comunicação. Esta recepção se dá por meio da mistura da mensagem recebida com as experiências pessoais do receptor, bem como levando-se em consideração o contexto em que este vive e o contexto em que se dá esta relação.

Identificamos aqui dois subtemas: as percepções subjetivas e as expectativas do paciente.

O primeiro tipo de percepção pode ser exemplificado por um grupo de falas que gira em torno de conceitos esperados (embora muitas vezes não presentes) na relação entre dois seres humanos, como educação, gentileza, atenção, carinho e respeito.

“Porque o médico foi super educado comigo.” – feminino, 50 anos

“Gentil, atencioso. Estava sendo atendido por uma pessoa gentilíssima.”

– masculino, 64 anos

“Porque a médica me atendeu muito bem, com muita educação e com muito carinho.” – feminino, 77 anos

Confirmamos este aspecto por meio de falas que trazem os exemplos negativos, como:

“Não gostei dele. Ele foi curto, grosso. Rude, né? Foi bem rude, né?” – feminino, 81 anos

“Ela é uma médica muito meiga com a gente, porque não resolve nada você ser um médico, mas tratar a pessoa estupid[amente].” – feminino, 68 anos

“Ele não foi estúpido. Ele foi gentil, educado, como um médico tem que ser. O respeito dele, assim, a atitude de ele conversar, isso me chamou a atenção.” – feminino, 58 anos

Outro tipo são impressões geradas nos pacientes sobre características dos médicos que são mais difíceis de avaliar pelo paciente leigo, mas que, no entanto, são expressas por eles, como qualidade do profissional:

“Porque eu fui bem atendida. Porque certamente, o médico é bom.” – feminino, 77 anos

“Porque além de ser uma excelente médica, o tratamento é bom.” – masculino, 58 anos

“Quando ele me recebeu lá na porta. Ele transmite uma confiança de eu saber que ele é um bom médico.” – feminino, 46 anos

Algumas percepções também geradas no processo de recepção, como segurança, entendimento e mesmo alegria e amor, são relatadas pelos pacientes, como mostram os excertos:

“Pela maneira como ele fala, né? Pela segurança que ele passa.” – feminino, 49 anos

“Ah, pelas perguntas que ele fez. Ele entendeu o que eu expus para ele.” – feminino, 70 anos

“A alegria e o amor que ele tem dentro do coração dele.” – feminino, 68 anos

Por fim, algumas destas percepções geram impactos significativos nos pacientes, o que contribui para a presença dos construtos, como tranquilidade, acolhimento e mesmo a própria confiança (também demonstrada pela negativa):

“Eu me senti acolhida.” – feminino, 63 anos

“Ele me deixou bem tranquila.” – feminino, 49 anos

“Porque eu senti confiante.” – masculino, 58 anos

“Talvez, se ele inspirasse confiança, fosse amigo, né? Assim, companheiro, porque eu nunca passei em um médico igual a esse.” – feminino, 81 anos

Um fator que identificamos frequentemente como parte do processo comunicativo que se relaciona a confiança e satisfação gira em torno das expectativas dos pacientes, conforme a fala:

“Porque o médico foi atencioso, foi gentil e disse exatamente o que eu queria ouvir.” – feminino, 82 anos

Por tratar-se de um ambulatório de avaliação pré-operatória, a primeira expectativa é a de liberação para o procedimento (inclusive quando isto não ocorre), conforme ilustrado pelas falas:

“Foi liberada a cirurgia.” – masculino, 47 anos

“Porque estava dentro da minha expectativa da liberação para a cirurgia.” – feminino, 45 anos

“[Ficaria mais satisfeita] Se ele tivesse me liberado [para a cirurgia].” – feminino, 58 anos

Além da expectativa específica da liberação, este subtema apareceu também de forma mais geral, como as falas a seguir:

“Porque atendeu às minhas expectativas de uma orientação para o exame que eu vou fazer.” – feminino, 75 anos

“Acho que ele me atendeu e correspondeu às minhas expectativas.” – feminino, 63 anos

E, mais uma vez, através das situações quando as expectativas não foram atendidas, como quando perguntados o que gostariam que tivesse acontecido de diferente, os pacientes responderam:

“Se me dissesse que eu não ia tomar mais anestesia geral.” – feminino, 77 anos

“Se ele falasse assim: ‘é para ir embora, a senhora já está liberada, já pode ir para a Bahia’.” – feminino, 74 anos

“Se ele dissesse que o coração não tinha furo nenhum.” – feminino, 61 anos

Por fim, identificamos uma forma de expectativa que contribuiu para a produção de confiança e satisfação na relação, quando o paciente pontuou que o médico parecia estar agindo de forma a que tudo desse certo, no caso, que o paciente fosse liberado para a cirurgia e que tudo corresse bem. Isto ocorreu através de diferentes percepções, desde quando o médico estaria fazendo seu melhor, através de desejo de positividade ou até mesmo de boa sorte. Os seguintes excertos mostram esse ponto de vista:

“Porque ele passou para mim, um lado positivo, que vai dar tudo certo.”

– feminino, 49 anos

“Porque eu acho [que] ele está procurando a melhor forma para fazer a minha cirurgia, né? Fazer o melhor para [me] liberar para a cirurgia.” –

feminino, 48 anos

“Ele me desejou boa sorte.” – masculino, 60 anos

4.4.3. Contexto do Cuidado

O último grupo de temas que identificamos se relaciona ao contexto onde o cuidado ocorre. Ainda no conceito de recepção, o espaço, não necessariamente físico, onde a relação comunicativa ocorre é fator primordial para a geração de significados. E estes significados se associam à geração de confiança e satisfação.

Elencamos cinco subtemas neste grupo: hospital de referência, serviço-escola, fé em Deus, profissão médica e trabalho sob supervisão. Na definição destes subtemas, identificamos que se trata também de instituições que comunicam, cada uma à sua maneira, com o paciente e contribuem para a criação de confiança e satisfação.

O estudo foi realizado em um ambulatório do HCFMUSP. Este hospital é um serviço de referência em diversas acepções da palavra. É uma referência no sentido do sistema de saúde, pois é um hospital quaternário, responsável para onde são referenciados os pacientes dos níveis de atenção anteriores

quando há necessidade, para a execução de cuidados em saúde que requeiram maior nível de complexidade tecnológica-industrial.

Além disso, é um serviço de referência para a população em geral, em especial a população da capital paulista, que identifica o serviço como um lugar em que suas demandas de saúde provavelmente serão resolvidas.

Esta última acepção aparece exemplificada pelas falas a seguir:

“A gente está num hospital de renome. É referência, praticamente que mundial.” – masculino, 47 anos

“Só de ele ser um médico desse hospital, isso já me dá confiabilidade completa.” – masculino, 58 anos

Este mesmo hospital, além de ser um serviço de referência, também é um hospital onde ocorre ensino de diversos cursos de saúde, bem como em diversos níveis, tanto na graduação como na formação de residentes tanto médicos como de outras profissões da saúde.

O fato de ser um serviço-escola também comunica aos pacientes algo que produz confiança e satisfação, como mostram os seguintes excertos:

“Eu até confio menos quando é hospital-escola, mas ultimamente aqui está muito diferente.” – feminino, 46 anos

“Ele foi falar com o chefe, [por]que ele é estagiário.” – feminino, 75 anos

Outro subtema importante e que está frequentemente associado à comunicação de cuidados em saúde é a presença da religiosidade, através da figura de Deus. Na cultura brasileira, é frequente a citação de Deus (neste caso, o Deus cristão, religião professada pela maioria dos brasileiros) como um fator protetor da saúde das pessoas e que comunica aos pacientes confiança e satisfação, como mostram as falas:

“Primeiro Deus, depois ela [a médica].” – feminino, 68 anos

“Eu sei que eles têm cuidado comigo, né? Ele trata bem. Eu confio em Deus, né?” – feminino, 74 anos

Um fator que influencia significativamente a geração de confiança e satisfação nos pacientes é o trabalho do médico. No entanto, durante o estudo ficou claro que não é exatamente do trabalho de um médico individualmente que produz os construtos e sim, a institucionalidade dos médicos como profissão, como exemplificam os excertos:

“Porque os médicos são uns profissionais de qualidade e fazem com amor, né?” – masculino, 54 anos

“A gente sempre confia na consulta dos médicos, né?” – feminino, 64 anos

Este aspecto institucional é forte pois denota inclusive uma certeza praticamente indiscutível da capacidade dos médicos como profissionais, como demonstrado a seguir:

“Eu passo no médico sempre e o médico está aí para isso, né? Então, eu não vou confiar ou desconfiar. Quando a gente desconfia mesmo do médico, a gente nem passa. Ele é um bom médico.” – feminino, 46 anos

“A gente tem que confiar no profissional porque se ele está ali, ele tem competência para estar ali.” – feminino, 50 anos

O trabalho do profissional médico sem dúvida é um fator que comunica a favor da construção de confiança e satisfação. No entanto, o fato de que o médico, no caso o residente, não está sozinho no cuidado dos pacientes contribui para a construção de confiança e satisfação pelo paciente.

Os excertos a seguir ilustram esse fato:

“Eu sei que tem o aval dos outros médicos, então, aqui dentro, com qualquer profissional eu me senti segura.” – feminino, 45 anos

“O fato de ele sair para conversar com o chefe dele lá fora.” – feminino, 48 anos.

5. Discussão

5.1 Interpretação dos dados e diálogo com a literatura

O presente estudo foi delineado para analisar a influência entre as habilidades de comunicação de médicos e pacientes e os construtos de empatia do médico percebida pelo paciente, satisfação do paciente com o cuidado e confiança do paciente no profissional. Além disso, visava identificar quais fatores estavam associados a essas influências. Este estudo demonstrou que, quando avaliado pelo NPS, os pacientes mais satisfeitos com o cuidado utilizaram mais habilidades de comunicação verbais afetivas (frases que visam estabelecer a relação entre médicos e pacientes), enquanto pacientes menos satisfeitos realizaram uma quantidade maior de Perguntas de Conteúdo (quando os pacientes buscam informação sobre algum aspecto clínico do seu cuidado). Ademais, identificamos que as ações do médico, os efeitos no paciente e o contexto do cuidado são fatores que interferem na relação entre habilidades de comunicação e satisfação do paciente com o cuidado e confiança do paciente no profissional.

A associação entre a satisfação do paciente com o cuidado e a expressão de afetividade é conhecida na literatura. Atitudes afetivas do médico se associam a desfechos positivos no paciente, inclusive sua satisfação com o cuidado^{131,165}. Uma revisão publicada por Williams, Weinman e Dale (1998)¹³¹ demonstrou que diversas atitudes afetivas do médico, como mostrar-se amistoso ou uso de conversa social, se associam à satisfação do paciente, bem como o uso de afetos negativos se associou à insatisfação. A falta de estudos mostrando uma relação inversa (entre expressão de afetividade e insatisfação) pode ser justificada por uma necessidade inata de pacientes de receberem expressões de afeto de seus médicos, de acordo com a teoria da troca de afetos de Kory Floyd¹⁶⁶. Por essa teoria, além desta necessidade, uma quantidade adequada de afetos expressos pelo médico é benéfico ao paciente, bem como privá-lo disso, traria efeitos adversos a ele¹⁶⁵, já que, independentemente do que se fala, o encontro por si só já é terapêutico.

No entanto, a literatura é escassa quando se trata da comunicação do paciente e sua relação com a satisfação com o cuidado. Encontramos somente um estudo que concluiu que o uso de expressões de liberação de tensão como piadas, risadas ou demonstrações explícitas de satisfação por pacientes durante a anamnese estava associado a satisfação dos mesmos¹⁶⁷. Essa escassez se deve a um olhar excessivamente direcionado à comunicação do médico, mesmo quando se declara que o estudo objetiva avaliar a comunicação médico-paciente. Entendemos que esse foco seja justificável até certo ponto, já que é no médico e em sua formação como profissional em que se pode atuar para haver alguma melhora de desfecho. No entanto, considerar a perspectiva da comunicação do paciente é algo a ser ainda explorado pela literatura médica.

É importante salientar que, no instrumento utilizado, o grupo Habilidades Afetivas do Paciente é composto por Encorajamento e Expressões emocionais. E em nosso estudo, nenhuma das duas habilidades individualmente apresentou diferença entre os grupos de análise. Isso significa que a “soma” das duas habilidades gerou a diferença e isto pode se dever a quantidade de vídeos analisados.

Assim como na relação entre satisfação e expressão de afetividade, a relação entre satisfação e troca de informações também é conhecida na literatura. Uma metanálise mostrou que a satisfação do paciente está fortemente associada à quantidade de informação que o médico dá ao paciente¹³⁰. Uma outra revisão demonstrou que além das informações do médico, as informações do paciente também se associam à satisfação do paciente¹³¹.

Estudos que discutem a associação entre a quantidade de perguntas feitas pelos pacientes e a satisfação deles com o cuidado datam de 1977, quando Roter verificou que pacientes que faziam mais perguntas estavam menos satisfeitos com seu cuidado¹⁶⁸. Essa associação inversa também aparece em outro estudo realizado com pacientes com câncer¹⁶⁹. Entretanto, a maioria dos estudos que avaliou essa associação se caracteriza por ensaios clínicos, onde alguma intervenção para estimular a participação dos pacientes, neste caso, fazer mais perguntas, foi realizada^{168,170}. Uma metanálise destes estudos demonstrou que as intervenções para aumentar a quantidade de

perguntas feitas pelos pacientes levou a aumentos pequenos, porém com significância estatística, da quantidade de perguntas e da satisfação dos pacientes¹⁷¹.

Esta relação inversa é, inicialmente, surpreendente, já que imaginamos que pacientes que fazem mais perguntas são pacientes que participam mais da comunicação médico-paciente, mais empoderados de seus próprios cuidados de saúde e que isto os deixaria mais satisfeitos com seu cuidado. Além disso, ao fazer mais perguntas, esperamos que eles obtenham mais informações de seus médicos, o que por sua vez também aumentaria sua satisfação¹³⁰. No entanto, o que poderia explicar esta associação é o fato de que o paciente ao fazer diversas perguntas está de alguma maneira demonstrando sua insatisfação com pouca informação recebida. Além disso, pode haver algum grau de desconfiança no profissional, o que o leva a fazer mais perguntas para tentar se certificar de que aquele médico está interessado no seu bem estar; ou ainda pode fazer parte do seu processo de cura ou manutenção de saúde. De qualquer forma, isto pode denotar a quebra de um paradigma social frequente, onde o médico provê seu conhecimento ao paciente que, por sua vez, o absorve passivamente. Ao se ver obrigado a buscar ativamente mais informações, este pode sentir-se menos satisfeito com o cuidado que recebeu do profissional.

Uma outra metanálise de estudos sobre intervenções para aumentar a quantidade de perguntas feitas pelos pacientes observou que a satisfação com o cuidado é o desfecho mais pesquisado; no entanto, aponta para a alta frequência de efeito teto para esta variável entre os estudos analisados¹⁷², como ocorreu no nosso estudo. Harrington et al. associam este fato à baixa sensibilidade das medidas de satisfação, dificultando a discriminação entre os diferentes níveis de satisfação, não permitindo uma interpretação adequada dos dados obtidos. Por outro lado, no período em que foram realizados os estudos desta metanálise, publicada em 2004, o acesso à informação em geral, em especial informação de saúde, era mais restrito, já que na época a Internet era menos difundida. Em nosso estudo, realizado em 2019, os pacientes têm mais acesso a esse tipo de informação. Assim, munidos desse conhecimento, eles podem ter se sentido mais empoderados e conhecedores de sua situação clínica, sendo mais capazes de desconfiar de seus médicos,

produzindo menos satisfação, através do que é conhecido como efeito Dunning-Kruger¹⁷³, onde pessoas menos capacitadas para uma tarefa tendem superestimar sua autoavaliação, enquanto, as pessoas mais capacitadas, tendem a se avaliar mais timidamente.

A medida de empatia do médico percebida pelo paciente também apresentou efeito teto em nosso trabalho. Esta característica foi descrita em estudo que avaliou as características psicométricas do instrumento utilizado em nosso estudo, a JSPPPE¹⁵⁵; bem como em outro estudo que comparou os efeitos tetos entre a JSPPPE e uma outra escala de avaliação de empatia, o *Consultation and Relational Empathy* (CARE), que demonstrou que o CARE tem um efeito teto maior que a JSPPPE, porém ambos apresentam notavelmente a característica¹⁴⁵.

Apesar da presença de efeito teto aparentemente estar relacionada aos instrumentos, podemos perceber outros fatores que influenciam este fenômeno, sob a luz dos nossos achados. O primeiro fator é que nosso cenário é um hospital de nível terciário público e que uma parcela significativa dos pacientes que o frequentam tem uma vulnerabilidade financeira e pouca escolaridade. No sistema de saúde hierarquizado brasileiro, “ascender” aos níveis mais elevados de atenção à saúde é frequentemente mais difícil do que se esperaria, levando-se em consideração somente as características clínicas do paciente. Esta “ascensão” pode gerar uma sensação de gratidão do paciente por ter conseguido acessar este serviço de qualidade reconhecida, o que os levaria a atribuir escores altos de satisfação com o cuidado e empatia do médico.

Adicionalmente, sob a perspectiva do materialismo histórico, o trabalho é categoria central para observar a evolução da sociedade¹⁷⁴ e também auxilia a observação da comunicação médico-paciente. Isto porque o espaço da consulta é emoldurado pelas condições econômicas e sociais que permeiam as relações sociais mais gerais e é frequente que pacientes e médicos se sintam como pertencentes a classes sociais diferentes (muito embora, como “vendedores” de sua força de trabalho, são ambos da mesma classe: a classe-que-vive-do-trabalho¹⁷⁵). Médicos são vistos (e costumam se ver) como membros da classe dominante, ao contrário dos pacientes, que são vistos como membros da classe subalterna¹⁷⁶. Isto leva a uma relação mais

hierarquizada que pode gerar uma expectativa de comportamento “socialmente aceitável”, onde o paciente deve aceitar o que quer que receba do médico e mostrar-se feliz com isso, no nosso caso, através dos escores de satisfação com o cuidado e empatia do médico, o que pode resultar em respostas socialmente esperadas aos questionários aplicados.

Nosso estudo também identificou alguns fatores que funcionam como mediadores na relação entre a comunicação e satisfação com o cuidado e confiança no profissional. Primeiramente, algumas ações do médico foram percebidas como relevantes, em especial a díade de competências clínica e relacional. Os pacientes e seu bem estar são irremediavelmente dependentes destas competências do médico⁷⁹, já que dependem da atuação profissional dele para seu diagnóstico, tratamento ou mesmo manutenção de sua saúde.

As duas competências são partes importantes da performance clínica de um médico¹⁷⁷. No entanto, essa divisão é artificial e não se dá na prática clínica. Seja na comunicação com pacientes, seja com colegas, as duas competências são usadas simultaneamente⁸⁷. Um estudo de Woods, Byrne e Bodger mostrou que estudantes de medicina não apresentam aumento em sua carga mental ao realizar uma tarefa mais clínica (punção venosa) em conjunto com uma tarefa de comunicação (ouvir dados de uma história) quando comparado à tarefa de punção venosa isoladamente¹⁷⁸. Na definição de habilidades básicas de um médico, essa divisão também costuma desaparecer, já que é frequente citarem, por exemplo, estabelecimento de relação terapêutica e condução de exame físico, na mesma lista¹⁷⁹. Mais recentemente na medicina, a ênfase na maior participação dos pacientes, que de sujeitos passivos, passam a ser ao menos parceiros nos seus próprios cuidados em saúde¹⁶, a importância da indivisibilidade destas competências ganha mais força.

Os achados de nosso estudo corroboram com a ideia de que estas competências, artificial e didaticamente separadas, mas, no mínimo, altamente relacionadas, funcionam como mediadores entre comunicação e satisfação com o cuidado e confiança no profissional. Isto porque ambos os processos ajudam no estabelecimento e na intensificação de uma relação entre médico e paciente^{8,119,127}.

Outro fator que medeia esta relação são os efeitos gerados no paciente, em especial as percepções subjetivas e as expectativas. A associação entre expectativas do paciente e satisfação com o cuidado e confiança no profissional é intuitiva. Hall et al.¹⁸⁰ entendem que a confiança tem um componente que requer uma aceitação otimista da vulnerabilidade com expectativas positivas, já que quem confia, espera bons resultados advindos de sua confiança. A relação com a satisfação também é naturalmente identificável. Goldzweig et al.¹⁸¹ afirmam que satisfação é definida, em grande parte, pela diferença entre aquilo que o paciente esperava receber e aquilo que de fato recebe.

Esta relação é frequentemente relatada em artigos sobre tratamentos mais agressivos ou mais invasivos para doenças mais graves, como nos casos de câncer ou cirurgias ortopédicas^{182,183}. Nestas situações, atividades de educação em saúde antes da realização do procedimento ajudam o paciente a criar expectativas mais realistas dos resultados e isso se correlaciona a melhores níveis de satisfação após o procedimento. Em um estudo sobre estimulação cerebral profunda para pacientes com doença de Parkinson, a satisfação após seis anos do procedimento se mantinha elevada. No entanto, os autores levantam a hipótese de que a expectativa sobre o resultado do tratamento pré e pós-procedimento modificou-se, aproximando-se mais da realidade¹⁸⁴. A relação também aparece quando se discute satisfação com serviços de atenção primária¹⁸⁵.

Durante nosso estudo, os achados mostram claramente como o atendimento da expectativa dos pacientes funciona como mediador na relação entre a comunicação e satisfação com o cuidado e confiança no profissional. É interessante observar que as expectativas cumprem esse papel, tendo elas sido atendidas ou não. Mesmo em situações em que não seria possível sua realização (como em desejos de não se ter a doença), esse papel mediador se destaca.

As percepções subjetivas do paciente se associam de maneira significativa com a satisfação com o cuidado e com a confiança no profissional. Isto pode se dever ao fato de que, apesar de terem definições claras, os dois construtos são medidos subjetivamente, da mesma forma que a avaliação do paciente se dá. Poucos estudos na literatura discutem essa relação de forma

mais direta. A percepção de competência no profissional, como relatado na fala de alguns pacientes, tem relatos na literatura¹⁸⁶. É interessante notar, no entanto, que apesar de frequentemente pacientes contarem com ou mesmo citarem a competência clínica de seus médicos, eles estão em uma posição bastante desprivilegiada para fazer essa avaliação⁷⁹, já que não têm o conhecimento técnico para isso. Outras percepções menos objetivas são associadas a satisfação e confiança na literatura em saúde, como a humildade do médico¹⁸⁷ ou mesmo sua vestimenta¹⁸⁸.

As percepções mais afetivas também são citadas pelos pacientes que participaram de nosso estudo. Ng e Luk¹⁸⁶ relatam que pacientes reportam mais satisfação com profissionais mais amigáveis, afetivos e cuidadosos. De forma parecida como na avaliação da competência clínica de seus médicos, os pacientes também não são completamente capazes de avaliar alguns julgamentos que produzem, como quando dizem que foram atendidos por uma pessoa gentil ou educada. Isto porque eles emitem esses julgamentos baseados na percepção que tiveram durante a consulta. No limite, não é possível terem certeza absoluta que a pessoa que os atendeu é de fato gentil, por exemplo. No entanto, esta necessidade de certezas absolutas não é real (ou no mínimo, não é necessária), já que a relação se estabelece com aquilo que de fato ocorreu na interação, neste caso, no espaço da consulta. E a partir desta interação é que se reforça uma relação terapêutica, buscando o bem do paciente (ou o contrário acontece). Assim, importa menos se essa percepção subjetiva é “verdadeira” ou “falsa” e sim o efeito que ela produz; indicando, como relata Betancourt¹⁸⁹, a percepção é a realidade; a percepção que os pacientes têm de nós é a realidade deles. Ou, em outras palavras, o que somos a partir do seu olhar.

Por fim, o último fator identificado em nosso estudo que medeia a relação entre comunicação e satisfação com o cuidado e confiança no profissional é o contexto do cuidado. Na verdade, cada uma das partes deste conjunto de fatores deve ser analisada individualmente. A primeira delas é o hospital de referência. A impressão habitual é que as pessoas se sentem mais satisfeitas e confiam mais nesses tipos de serviço. No entanto, não foram encontrados estudos na literatura brasileira sobre o serviço em geral destes

hospitais, existindo somente estudos de serviços específicos, como pacientes submetidas a cesarianas¹⁹⁰.

Na literatura mundial, esse tipo de avaliação também é bastante escasso em países mais desenvolvidos. Porém, em países de nível de desenvolvimento socioeconômico menor, este tipo de avaliação é mais frequente. Além dos estudos para avaliação de serviços específicos, como laboratório clínico¹⁹¹, radiologia¹⁹² ou atendimento de especialidades¹⁹³, algumas avaliações visam o serviço em geral dos hospitais de referência ou hospitais terciários. Ao contrário do que se espera, a maior parte das medidas mostram índices baixos a moderados de satisfação com os serviços, com relatos variando de 43,7% na Nigéria¹⁹⁴ a 67,1% na Tunísia¹⁹⁵. Não foram encontrados estudos que avaliem diretamente confiança nesses serviços.

Foram identificados ainda mais alguns fatores que estão intrincados nessa relação, já que pacientes ficam mais satisfeitos quando há mais utilização de recursos (mais gasto por paciente)¹⁹⁶, ou quando suas cirurgias não são adiadas¹⁹³. A boa comunicação de médicos e enfermeiros aparece frequentemente como um fator que se relaciona à satisfação dos pacientes em hospitais terciários^{193,194,197}. Dentre os fatores do paciente, destacam-se a relação inversa entre escolaridade e satisfação^{191,192} e renda e satisfação, bem como uma relação direta com satisfação e idade¹⁹⁸.

Estudos que discutem fatores que levam pacientes a escolherem qual hospital vão buscar cuidado mostram que serviços terciários são preferidos em países como China ou Irã^{197,199}. No entanto, no Brasil, os pacientes do subsistema público de saúde não têm essa possibilidade de escolha. Ainda assim, de acordo com o nosso estudo, os pacientes parecem bastante satisfeitos com o seu cuidado em um hospital de referência, bem como os pacientes chineses²⁰⁰.

O significado da expressão “hospital de referência” traz reflexões; no Brasil, um hospital de referência é um hospital que tem uma importância, talvez até uma fama. No entanto, a ideia original é de um hospital para o qual se referenciam pacientes que requerem cuidados de outros níveis de atenção. Nos artigos publicados em língua inglesa, essa ideia é clara com os termos usados sendo hospital terciário (*tertiary hospital*) ou hospital de referência (*referral hospital*). Assim, quando os pacientes dizem que estão em um hospital

de referência, eles provavelmente não estão pensando em um ponto de atendimento referenciado em um sistema de saúde organizado, e sim num hospital que é “ponto de referência” dentre os demais. Essa mistura de termos e ideias, por si só, já pode ser suficiente para explicar o porquê de os pacientes terem tanta confiança e satisfação nestes locais.

Dentro do contexto do cuidado, identificamos a profissão médica como mediação importante. Nesse caso, a mediação se desvia mais para a confiança do que para a satisfação. Isso porque, entendendo que os pacientes estão em um hospital, a referência à profissão médica é no mínimo, esperada. Então, ao analisarmos a profissão médica como mediação entre a comunicação e a dupla confiança-satisfação, imaginamos que estão relacionando mais à confiança. E esta confiança está demonstrada de forma estabelecida na literatura. A medicina é uma das profissões que mais tem confiança da população como um todo. Estudo de 2019 coloca a profissão médica em segundo lugar de confiança no mundo, atrás de cientistas; no Brasil, em terceiro, perdendo para professores e cientistas¹⁰⁶. Este status deve levar em consideração que por volta das últimas cinco décadas, percebeu-se alguma perda desse “prestígio” do qual gozava a profissão¹⁰⁴.

Um estudo realizado com paciente na Coreia do Sul mostra que pacientes do sexo feminino, sofrendo de estresse e com baixa autopercepção de saúde tendem a confiar menos nos seus médicos, enquanto hospitalização ou consulta ambulatorial recente se associa positivamente à confiança em médicos¹⁰⁷. Este estudo tem uma característica em particular que é o fato de que no país onde foi realizado, pacientes não costumam ter um médico que seja “seu”, portanto, a avaliação foi realizada no grupo de médicos como um todo. Uma dessas características (consulta recente) pode ser observada em nosso estudo como a consulta ambulatorial (a avaliação foi realizada imediatamente após). Por outro lado, nosso estudo apresenta 60% de pacientes do sexo feminino e ainda assim observamos confiança elevada.

Os fatores hospital de referência e profissão médica trazem consigo a relação entre confiança institucional e confiança pessoal⁹⁹. Assim, os médicos que atenderam os pacientes participantes do estudo certamente contribuíram individualmente para o reforço da confiança, bem como o fato de estarem em um hospital de renome (sendo tanto “de referência” como terciário) contribuem

para a confiança institucional. E os domínios se retroalimentam, de maneira que a “fama” do hospital é, de alguma forma, produzida pela ação de seus médicos individuais, assim como cada um dos profissionais está envolto inevitavelmente pela “aura” do hospital de qualidade.

Ainda nessa discussão da institucionalidade da confiança, bem como a relação com a satisfação com o cuidado, temos o serviço-escola como outro fator mediador. Os estudos na literatura médica mais uma vez privilegiam a satisfação sobre a confiança. Nos estudos de satisfação, prevalecem estudos que focam em serviços-escola com alunos de graduação sobre os estudos com residentes. Dentre as referências levantadas, destacamos o estudo de Esguerra et al. na Colômbia, onde um hospital que anteriormente não recebia estudantes passou a receber e a satisfação de seus pacientes com o cuidado que receberam se manteve positiva²⁰¹. Além dessa avaliação, frequentemente os serviços-escola recebem avaliações positivas, como no estudo de Silva et al. em um hospital-escola no Nordeste brasileiro²⁰².

Em uma avaliação mais detalhada de diversos artigos sobre as características de serviços-escola quando comparados a serviços que não recebem alunos, Kupersmith observou que os serviços com ensino tinham melhores medidas processuais, risco de mortalidade ajustada, de desfechos não mortais. Além disso, os serviços-escola maiores apresentavam melhores desfechos de saúde que os menores²⁰³. Messina et al. avaliaram que, nos Estados Unidos, hospitais escola apresentam relação positiva entre satisfação dos pacientes e volume de admissão²⁰⁴. No entanto, vale pontuar que o estudo tratou de hospitais privados de ensino, onde o volume de admissão se correlaciona ao aumento de receita deles, o que não acontece nos serviços públicos brasileiros, como o do nosso estudo.

A função de um serviço-escola é fornecer cuidado em saúde de qualidade de modo a possibilitar a formação de novos profissionais de saúde²⁰⁴. Entendendo que médicos devam ter como características a confiabilidade²⁰⁵ e que tenham como um de seus objetivos satisfazer seus pacientes (certamente não como meta única, mas como parte dela), faz sentido que os pacientes entendam o serviço-escola como mediação entre comunicação e dupla confiança-satisfação. Além disso, é possível extrapolar que estudantes²⁰¹, bem como residentes, que são profissionais e estudantes

ao mesmo tempo, costumam estar mais atentos a como se comunicam com seus pacientes, já que isso é parte de sua formação.

O trabalho sob supervisão é outro fator mediador identificado em nosso estudo. Na literatura, uma revisão sistemática realizada por Snowden, Leggat e Taylor identificou que o trabalho sob supervisão está associado a efetividade do cuidado, em especial no seguimento de protocolos por parte dos residentes, porém, não foi identificada associação entre a supervisão e a experiência do paciente²⁰⁶.

É interessante identificar que os participantes identificam esta supervisão como uma forma de trabalho em equipe, no entanto estão se referindo a equipes intra-profissionais de médico, ao invés da equipe interprofissional, compostas por profissionais de diferentes áreas da saúde. A literatura mostra que as definições de equipes são as mais variadas e os estudos são bastante heterogêneos ao se referir a elas²⁰⁷.

A função de um trabalho em equipe de saúde é prover uma melhor experiência de cuidado para os pacientes²⁰⁷, entendendo que a equipe pode trazer diferentes olhares e, no limite, mais pessoas para prover este cuidado. Esta mudança de paradigma de um cuidador individual para uma equipe de cuidado gera a necessidade de transpor a confiança individual para a confiança no grupo²⁰⁸, que é uma forma de confiança institucional. No nosso caso, a equipe identificada é uma de ensino onde o médico assistente é o responsável tanto pela formação do residente quanto corresponsável pelo cuidado do paciente. Assim, essa equipe deve idealmente ter todas as características de bom trabalho em equipe além de prover formação para a atuação do residente²⁰⁸.

Estudos específicos sobre a ligação entre trabalho em equipe com satisfação e confiança não são muito numerosos. Wen e Schulman relataram uma metanálise com 10 estudos com dados dicotômicos demonstrando que há uma associação entre o cuidado em equipe e satisfação do paciente. No entanto, quando avaliados sete estudos de dados contínuos, esta associação não se manteve²⁰⁷. Outro estudo realizado por Meterko, Mohr e Young observou que havia uma associação entre a satisfação do paciente internado com uma cultura de trabalho em equipe em hospitais para soldados veteranos nos Estados Unidos²⁰⁹. Este grupo levanta as hipóteses que em hospitais com

uma cultura de trabalho em equipe é possível realizar uma coordenação efetiva entre seus membros, além de que o suporte entre os membros da equipe pode motivá-los a prover um serviço de excelência.

O único estudo encontrado sobre a associação com confiança relata um trabalho etnográfico sobre cuidados primários de mulheres e crianças no sul da Índia, onde uma boa dinâmica de trabalho em equipe se associou a uma maior confiança da comunidade nos profissionais de saúde e no serviço estatal de saúde²¹⁰. Apesar de se tratar de realidades um pouco distintas à do nosso estudo, é interessante notar que essa associação já foi identificada, mas que a identificação de médicos mais experientes e seus residentes como uma equipe parece ser algo mais inovador.

O nosso estudo apresentou ainda como fator mediador na relação comunicação e satisfação com o cuidado e confiança no profissional a fé em Deus. Apesar de o estudo não ter identificado de qual religião é o Deus de que está se referindo, esta forma de expressão, em nosso país, geralmente se refere a religiões cristãs. Um levantamento do instituto Datafolha publicado pelo site G1 relata que 50,0% dos brasileiros são católicos e 31,0% evangélicos. Dos demais, 10,0% não têm religião, 3,0% é espírita, 2,0% tem religião de origem afro-brasileira, 1,0% é ateu, 0,3% judeu e 2,0% tem outra religião²¹¹. Isto significa que ao menos 81,0% dos brasileiros professam uma religião de origem cristã, o que nos permite inferir que a fé em um Deus referido pelos participantes se relacione ao cristianismo.

Na associação entre religiosidade e espiritualidade (termos não necessariamente sinônimos, mas frequentemente usados de forma intercambiável), um estudo brasileiro de Lucchetti, Almeida e Granero demonstrou que com paciente em diálise por problemas renais crônicos com maiores níveis de religiosidade/espiritualidade tinha mais satisfação com o tratamento dado pelo nefrologista²¹². E apesar da religiosidade ser uma característica marcante do país, os autores relatam que estudos sobre o tema são escassos no país. Uhelski et al. reforçam esta associação entre espiritualidade e satisfação com o cuidado, mostrando uma relação positiva entre ambos os fatores²¹³. Marin et al. mostraram que pacientes visitados por capelães durante sua internação são mais satisfeitos com o cuidado que receberam neste período²¹⁴.

Na relação com confiança, identificamos um artigo que não encontrou associação entre religiosidade do paciente e confiança no profissional²¹⁵. No entanto, os autores demonstraram que pacientes mais religiosos tendiam a classificar melhor as habilidades de comunicação de seus médicos. Outro estudo avaliando a relação entre pacientes e seus cirurgiões indicou que 64,0% dos pacientes confiariam mais em seus cirurgiões se esses tocassem no assunto de espiritualidade durante suas anamneses²¹⁶. Além disso, Ventres e Dharamsi argumentam que a ideia de fé traz consigo uma forma de confiança em alguém, no relato de nossos pacientes, Deus²¹⁷. Essa confiança em Deus é transposta a uma confiança no profissional, exemplificada quando a paciente diz que confia primeiro em Deus e depois na médica. Assim, essa fé em Deus se transporta para uma fé na médica também, como provedora direta dos cuidados em saúde, que, na crença dos pacientes, é permitido e guiado por Deus.

A espiritualidade, ou religiosidade, ou simplesmente Deus ajuda os pacientes a lidarem com suas condições de saúde²¹⁸. Em especial, pacientes com condições crônicas, utilizam a fé como uma forma de suporte e alívio²¹². Assim, conforme Ventres e Dharamsi, a fé foi, é e sempre será uma parte da medicina²¹⁷. Mesmo no contexto de pacientes em um ambulatório de avaliação pré-operatória, onde espera-se que, após a cirurgia, o problema seja resolvido, o apoio de algo maior é parte importante do cuidado.

O uso dos construtos de satisfação com o cuidado e de confiança no profissional de forma conjunta foi intencional. Os construtos, conforme já relatado, de fato não são a mesma coisa^{104,105}. Confiar em alguém e ficar satisfeito com algo são ideias bem diferentes. No entanto, é quase impossível imaginar uma situação, em se tratando da relação médico-paciente, em que eles não estejam fortemente associados^{100,109}. Além do fato de que ambos dependem fortemente da percepção subjetiva do paciente¹⁰⁷, é difícil pensar em um paciente que fique satisfeito com o cuidado dado por um médico que não confia ou que confie em um médico com cujo cuidado não ficou satisfeito. Por este motivo, realizamos a análise qualitativa de forma conjunta.

Outro aspecto importante a relatar é a escolha das variáveis medidas. As medidas de confiança no profissional, satisfação com o cuidado e empatia do médico percebida pelo paciente foram escolhidas por algumas razões.

Primeiramente, porque estas medidas são originárias do paciente e a exploração da perspectiva do paciente é pouco explorada na literatura sobre o tema¹²⁹. Assim, a utilizamos mesmo quando observamos as medidas de habilidades de comunicação (estas medidas também do ponto de vista do médico). Além disso, as três medidas foram escolhidas por representarem de forma indireta um reforço do aspecto terapêutico da relação médico-paciente^{99,116,118,119,133} já que isso não pode ser diretamente medido (isso sem levar em consideração todas as questões em medir construtos tão subjetivos como empatia, satisfação e confiança). Por último, os três construtos são resultados da interação direta entre pacientes e médicos. Conjuntamente com a adesão ao tratamento, são medidas de resultado da produtividade da interação. Porém, diferentemente da adesão, são medidas mais imediatas, mais “agudas” da interação, por esse motivo foram selecionadas.

5.2 Limitações do estudo

A primeira limitação do nosso estudo é a tentativa, frequente na literatura, de quantificar ou até simplificar um construto tão complexo quanto comunicação. A maioria dos estudos que discute comunicação incorre nessa limitação, excetuando os estudos voltados a ensaios teóricos sobre o assunto, o pensamento científico de alguma forma obriga qualquer pesquisador do tema a “reduzi-lo” a uma lista de habilidades ou atitudes que possam ser mensuradas. Também, nessa mensuração, é importante considerar que há sempre alguma subjetividade do avaliador. Embora no nosso estudo a avaliação das habilidades tenha sido realizada por dois avaliadores e que a confiabilidade interobservador tenha sido elevada, os dois avaliadores foram preparados da mesma forma e é possível imaginar que neste treinamento algum grau de subjetividade em comum é acordado, permitindo uma avaliação o mais adequada possível.

Além disso, cabe pontuar que apesar de empatia do médico percebida pelo paciente, satisfação com o cuidado e confiança no profissional serem medidas frequentes e importantes marcadores de uma interação produtiva, são desfechos intermediários. Por isso, é importante deixar claro que pacientes satisfeitos, que percebem seus médicos como empáticos ou como pessoas

confiáveis, não se pode afirmar que participaram necessariamente de uma interação adequadamente produtiva.

5.3 Forças do estudo

O estudo tem forças a serem destacadas. Ao avaliar a comunicação com um olhar técnico, reforça a importância do tema de comunicação em saúde, através da medida de habilidades como algo que influencia positivamente o cuidado em saúde.

Além disso, o foco tanto na comunicação do médico, mas como na comunicação do paciente é um olhar mais recente e pouco frequente na literatura de comunicação em saúde, que traz a visão “do outro lado” do cuidado centrado na pessoa.

A opção do uso do NPS também é uma fortaleza interessante. Além de ter sido a única variável que permitiu identificar diferenças na comunicação entre os grupos, a utilização do NPS na área de saúde é algo mais recente, o que aumenta o leque de opções para a avaliação de satisfação dos pacientes e usuários dos serviços de saúde.

O foco em habilidades específicas de comunicação e não a sua avaliação de forma geral (como é frequente acontecer em estudos como “comunicação melhora desfechos do paciente”), como na divisão entre verbais e não verbais e, mais especificamente, na avaliação de habilidades específicas de comunicação permite tornar mais palpável quais são as habilidades que se relacionam com os construtos, quais precisam ser ensinadas e/ou mais bem trabalhadas nos processos formativos.

6. Conclusões

A partir do nosso estudo, podemos concluir que o uso de habilidades de comunicação influencia a satisfação do paciente com o cuidado e confiança do paciente no profissional, no entanto, não identificamos influência em relação à empatia do médico percebida pelo paciente.

Não encontramos associação entre empatia do médico percebida pelo paciente e satisfação do cuidado com sexo do paciente, sexo do médico, liberação para o procedimento e escolaridade do paciente.

Em nossos achados, identificamos uma correlação fraca entre empatia do médico percebida pelo paciente e satisfação com o cuidado medida pela avaliação global. Identificamos também correlações fortes entre empatia do médico percebida pelo paciente e satisfação com o cuidado medida pelo NPS e satisfação com o cuidado medida pela avaliação global e pelo NPS.

As medidas de empatia do médico percebida pelo paciente e satisfação com o cuidado medida pela avaliação global e pelo NPS apresentaram efeito teto.

Na relação entre comunicação e satisfação com o cuidado, observamos que os pacientes mais satisfeitos utilizaram mais habilidades de comunicação verbais afetivas, enquanto os pacientes menos satisfeitos realizaram uma quantidade maior de Perguntas de Conteúdo ao seu médico. Não encontramos associação significativa em relação as demais habilidades verbais e em relação a todas as habilidades não verbais.

Já na relação entre comunicação e satisfação com o cuidado e confiança no profissional, identificamos que as ações do médico, os efeitos no paciente e o contexto do cuidado são fatores que interferem na relação entre habilidades de comunicação e satisfação do paciente com o cuidado e confiança do paciente no profissional.

Apesar de termos obtido valores elevados das medidas de empatia do médico percebida pelo paciente e de satisfação com o cuidado e da ausência de resultados quantitativos positivos sobre a comunicação do médico, foi possível identificar que a satisfação com o cuidado foi influenciada somente pela expressão de afetividade e por perguntas feitas pelo paciente e não sofreu influência das habilidades não verbais ou da comunicação do médico,

demonstrando que a comunicação do paciente é um componente importante da relação médico-paciente.

Além disso, o contexto em que ocorre o cuidado, bem como as ações do médico e suas consequências no paciente também permitem compreender os fatores determinantes para a construção de uma boa relação terapêutica.

7. Anexos

Anexo I - TCLE para médicos residentes

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DA PESQUISA

Título da pesquisa de doutorado - Análise da relação entre habilidades de comunicação e a melhora do controle da Hipertensão Arterial Sistêmica

Pesquisador principal – Carlos Frederico Confort Campos

Departamento/Instituto – Clínica Médica / Faculdade de Medicina

Convidamos o(a) senhor(a) para participar desta pesquisa. O objetivo dela é avaliar como as habilidades de comunicação usadas pelo médico na consulta podem ajudar no controle da pressão arterial de pessoas com hipertensão.

No dia anterior à consulta, será solicitado que o(a) paciente se submeta um exame de Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) de 24 horas.

Para o estudo, serão feitas vídeo-gravações da sua consulta médica, excetuando a parte do exame físico, para proteger a intimidade do paciente.

Ao término da consulta, será solicitado que o(a) paciente responda a 2 questionários sobre empatia e adesão, além de 2 perguntas sobre a avaliação da consulta. Após isso, será realizada uma pequena entrevista sobre a satisfação com o atendimento e confiança no profissional. Esta entrevista será gravada em áudio.

Em 2 meses desta primeira consulta, ele(a) será convidado(a) a retornar para realizar novamente este exame de MAPA.

Não são esperados quaisquer desconfortos a você em decorrência da participação da pesquisa, já que o estudo não visa a avaliação do seu desempenho na consulta.

Será oferecido um *feedback* para os participantes do estudo, com os resultados deste, no que concerne ao uso de habilidades de comunicação na consulta.

Você poderá escolher livremente se deseja participar do estudo ou não. Caso queira participar, poderá mudar de ideia e sair do estudo quando quiser.

Se não quiser participar, não acarretará qualquer prejuízo ao seu desempenho durante o estágio neste ambulatório ou a qualquer parte da sua residência médica.

Ao escolher participar, você receberá uma via do termo de consentimento assinado pelo pesquisador principal.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é o Dr. Carlos Frederico Confort Campos, que pode ser encontrado no endereço Rua Doutor Arnaldo, 455, sala 2349, e telefone 11 3061-8711 e/ou e-mail cafred@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549; e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Fui suficientemente informado a respeito do estudo “Análise da relação entre habilidades de comunicação e a melhora do controle da Hipertensão Arterial Sistêmica”. Eu discuti as informações acima com o pesquisador responsável Dr. Carlos Frederico Confort Campos sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

Assinatura do participante /representante legal

Data: / /

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: / /

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (OU ETIQUETA INSTITUCIONAL DE IDENTIFICAÇÃO) DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

2.RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DA PESQUISA

Título da pesquisa de doutorado- Análise da relação entre habilidades de comunicação e a melhora do controle da Hipertensão Arterial Sistêmica

Pesquisador principal – Carlos Frederico Confort Campos

Departamento/Instituto – Clínica Médica / Faculdade de Medicina

Convidamos o(a) senhor(a) para participar desta pesquisa. O objetivo dela é avaliar como as habilidades de comunicação usadas pelo médico na consulta podem ajudar no controle da pressão arterial de pessoas com hipertensão.

No dia anterior à consulta, será solicitado que você se submeta um exame de Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) de 24 horas. Este exame consiste de um aparelho de medição de pressão arterial que deve ficar por 24 horas em seu braço, fazendo várias medidas durante este período. É um exame indolor, que não acarretará alteração na sua rotina diária. Você deverá retornar ao hospital para retirar e devolver o aparelho, no mesmo dia que se realizará a sua consulta médica.

Para o estudo, serão feitas vídeo-gravações da sua consulta médica, excetuando a parte do exame físico, para proteger sua intimidade.

Ao término da consulta, será solicitado que você responda a 2 questionários sobre empatia e adesão, além de 2 perguntas sobre a avaliação da consulta. Após isso, será realizada uma pequena entrevista sobre a

satisfação com o atendimento e confiança no profissional. Esta entrevista será gravada em áudio.

Em 2 meses desta primeira consulta, você será convidado(a) a retornar para realizar novamente este exame de MAPA.

Pode haver algum desconforto durante a medida de pressão arterial no MAPA, com uma sensação de pressão no braço.

Esperamos que ao participar do estudo, você obtenha melhor controle da pressão arterial.

Você manterá seu acompanhamento médico no Ambulatório de Avaliação Pré-Operatória do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, independentemente do estudo.

Você poderá escolher livremente se deseja participar do estudo ou não. Caso queira participar, poderá mudar de ideia e sair do estudo quando quiser.

Se não quiser participar, não haverá qualquer prejuízo ao seu acompanhamento médico em qualquer área do Hospital.

Ao escolher participar, você receberá uma via do termo de consentimento assinado pelo pesquisador principal.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é o Dr. Carlos Frederico Confort Campos, que pode ser encontrado no endereço Rua Doutor Arnaldo, 455, sala 2349, e telefone 11 3061-8711 e/ou e-mail cafred@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549; e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Fui suficientemente informado a respeito do estudo “Análise da relação entre habilidades de comunicação e a melhora do controle da Hipertensão Arterial Sistêmica”. Eu discuti as informações acima com o pesquisador responsável Dr. Carlos Frederico Confort Campos sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

Assinatura do participante /representante legal

Data: / /

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: / /

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (OU ETIQUETA INSTITUCIONAL DE IDENTIFICAÇÃO) DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: :.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2.RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

Anexo III - Escala de Jefferson da Percepção de Empatia Médica pelo Doente (*Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy – JSPPE*)

The Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy

Escala de Jefferson da Percepção de Empatia Médica pelo Doente

Instruções:: Gostaríamos de saber o seu grau de concordância ou discordância com cada uma das seguintes afirmações *sobre o médico identificado abaixo*. Por favor utilize a seguinte escala de 7 pontos e escreva a sua classificação de 1 a 7 no espaço sublinhado antes de cada afirmação (uma pontuação de 1 significa que Discorda Completamente, e de 7 significa que Concorda Completamente com a afirmação; uma pontuação mais alta indica maior concordância).

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Discordo Completamente

Concordo Completamente

Dr(a). (Nome do médico aqui) _____

-
1. ___ Consegue ver as coisas da minha perspectiva (ver as coisas como eu as vejo).
 2. ___ Pergunta-me sobre os acontecimentos do meu dia a dia.
 3. ___ Parece interessado em mim e na minha família.
 4. ___ Compreende as minhas emoções, os meus sentimentos e as minhas preocupações.
 5. ___ É um médico compreensivo.
-

__ © Thomas Jefferson University 2001. Todos os direitos reservados.

Anexo IV - Questionário Sociodemográfico

2. Sexo *

Mark only one oval.

☐ Masculino

☐ Feminino

3. Idade *

4. Escolaridade *

Mark only one oval.

☐ Ensino Fundamental Incompleto (antigo 1º Grau ou Primário/Ginásio)

☐ Ensino Fundamental Completo (antigo 1º Grau ou Primário/Ginásio)

☐ Ensino Médio Completo (antigo 2º Grau ou Colegial)

☐ Ensino Superior Completo

☐ Pós Graduação

Anexo V - Sistema de Comportamentos de Comunicação Médica (*Medical Communications Behavior System*)

CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
Habilidades de conteúdo do médico	
Perguntas de histórico pessoal	Perguntas feitas para saber dados do histórico do paciente
Checagem de conhecimento	Frases feitas para saber o entendimento ou conhecimento prévio do paciente sobre circunstâncias envolvidas na situação (O que você sabe sobre...?)
Informação	Frases que fornecem informações sobre a condição do paciente ou assuntos de saúde
Aconselhamento / sugestão	Frases que fornecem aconselhamento ou sugestão sobre o que o paciente deve fazer
Reformulação	Repetição ao paciente da essência de outras verbalizações ou pensamentos
Esclarecimento	Frases feitas para definir ou explicar jargões em termos leigos (Síndrome de Down é...)
Habilidades afetivas do médico	
Perguntas emocionais	Perguntas feitas para saber os sentimentos e estado emocional do paciente (Como você está se sentindo neste momento?)
Apoio / suporte	Frases que objetivam restaurar a confiança do paciente (Este tipo de coisa

	muitas vezes está fora do nosso controle...)
Reflexão de sentimentos	Tentativa de verbalizar os sentimentos do paciente sem julgamentos (Paciente: Não sei como meu marido vai reagir. Ele tem tantas expectativas pelo nosso bebê. Médico: Você parece preocupada com as reações do seu marido)
Encorajamento / reconhecimento	Aceitação sem julgamento da fala do paciente (Conte-me mais, continue, etc.). Deve ser uma frase distinta, não somente um maneirismo de fala.
Habilidades negativas do médico	
Desaprovação	Rejeição ou crítica ao paciente; sarcasmos; ignorar os sentimentos do paciente
Interrupção	Bebê chorando, comentários / advertências à(s) criança(s) (fique quieto, sente-se, você quer ir para a outra sala com seu brinquedo?, responder chamadas telefônicas)
Jargão	Uso de termos técnicos que é provavelmente pouco familiar ao público leigo (p. ex., aberração cromossômica)
Habilidades de conteúdo do paciente	
Perguntas de conteúdo	Perguntas que buscam informação, aconselhamento ou explicação para um termo médico
Comentários de conteúdo	Frases que adicionam conteúdo a interação; pode ser voluntária ou em resposta a alguma pergunta

Checagem de conhecimento	Frases feitas para saber sobre o seu entendimento ou conhecimento prévio sobre circunstâncias envolvidas na situação em respostas estendidas
Habilidades afetivas do paciente	
Encorajamento	Aceitação sem julgamento da fala do médico
Expressões emocionais	Frases ou perguntas que comunicam uma mensagem afetiva forte (Como isto pode estar acontecendo comigo!)
Habilidades negativas do paciente	
Desaprovação	Rejeição ou crítica ao médico; sarcasmos; ignorar os sentimentos do médico
Interrupção	Bebê chorando, comentários / advertências à(s) criança(s) (fique quieto, sente-se, você quer ir para a outra sala com seu brinquedo?, responder chamadas telefônicas)
Diversas	
Amenidades sociais	Comentários não relacionados a presente condição, mas utilizados para estabelecer relação com o paciente ou o médico (Que vestido / camisa bonita você está usando!)
Silêncio	Períodos sem falas
Não classificável	Não se encaixa nas outras categorias

Anexo VI - Habilidades Não Verbais – conforme descrita por Heintzman et al. e Caris-Verhallen et al.

Habilidade	Descrição
Assentimento com a cabeça	Movimento de cabeça, uma ou mais vezes, como um sinal de atenção na conversa ou um reforço do que já foi dito
Sorriso	Expressão de simpatia
Olhar direcionado	Tanto o médico quanto o paciente olham em direção ao rosto do outro
Inclinação para frente	Postura que envolve inclinar-se para frente ou sentar-se perto do paciente quando não é necessário para executar uma tarefa; expressa envolvimento e concentração na interação
Toque instrumental	Contato físico do médico ou do paciente com o outro necessário para tarefa
Toque não instrumental	Contato físico do médico ou do paciente com o outro não necessário para tarefa

8. Referências

1. Comunicar. In: Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
2. Birdwhistell R. Kinesics and context: essays on body motion communication. 4 ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1985.
3. Lasswell H. A estrutura e a função da comunicação na sociedade. In: Cohn G, editor. Comunicação e indústria cultural. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1978. p. 105–17.
4. Campos CFC, Leão J, Dohms M. Comunicação clínica efetiva. In: Dohms M, Gusso G, editors. Comunicação clínica: Aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed; 2020.
5. Weaver W, Shannon C. A teoria matemática da comunicação. In: Cohn (org) G, editor. Comunicação e indústria cultural. 4 ed. São Paulo: Cia. Editora Nacional; 1978.
6. Rider EA, Keefer CH. Communication skills competencies: Definitions and a teaching toolbox. *Med Educ*. 2006;40(7):624–9.
7. Roumie CL, Elasy TA, Greevy R, Griffin MR, Liu X, Stone WJ, et al. Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006 Aug;145(3):165–75.
8. Martin KD, Roter DL, Beach MC, Carson KA, Cooper LA. Physician communication behaviors and trust among black and white patients with hypertension. *Med Care*. 2013;51(2):151–7.
9. Jansen KL, Rosenbaum ME. The State of Communication Education in Family Medicine Residencies. *Fam Med*. 2016 Jun;48(6):445–51.
10. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000 Sep;49(9):796–804.
11. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2014;9(4).

12. Langewitz W. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ*. 2002 Sep 28;325(7366):682–3.
13. Roter DL. Improving Physicians' Interviewing Skills and Reducing Patients' Emotional Distress. *Arch Intern Med*. 1995 Sep 25;155(17):1877.
14. Lussier M-T, Richard C. Doctor-patient communication: complaints and legal actions. *Can Fam Physician*. 2005 Jan;51:37–9.
15. Crookshank FG. The Theory of Diagnosis. *Br Med J*. 1926;2(3437):955–6.
16. Deveugele M. Communication training: Skills and beyond. *Patient Educ Couns*. 2015;98(10):1287–91.
17. Ferreira-Padilla G, Ferrández-Antón T, Baleriola-Júlvez J, Braš M, Dordević V. Communication skills in medicine: Where do we come from and where are we going? *Croat Med J*. 2015;56(3):311–4.
18. General Medical Council Education Committee. Recommendations on basic medical education. GMC, editor. London: GMC; 1980.
19. Novack DH, Volk G, Drossman DA, Lipkin M. Medical Interviewing and Interpersonal Skills Teaching in US Medical Schools: Progress, Problems, and Promise. *JAMA J Am Med Assoc*. 1993;269(16):2101–5.
20. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991 Nov;303(6814):1385–7.
21. Aspegren K, Lønberg-Madsen P. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Med Teach*. 2005;27(6):539–43.
22. Carvalho IP, Pais VG, Almeida SS, Ribeiro-Silva R, Figueiredo-Braga M, Teles A, et al. Learning clinical communication skills: Outcomes of a program for professional practitioners. *Patient Educ Couns*. 2011;84(1):84–9.
23. Campos CFC, Rios IC. Qual Guia de Comunicação na Consulta Médica É o Mais Adequado para o Ensino de Habilidades Comunicacionais na Atenção Primária à Saúde Brasileira? *Rev Bras Educ Med*. 2018 Sep;42(3):108–18.
24. Frank JR, Snell L, Sherbino J E. CanMEDs 2015 Physician Competency

- Framework. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Ottawa; 2015. 1–30 p.
25. Andolsek K, Padmore J, Hauer KE, Holmboe E. Accreditation Council for Clinical Competency Committees A Guidebook for Programs. 2015.
 26. GMC. Outcomes for graduates. GMC Publ. 2018;1(1):8.
 27. Australian Medical Council. Standards for Assessment and Accreditation of Specialist Medical Programs and Professional Development Programs by the Australian Medical Council 2015. 2016;(December):1–42. Available from: https://www.amc.org.au/files/059c6d1dee49caa6c434c18138f6373fb4be8b36_original.pdf%0Apapers3://publication/uuid/76D43E12-CDCA-4ADF-B0EA-48E0E66FE8B0
 28. Medical Council of New Zealand. New Zealand Curriculum Framework for Prevocational Medical Training. 2014;(Version 1.0):1–27. Available from: <https://www.mcnz.org.nz/assets/News-and-Publications/NZCF26Feb2014.pdf>
 29. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília; 2001. p. 38.
 30. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº. 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Vol. Seção 1, Diário Oficial da União. Brasília; 2014. p. 8–11.
 31. Smith PC. The Ecology of Medical Care Revisited. N Engl J Med. 2001 Oct 18;345(16):1211–2.
 32. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 3rd Editio. CRC Press; 2013. 328 p.
 33. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. Acad Med. 2003 Aug;78(8):802–9.
 34. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. Patient Educ Couns. 2001;45(1):23–34.

35. van Thiel J, Ram P, van Dalen J. MAAS-Global Manual. Maastricht, Netherlands: Maastricht University; 2000.
36. Ramos V. A consulta em 7 passos: Execução e análise crítica de consultas. Lisboa: VFBM Comunicação; 2008.
37. Campos CFC, Rios IC. Qual Guia de Comunicação na Consulta Médica É o Mais Adequado para o Ensino de Habilidades Comunicacionais na Atenção Primária à Saúde Brasileira? Rev Bras Educ Med [Internet]. 2018 Sep;42(3):108–18. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000300108&tlng=pt
38. Dohms MC, Collares CF, Tiberio IC. Brazilian version of calgary-cambridge observation guide 28-item version: Cross-cultural adaptation and psychometric properties. Clinics. 2021;76:1–7.
39. Ayres JR de CM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface - Comun Saúde, Educ. 2004 Feb;8(14):73–92.
40. Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994 Oct;344(8930):1129–33.
41. Srinivasan M. Cultural Influences on Primary Care Delivery. J Gen Intern Med. 2016;31(11):1265–6.
42. Gusso GDF, Bensenor IJM, Olmos RD. Terminologia da atenção primária à saúde. Rev Bras Educ Med. 2012 Mar;36(1):93–9.
43. World Health Organization. Noncommunicable diseases. 2018.
44. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) - Fact Sheet [Internet]. 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
45. Heidenreich PA, Trogdon JG, Khavjou OA, Butler J, Dracup K, Ezekowitz MD, et al. Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States: A policy statement from the American Heart Association. Circulation. 2011;123(8):933–44.
46. Roumie CL, Greevy R, Wallston KA, Elasy TA, Kaltenbach L, Kotter K, et al. Patient centered primary care is associated with patient hypertension medication adherence. J Behav Med. 2011;34(4):244–53.
47. Murray CJL, Evans DB. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization;

2003. p. 927 p.
48. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
 49. Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond M, Carvalho YM. Tratado De Saúde Coletiva. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2017. 976 p.
 50. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar. CONASS. Brasília; 2011.
 51. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde : 2019 : informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. 85 p.
 52. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília; 2010. p. 88–93.
 53. Portela MC, Martins M, Lima SML, Andrade CLT de, Neto FCB, Soares FRG, et al. Disponibilidade de recursos e razão de dependência SUS e saúde suplementar. Nota técnica nº 3. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2020.
 54. Viacava F, Oliveira RAD de, Carvalho C de C, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Cien Saude Colet. 2018 Jun;23(6):1751–62.
 55. Porto SM, Ugá MAD, Moreira R da S. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998-2008. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 Sep;16(9):3795–806. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000015&lng=pt&tlng=pt
 56. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Carência - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. [cited 2021 Feb 4]. Available from: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/carencia>
 57. Araújo ÂA da S, Silva JRS. Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar

- no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 Aug;23(8):2763–70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802763&lng=pt&tlng=pt
58. Daros RF, Da Silveira Gomes R, Da Silva FH, Lopes TC. A satisfação do beneficiário da saúde: Suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. *Physis*. 2016;26(2):525–47.
 59. Giovanella L, Bousquat A, Almeida PF de, Melo EA, Medina MG, Aquino R, et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? *Cad Saude Publica*. 2019;35(10).
 60. Vidal TB, Rocha SA, Harzheim E, Hauser L, Tesser CD. Scheduling models and primary health care quality: A multilevel and cross-sectional study. *Rev Saude Publica*. 2019;53:1–10.
 61. Lussier M-T, Richard C. Communication tips. Time flies: patients' perceptions of consultation length and actual duration. *Can Fam Physician* [Internet]. 2007 Jan;53(1):46–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17872608>
 62. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: A systematic review. *Br J Gen Pract*. 2002;52(485):1012–20.
 63. Lemon TI, Smith RH. Consultation content not consultation length improves patient satisfaction. *J Fam Med Prim Care*. 2014;3(4):333.
 64. Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. *Br J Gen Pract*. 2002;52(485):1004–6.
 65. Deveugele M, Derese A, Brink-muinen A Van Den, Bensing J, Maeseneer J De. Primary care study in six European countries. *Prim Care* [Internet]. 2002;325(7362):1–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=119444&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 66. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*. 2017;7(10):e017902.
 67. Elmore N, Burt J, Abel G, Maratos FA, Montague J, Campbell J, et al.

- Investigating the relationship between consultation length and patient experience: A cross-sectional study in primary care. *Br J Gen Pract.* 2016;66(653):e896–903.
68. Morrell DC, Evans ME, Morris RW, Roland MO. The “five minute” consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. *BMJ [Internet].* 1986 Mar 29;292(6524):870–3. Available from: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.292.6524.870>
 69. Wilson AD, Childs S, Gonçalves-Bradley DC, Irving GJ. Interventions to increase or decrease the length of primary care physicians’ consultation. *Cochrane database Syst Rev.* 2016 Aug 25;(8):CD003540.
 70. Shilling V, Jenkins V, Fallowfield L. Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: can communication skills training for clinicians improve satisfaction? *Psychooncology.* 2003 Sep;12(6):599–611.
 71. Jefferson L, Bloor K, Birks Y, Hewitt C, Bland M. Effect of physicians’ gender on communication and consultation length: A systematic review and meta-analysis. *J Heal Serv Res Policy [Internet].* 2013;18(4):242–8. Available from: <https://doi.org/10.1177/1355819613486465>
 72. Valverde Bolívar FJ, Pedregal González M, Moreno Martos H, Cózar García I, Torío Durántez J. Communication with patients and the duration of family medicine consultations. *Aten Primaria.* 2018;50(10):621–8.
 73. Britt HC, Valenti L, Miller GC. Determinants of consultation length in Australian general practice. *Med J Aust [Internet].* 2005 Jul 18;183(2):68–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16022609>
 74. Hutton C, Gunn J. Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2007;7.
 75. Andersson SO, Ferry S, Mattsson B. Factors associated with consultation length and characteristics of short and long consultations. *Scand J Prim Health Care.* 1993;11(1):61–7.
 76. Stirling AM, Wilson P, McConnachie A. Deprivation, psychological distress, and consultation length in general practice. *Br J Gen Pract.* 2001;51(467):456–60.
 77. Tudor Hart J. The inverse care Law. *Lancet [Internet].* 1971

- Feb;297(7696):405–12. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067367192410X>
78. Megale, Luiz; Gontijo EMJ. Estudantes de Medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex). Rev Bras Educ Med. 2009;33(2):166–75.
 79. Paterson R. The good doctor: what patients want. Auckland: Auckland University Press; 2012.
 80. Irvine D. Patients, professionalism, and revalidation. BMJ [Internet]. 2005 May 28;330(7502):1265–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15920132>
 81. Arora S, Thornton K, Komaromy M, Kalishman S, Katzman J, Duhigg D. Demonopolizing medical knowledge. Acad Med. 2014;89(1):30–2.
 82. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002 Jan;287(2):226–35.
 83. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. N Engl J Med. 2003;348(26):2635–45.
 84. Brouwers M, Custers J, Bazelmans E, Van Weel C, Laan R, Van Weel-Baumgarten E. Assessment of medical students' integrated clinical communication skills: Development of a tailor-made assessment tool. BMC Med Educ. 2019;19(1):1–10.
 85. Sandler G. The importance of the history in the medical clinic and the cost of unnecessary tests. Am Heart J. 1980 Dec;100(6 Pt 1):928–31.
 86. Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, Prichard JS, Seymour C. Relative Contributions of History-taking, Physical Examination, and Laboratory Investigation to Diagnosis and Management of Medical Outpatients. Br Med J. 1975;2(5969):486–9.
 87. Kidd J, Patel V, Peile E, Carter Y. Clinical and communication skills. BMJ [Internet]. 2005 Feb 19;330(7488):374–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15718516>
 88. Sabate E. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. Geneva: WHO; 2003.
 89. Leung J, Baker EA, Kim AHJ. Exploring intentional medication non-adherence in patients with systemic lupus erythematosus: the role of physician–patient interactions. Rheumatol Adv Pract. 2021;5(1):1–9.

90. Steiner JF, Earnest MA. The Language of Medication-Taking. *Ann Intern Med* [Internet]. 2000 Jun 6;132(11):926. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-132-11-200006060-00026>
91. Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc*. 2011;86(4):304–14.
92. Cooper LA, Roter DL, Carson KA, Bone LR, Larson SM, Miller ER, et al. A randomized trial to improve patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients. *J Gen Intern Med*. 2011;26(11):1297–304.
93. Zullig LL, Shaw RYJ, Shah BR, Peterson ED, Lindquist JH, Crowley MJ, et al. Patient–provider communication, self-reported medication adherence, and race in a postmyocardial infarction population. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:311–8.
94. Tavakoly Sany SB, Behzad F, Ferns G, Peyman N. Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: A randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1–10.
95. Ogedegbe GO, Boutin-Foster C, Wells MT, Allegrante JP, Isen AM, Jobe JB, et al. A randomized controlled trial of positive-affect intervention and medication adherence in hypertensive African Americans. *Arch Intern Med*. 2012;172(4):322–6.
96. Freier C, Heintze C, Herrmann WJ. Prescribing and medical non-adherence after myocardial infarction: Qualitative interviews with general practitioners in Germany. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):1–11.
97. de Oliveira-Filho AD, Morisky DE, Neves SJF, Costa FA, De Lyra DP. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: Validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. *Res Soc Adm Pharm*. 2014;10(3):554–61.
98. Haskard-Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med Care*. 2009;47(8):826–34.
99. Pearson SD, Raeke LH. Patients' trust in physicians: Many theories, few measures, and little data. *J Gen Intern Med*. 2000;15(7):509–13.

100. Gabay G. Perceived control over health, communication and patient-physician trust. *Patient Educ Couns*. 2015;98(12):1550–7.
101. Ratanawongsa N, Karter AJ, Parker MM, Lyles CR, Heisler M, Moffet HH, et al. Communication and medication refill adherence the diabetes study of Northern California. *JAMA Intern Med*. 2013;173(3):210–8.
102. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(11).
103. Goudge J, Gilson L. How can trust be investigated? Drawing lessons from past experience. *Soc Sci Med*. 2005;61(7):1439–51.
104. Gupta N, Thiele CM, Daum JI, Egbert LK, Chiang JS, Kilgore AE, et al. Building Patient-Physician Trust: A Medical Student Perspective. *Acad Med*. 2020;95(7):980–3.
105. Blendon RJ, Benson JM, Hero JO. Public Trust in Physicians — U.S. Medicine in International Perspective. *N Engl J Med*. 2014;371(17):1570–2.
106. Skinner G, Clemence M. Global trust in professions. Who do global citizens trust? 2019.
107. Kim AM, Bae J, Kang S, Kim YY, Lee JS. Patient factors that affect trust in physicians: A cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):1–8.
108. Müller E, Zill JM, Dirmaier J, Härter M, Scholl I. Assessment of trust in physician: A systematic review of measures. *PLoS One*. 2014;9(9).
109. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract*. 1998;47(3):213–20.
110. Thom DH. Physician behaviors that predict patient trust. *J Fam Pract*. 2001;50(4):323–8.
111. Zwingmann J, Baile WF, Schmier JW, Bernhard J, Keller M. Effects of patient-centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician in delivering a cancer diagnosis: A randomized, experimental study. *Cancer*. 2017;123(16):3167–75.
112. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, et al. Patient Trust. *Med Care* [Internet]. 2004 Nov;42(11):1049–55. Available from: <http://journals.lww.com/00005650-200411000-00003>

113. Haywood C, Lanzkron S, Ratanawongsa N, Bediako SM, Lattimer L, Powe NR, et al. The association of provider communication with trust among adults with sickle cell disease. *J Gen Intern Med*. 2010;25(6):543–8.
114. Pakdil F, Harwood TN. Patient satisfaction in a preoperative assessment clinic: an analysis using SERVQUAL dimensions. *Total Qual Manag \& Bus Excell* [Internet]. 2005;16(1):15–30. Available from: <https://doi.org/10.1080/1478336042000255622>
115. Janssen SM, Lagro-Janssen ALM. Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: A systematic review. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2012;89(2):221–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.034>
116. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Med Care Res Rev*. 2013;70(4):351–79.
117. Stockdale SE, Rose D, Darling JE, Meredith LS, Helfrich CD, Dresselhaus TR, et al. Communication among Team Members Within the Patient-centered Medical Home and Patient Satisfaction with Providers. *Med Care*. 2018;56(6):491–6.
118. Walsh S, O'Neill A, Hannigan A, Harmon D. Patient-rated physician empathy and patient satisfaction during pain clinic consultations. *Ir J Med Sci*. 2019;188(4):1379–84.
119. Christen RN, Alder J, Bitzer J. Gender differences in physicians' communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynaecological outpatient consultations. *Soc Sci Med*. 2008;66(7):1474–83.
120. Jiang S. The Relationship between Face-to-Face and Online Patient-Provider Communication: Examining the Moderating Roles of Patient Trust and Patient Satisfaction. *Health Commun* [Internet]. 2020;35(3):341–9. Available from: <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1563030>
121. Street RL, Gordon H, Haidet P. Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the

- doctor? Soc Sci Med. 2007;65(3):586–98.
122. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. Patient Educ Couns. 2007;67(3 SPEC. ISS.):315–8.
 123. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. Med Care. 1994;32(12):1216–31.
 124. Buller MK, Buller DB. Physicians' Communication Style and Patient Satisfaction. J Health Soc Behav [Internet]. 1987 Dec;28(4):375. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2136791?origin=crossref>
 125. Marmor R, Clay B, Millen M, Savides T, Longhurst C. The Impact of Physician EHR Usage on Patient Satisfaction. Appl Clin Inform [Internet]. 2018 Jan 3;09(01):011–4. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0037-1620263>
 126. Allenbaugh J, Corbelli J, Rack L, Rubio D, Spagnoletti C. A Brief Communication Curriculum Improves Resident and Nurse Communication Skills and Patient Satisfaction. J Gen Intern Med. 2019;34(7):1167–73.
 127. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. Soc Sci Med. 1995 Apr;40(7):903–18.
 128. McMillan SS, Kendall E, Sav A, King MA, Whitty JA, Kelly F, et al. Patient-centered approaches to health care: A systematic review of randomized controlled trials. Med Care Res Rev. 2013;70(6):567–96.
 129. Boissy A, Windover AK, Bokar D, Karafa M, Neuendorf K, Frankel RM, et al. Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. J Gen Intern Med. 2016;31(7):755–61.
 130. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Med Care. 1988;26(7):657–75.
 131. Williams S. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. Fam Pract [Internet]. 1998 Oct 1;15(5):480–92. Available from: <https://academic.oup.com/fampra/article-lookup/doi/10.1093/fampra/15.5.480>
 132. Karaoglu N, Pekcan S, Yilmaz S. Are Problem Based Scenarios Supporting the Positive Affect and Empathy of Medical Students?

- Procedia - Soc Behav Sci [Internet]. 2013;82:101–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.231>
133. Hooker C. Understanding empathy: why phenomenology and hermeneutics can help medical education and practice. *Med Heal Care Philos* [Internet]. 2015;18(4):541–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11019-015-9631-z>
 134. Pedersen R. Empathy development in medical education--a critical review. *Med Teach*. 2010;32(7):593–600.
 135. Hojat M. Empathy in Health Professions Education and Patient Care [Internet]. *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. Cham: Springer International Publishing; 2016. 1–450 p. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-27625-0>
 136. Hoffman ML. The contribution of empathy to justice and moral judgment. In: Eisenberg N, StrayerJ, editors. *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press; 1987. p. 47–80.
 137. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston M V. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Heal Prof*. 2004;27(3):237–51.
 138. Pedersen R. Empirical research on empathy in medicine-A critical review. *Patient Educ Couns*. 2009;76(3):307–22.
 139. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol* [Internet]. 1957 Apr;21(2):95–103. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13416422>
 140. Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med* [Internet]. 2003 Aug;18(8):670–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12911651>
 141. Sulzer SH, Feinstein NW, Wendland CL. Assessing empathy development in medical education: a systematic review. *Med Educ*. 2016 Mar;50(3):300–10.
 142. Sampaio LR, Camino CP dos S, Roazzi A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicol Ciência e Profissão*. 2009;29(2):212–27.
 143. Koller SH, Camino C, Ribeiro J. Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. *Estud Psicol*. 2001;18(3):43–53.
 144. Hojat M, DeSantis J, Gonnella JS. Patient Perceptions of Clinician's

- Empathy. *J Patient Exp*. 2017;4(2):78–83.
145. Keulen MHF, Teunis T, Kortlever JTP, Vagner GA, Ring D, Reichel LM. Measurement of Perceived Physician Empathy in Orthopedic Patients. *J Patient Exp*. 2020;7(4):600–6.
 146. Paro HBMS, Silveira PSP, Perotta B, Gannam S, Enns SC, Giaxa RRB, et al. Empathy among medical students: Is there a relation with quality of life and burnout? *PLoS One*. 2014;9(4).
 147. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* [Internet]. 2005 Mar 2;293(9):1100–6. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.293.9.1100>
 148. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ*. 2002;36(6):522–7.
 149. Krishnasamy C, Ong SY, Loo ME, Thistlethwaite J. How does medical education affect empathy and compassion in medical students? A meta-ethnography: BEME Guide No. 57. *Med Teach* [Internet]. 2019;41(11):1220–31. Available from: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1630731>
 150. Hoffman ML. Is altruism part of human nature? *J Pers Soc Psychol*. 1981;40(1):121–37.
 151. Kline JA, Lin MP, Hall CL, Puskarich MA, Dehon E, Kuehl DR, et al. Perception of Physician Empathy Varies With Educational Level and Gender of Patients Undergoing Low-Yield Computerized Tomographic Imaging. *J Patient Exp*. 2020;7(3):386–94.
 152. Alzayer ZM, Abdulkader RS, Jeyashree K, Alseliem A. Patient-rated physicians' empathy and its determinants in Riyadh, Saudi Arabia. *J Family Community Med* [Internet]. 2019;26(3):199–205. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31572051>
 153. Bernardo MO, Cecilio-Fernandes D, Lima ARDA, Silva JF, Ceccato HD, Costa MJ, et al. Investigating the relation between self-assessment and patients' assessments of physicians-in-training empathy: A multicentric, observational, cross-sectional study in three teaching hospitals in Brazil.

- BMJ Open. 2019;9(6):1–8.
154. Pohontsch NJ, Stark A, Ehrhardt M, Kötter T, Scherer M. Influences on students' empathy in medical education: An exploratory interview study with medical students in their third and last year. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):1–9.
 155. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: preliminary psychometric data. *Croat Med J [Internet]*. 2007 Feb;48(1):81–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17309143>
 156. Bernardo MO, Cecílio-Fernandes D, Costa P, Quince TA, Costa MJ, Carvalho-Filho MA. Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. *PLoS One*. 2018;13(5):e0198488.
 157. Reichheld FF. The one number you need to grow. *Harv Bus Rev*. 2003 Dec;81(12):46–54, 124.
 158. Yan J. Good Net Promoter Score (NPS): What is it? [Internet]. QuestionPro. 2018 [cited 2019 Sep 18]. Available from: <https://www.questionpro.com/blog/nps-considered-good-net-promoter-score/>
 159. Wolraich ML, Albanese M, Stone G, Nesbitt D, Thomson E, Shymansky J, et al. Medical Communication Behavior System. An interactional analysis system for medical interactions. Vol. 24, *Medical Care*. 1986. p. 891–903.
 160. Heintzman M, Leathers DG, Parrott RL, Cairns AB. Nonverbal Rapport-Building Behaviors' Effects on Perceptions of a Supervisor. *Manag Commun Q [Internet]*. 1993 Nov 15;7(2):181–208. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0893318993007002003>
 161. Caris-Verhallen WM, Kerkstra A, Bensing JM. Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *J Adv Nurs [Internet]*. 1999 Apr;29(4):808–18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10215971>
 162. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med [Internet]*. 2016;15(2):155–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>

163. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77–101.
164. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* [Internet]. 2nd ed. New York: Routledge; 1988. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/9780203771587>
165. Hesse C, Rauscher EA. The Relationships Between Doctor-Patient Affectionate Communication and Patient Perceptions and Outcomes. *Health Commun.* 2019;34(8):881–91.
166. Floyd K. *Communicating affection: Interpersonal behavior and social context.* Cambridge, England: Cambridge University Press; 2006. 222 p.
167. Carter WB, Inui TS, Kukull WA, Haigh VH. Outcome-Based Doctor-Patient Interaction Analysis. *Med Care* [Internet]. 1982 Jun;20(6):550–66. Available from: <http://journals.lww.com/00005650-198206000-00002>
168. Roter DL. Patient Participation in the Patient-Provider Interaction: The Effects of Patient Question Asking on the Quality of Interaction, Satisfaction and Compliance. *Health Educ Monogr* [Internet]. 1977 Dec 4;5(4):281–315. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019817700500402>
169. Venetis MK, Robinson JD, Kearney T. Consulting with a surgeon before breast cancer surgery: Patient question asking and satisfaction. *J Health Commun.* 2013;18(8):943–59.
170. Brown RF, Butow PN, Dunn SM, Tattersall MHN. Promoting patient participation and shortening cancer consultations: a randomised trial. *Br J Cancer* [Internet]. 2001 Nov 30;85(9):1273–9. Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1054/bjoc.2001.2073>
171. Kinnersley P, Edwards A, Hood K, Ryan R, Prout H, Cadbury N, et al. Interventions before consultations to help patients address their information needs by encouraging question asking: systematic review. *BMJ* [Internet]. 2008 Jul 16;337(jul16 1):a485–a485. Available from: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.a485>
172. Harrington J, Noble LM, Newman SP. Improving patients' communication with doctors: A systematic review of intervention studies. *Patient Educ Couns.* 2004;52(1):7–16.
173. Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: How difficulties in

- recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1999;77(6):1121–34. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.77.6.1121>
174. Marx K. *O Capital: Crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital*. São Paulo: Boitempo; 2013.
 175. Antunes R. *Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 6. São Paulo: Boitempo; 2002. 135–165 p.
 176. Campos CFC, Fígaro R. A Relação Médico-Paciente vista sob o Olhar da Comunicação e Trabalho [The medical-patient relationship under the light of communication and work]. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [Internet]. 2021 Apr 1;16(43):2352. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2352>
 177. Colliver JA, Swartz MH, Robbs RS, Cohen DS. Relationship between clinical competence and interpersonal and communication skills in standardized-patient assessment. *Acad Med*. 1999;74(3):271–4.
 178. Woods B, Byrne A, Bodger O. The effect of multitasking on the communication skill and clinical skills of medical students. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):1–7.
 179. Maguire P. Assessing clinical competence. *BMJ* [Internet]. 1989 Jan 7;298(6665):4–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2492852>
 180. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter? *Milbank Q*. 2001;79(4):613–39.
 181. Goldzweig G, Abramovitch A, Brenner B, Perry S, Peretz T, Baider L. Expectations and Level of Satisfaction of Patients and Their Physicians: Concordance and Discrepancies. *Psychosomatics* [Internet]. 2015;56(5):521–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2014.10.001>
 182. Waljee JF, Hu ES, Newman LA, Alderman AK. Correlates of patient satisfaction and provider trust after breast-conserving surgery. *Cancer* [Internet]. 2008 Apr 15;112(8):1679–87. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/cncr.23351>
 183. Bin Sheeha B, Williams A, Johnson DS, Granat M, Jones R. Patients'

- experiences and satisfaction at one year following primary total knee arthroplasty: A focus-group discussion. *Musculoskeletal Care* [Internet]. 2020 Dec 27;18(4):434–49. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/msc.1478>
184. Lin HY, Hasegawa H, Mundil N, Samuel M, Ashkan K. Patients' Expectations and Satisfaction in Subthalamic Nucleus Deep Brain Stimulation for Parkinson Disease: 6-Year Follow-up. *World Neurosurg*. 2019;121:e654–60.
 185. McKinley RK, Stevenson K, Adams S, Manku-Scott TK. Meeting patient expectations of care: The major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care? *Fam Pract*. 2002;19(4):333–8.
 186. Ng JHY, Luk BHK. Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient Educ Couns*. 2019;102(4):790–6.
 187. Huynh HP, Dicke-Bohmann A. Humble doctors, healthy patients? Exploring the relationships between clinician humility and patient satisfaction, trust, and health status. *Patient Educ Couns*. 2020;103(1):173–9.
 188. Trowbridge RE, Pearson R. Impact of military physician rank and appearance on patient perceptions of clinical competency in a primary care setting. *Mil Med*. 2013;178(9):994–1001.
 189. Betancourt JR. Perception is Reality, and Reality Drives Perception: No Time to Celebrate Yet. *J Gen Intern Med*. 2018;33(3):241–2.
 190. Lins RS de M, Suassuna CF, Duarte M de S, Cavalcanti LL. Avaliação da satisfação das pacientes submetidas à cesariana em um hospital terciário do Recife-PE [Internet]. Faculdade Pernambucana de Saúde; 2016. Available from: <http://tcc.fps.edu.br:80/jspui/handle/fpsrepo/738>
 191. Alelign A, Belay YA. Patient satisfaction with clinical laboratory services and associated factors among adult patients attending outpatient departments at Debre Markos referral hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2019;12(1):1–6.
 192. Mulisa T, Tessema F, Merga H. Patients' satisfaction towards radiological service and associated factors in Hawassa University Teaching and referral hospital, Southern Ethiopia. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):1–11.

193. Doubova S V., Infante-Castañeda C, Roder-Dewan S, Pérez-Cuevas R. User experience and satisfaction with specialty consultations and surgical care in secondary and tertiary level hospitals in Mexico. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):1–15.
194. Obi IE, Ndu AC, Agu KA, Omotowo BI, Agunwa CC, Idoko AC. Patient satisfaction with services at a tertiary hospital in south-east Nigeria. *Malawi Med J.* 2018;30(4):270–5.
195. Zemni I, Safer M, Khelil M, Kacem M, Zoghlami C, Ben Abdelaziz A. Patient satisfaction in a tertiary care center (Tunisia, 2015-2016). *Tunis Med* [Internet]. 2016;96(10–11):737–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30746667>
196. Biondi EA, Hall M, Leonard MS, Pirraglia PA, Alverson BK. Association between resource utilization and patient satisfaction at a tertiary care medical center. *J Hosp Med.* 2016;11(11):785–91.
197. Mosadeghrad AM. Patient choice of a hospital: Implications for health policy and management. *Int J Health Care Qual Assur.* 2014;27(2):152–64.
198. Li Y, Gong W, Kong X, Mueller O, Lu G. Factors associated with outpatient satisfaction in tertiary hospitals in China: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(19):1–29.
199. Hu L, Zhou BP, Liu S, Wang Z, Liu Y. Outpatient satisfaction with tertiary hospitals in China: The role of sociodemographic characteristics. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(19).
200. Hu LL, Ding H, Liu S, Wang Z, Hu G, Liu Y. Influence of patient and hospital characteristics on inpatient satisfaction in China's tertiary hospitals: A cross-sectional study. *Heal Expect.* 2020;23(1):115–24.
201. Esguerra R, Toro J, Ospina JM, Porras A, Díaz C, Reyes S. The transition to a teaching hospital: Patient satisfaction before and after the introduction of medical students. *Med Teach.* 2014;36(8):710–4.
202. Silva FJCP da, Meneguetti MG, Araújo TR de, Andrade JS de, Gabriel CS, Laus AM. Grau de satisfação dos usuários de um hospital universitário: a influência da presença de alunos. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2019;53:1–7.
203. Kupersmith J. Quality of care in teaching hospitals: A literature review.

- Acad Med. 2005;80(5):458–66.
204. Messina DJ, Scotti DJ, Driscoll AE, Ganey R, Zipp GP. The relationship between patient satisfaction and inpatient admissions across teaching and nonteaching hospitals. *J Healthc Manag.* 2009;54(3):177–89.
 205. McCullough LB, Coverdale JH, Chervenak FA. Trustworthiness and Professionalism in Academic Medicine. *Acad Med.* 2020;95(6):828–32.
 206. Snowdon DA, Leggat SG, Taylor NF. Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):1–11.
 207. Wen J, Schulman KA. Can team-based care improve patient satisfaction? A systematic review of randomized controlled trials. *PLoS One.* 2014;9(7):1–9.
 208. Reid M, Lee A, Urbach DR, Kuziemy C, Hameed M, Moloo H, et al. Shared care in surgery: Practical considerations for surgical leaders. *Healthc Manag Forum.* 2021;34(2):77–80.
 209. Meterko M, Mohr DC, Young GJ. Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Med Care.* 2004;42(5):492–8.
 210. Mishra A. ‘Trust and teamwork matter’: Community health workers’ experiences in integrated service delivery in India. *Glob Public Health* [Internet]. 2014;9(8):960–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2014.934877>
 211. 50% dos brasileiros são católicos, 31%, evangélicos e 10% não têm religião, diz Datafolha. G1 [Internet]. 2020 Jan 13 [cited 2021 May 14]; Available from: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/01/13/50percent-dos-brasileiros-sao-catolicos-31percent-evangelicos-e-10percent-nao-tem-religiao-diz-datafolha.shtml>
 212. Lucchetti G, Almeida LGC de, Granero AL. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *J Bras Nefrol* [Internet]. 2010 Mar;32(1):128–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21448531>
 213. Uhelski ACR, Sheikh MM, Panda M, Qayyum R. Spirituality and satisfaction with physicians among hospitalized patients. *J Health Care*

- Chaplain [Internet]. 2020;0(0):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1080/08854726.2020.1727601>
214. Marin DB, Sharma V, Sosunov E, Egorova N, Goldstein R, Handzo GF. Relationship Between Chaplain Visits and Patient Satisfaction. *J Health Care Chaplain*. 2015;21(1):14–24.
 215. Coats H, Downey L, Sharma RK, Curtis JR, Engelberg RA. Quality of Communication and Trust in Patients With Serious Illness: An Exploratory Study of the Relationships of Race/Ethnicity, Socioeconomic Status, and Religiosity. *J Pain Symptom Manage*. 2018 Oct;56(4):530-540.e6.
 216. Taylor D, Mulekar MS, Luterman A, Meyer FN, Richards WO, Rodning CB. Spirituality within the patient-surgeon relationship. *J Surg Educ* [Internet]. 2011;68(1):36–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2010.08.007>
 217. Ventres W, Dharamsi S. Beyond religion and spirituality: Faith in the study and practice of medicine. *Perspect Biol Med*. 2013;56(3):352–61.
 218. Lynn B, Yoo GJ, Levine EG. “Trust in the Lord”: Religious and Spiritual Practices of African American Breast Cancer Survivors. *J Relig Health*. 2014;53(6):1706–16.

Apêndice

A Relação Médico-Paciente vista sob o Olhar da Comunicação e Trabalho

The medical-patient relationship under the light of communication and work

La Relación Médico-Paciente vista bajo la mirada de la comunicación y el trabajo

Carlos Frederico Confort Campos¹ , Roseli Fígaro²

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

² Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo.

Resumo

Introdução: Uma relação médico-paciente adequada é fundamental para melhorar a saúde do paciente. Essa relação sofre influência negativa devida à dificuldade no uso de habilidades de comunicação, especialmente por parte dos médicos. **Objetivo:** Propor um novo olhar sobre esta questão, analisando-a sob a luz da abordagem das ciências da comunicação e da interação trabalho-comunicação. **Métodos:** Ensaio teórico elaborado a partir da transposição de alguns conceitos discutidos pela Ciências da Comunicação para a área da saúde. Os tópicos discutidos são: problema de paradigma da comunicação na relação médico-paciente; análise da consulta pela perspectiva do Materialismo histórico; aplicação da teoria da Ação Comunicativa de Habermas na área da saúde; aporte dos estudos de recepção, entendendo a consulta como mediação e trabalho; e a contribuição da Ergologia na construção de um paralelo com o Método Clínico Centrado na Pessoa. **Conclusão:** A conscientização e a incorporação das contribuições das Ciências da Comunicação para a comunicação médico-paciente pela área médica permitirão melhorar a interação terapêutica entre as duas partes.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde; Relações Médico-Paciente.

Como citar: Campos C F C, Fígaro R.A Relação Médico-Paciente vista sob o Olhar da Comunicação e Trabalho. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2352. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2352](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2352)

Autor correspondente:
Carlos Frederico Confort Campos.
E-mail: cafred@gmail.com
Fonte de financiamento:
declaram não haver.
Parecer CEP:
não se aplica
Procedência:
não encomendado.
Recebido em: 19/01/2020.
Aprovado em: 24/12/2020.
Editor Associado:
Luciana Tricai Cavallini.

Abstract

Introduction: An appropriate doctor-patient relationship is essential to improve the patient's health. It is negatively influenced by the difficulty in using communication skills, especially by doctors. **Purpose:** To propose a new look on this issue, analyzing it under the light of the communication sciences approach and work-communication interaction. **Methods:** Theoretical essay elaborated through the transposition of some topics discussed by the communication sciences to the health area. The topics discussed are: communication paradigm problem in the doctor-patient relationship; analysis of the consultation from the Historical Materialistic perspective; application of Habermas' Communicative Action theory in the health area; input from reception studies, understanding consultation as mediation and work relations; contribution of Ergology, by building a parallel with the Person-Centered Clinical Method. **Conclusion:** The awareness and incorporation of the communication sciences contributions about doctor-patient communication by the medical area will allow to improve the therapeutic interaction between the two parties.

Keywords: Health Communication; Physician-Patient Relations.

Resumen

Introducción: una relación médico-paciente adecuada es esencial para mejorar la salud del paciente. Ella está influenciada negativamente por la dificultad en el uso de habilidades de comunicación, especialmente por parte de los médicos. **Objetivo:** Proponer una nueva mirada sobre este tema, analizándolo a la luz del enfoque de las ciencias de la comunicación y la interacción trabajo-comunicación. **Métodos:** ensayo teórico elaborado a través de la transposición de algunos conceptos discutidos por las ciencias de la comunicación para el área de la salud. Los temas discutidos son: problema de paradigma de comunicación en la relación médico-paciente; análisis de la consulta desde la perspectiva del materialismo histórico; aplicación de la teoría de la acción comunicativa de Habermas en el área de la salud; aportes de los estudios de recepción, entendiendo la consulta como mediación y trabajo; contribución de la ergología, al construir un paralelo con el método clínico centrado en la persona. **Conclusión:** La conciencia e incorporación de las contribuciones de las ciencias de la comunicación en la comunicación médico-paciente por parte del área médica permitirán mejorar la interacción terapéutica entre las dos partes.

Palabras clave: Comunicación en Salud; Relaciones Médico-Paciente.

INTRODUÇÃO

O principal objetivo de um atendimento médico é que a pessoa que o recebe tenha algum benefício para a sua saúde. Isto pode ocorrer de diversas maneiras, por meio de medicações, orientações (sejam elas preventivas ou terapêuticas) ou esclarecimentos de dúvidas. Para que qualquer uma dessas ações ocorra, é necessário que exista alguma forma de relação médico-paciente¹.

A relação médico-paciente se dá através da interação entre as duas partes², que ocorre naturalmente por meio de uma interação comunicativa entre seus participantes, quando se trata de duas pessoas racionais e dotadas de linguagem. Mesmo quando não for este o caso, haverá sempre uma figura intermediária – como um cuidador – que poderá estabelecer esta relação comunicativa.

Essa relação tem sido alvo de críticas recentemente, pois problemas de falta de entendimento por ambas as partes surgem com frequência. É comum médicos se queixarem que pacientes não sabem dizer o que têm ou não “obedecem” às orientações, independentemente das características sociais destes. Pacientes esperam que seus médicos tenham uma comunicação adequada³ e costumam se queixar de que seus médicos não os ouviram ou que não entenderam o problema que têm⁴.

A fim de sanar esta situação, há recentemente um maior investimento em habilidades de comunicação, no contexto de processos de formação médica, inclusive como parte integrante das Diretrizes Curriculares Nacionais da graduação em Medicina⁵. Essa discussão passa por aspectos de conteúdo de comunicação – sobre o que se fala –, mas também sobre os processos comunicativos – sobre como se fala –, focando na

relação médico-paciente. No entanto, está discussão fica restrita à área de saúde e há escassa literatura de como essas questões podem ser abordadas entendendo-se a relação médico-paciente sob o ponto de vista das ciências da comunicação.

A medicina é uma ciência que tem sua origem nas ciências naturais e, apesar de, obviamente, ter a relação entre médico e paciente como um de seus focos, não tem em sua base o arcabouço teórico necessário para discutir mais profundamente o aspecto da comunicação. Sua integração com as ciências da comunicação, de origem nas ciências sociais, permite novos olhares para a questão da comunicação no âmbito da consulta médica.

Dentre eles, destaca-se a associação entre comunicação e relações de trabalho, já que a relação entre médico e paciente é sim uma relação de trabalho, e como tal, alguns fatores se colocam de modo que tal situação não pode ser entendida como uma relação comum entre duas pessoas.

O objetivo deste artigo é a observação da relação terapêutica médico-paciente sob o ponto de vista das ciências da comunicação e também, sob o ponto de vista da interação comunicação e trabalho.

As seguintes abordagens serão utilizadas: problemas do paradigma da comunicação na saúde; perspectiva do Materialismo histórico na relação médico-paciente; aplicação da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas na consulta; aporte dos estudos de recepção: a consulta médica como mediação e como trabalho e, por fim, as contribuições da Ergologia na área médica.

PROBLEMAS DO PARADIGMA DA COMUNICAÇÃO NA SAÚDE

A comunicação médico-paciente, quando formalmente ensinada nos processos de formação médica (seja graduação, residência ou formação médica continuada) deve seguir um paradigma de comunicação. Na definição de Thomas Kuhn⁶, paradigmas são orientações teóricas amplas cuja influência é forte o suficiente para que seja difundida em uma comunidade de estudiosos, moldando suas pesquisas, teorias e práticas. Na maioria das situações, no entanto, este elemento essencial não está claro nem para quem ensina nem para quem aprende.

O paradigma de comunicação mais conhecido é o proveniente da teoria matemática de Shannon e Weaver⁷. Esta teoria linear da comunicação propõe a transmissão de uma mensagem codificada por um emissor através de um canal, até chegar no seu receptor, onde será decodificada. Sua simplicidade para explicar o fenômeno comunicativo justifica o porquê de sua notoriedade⁸, mas não permite compreender o processo de forma completa.

Apesar de ser o mais conhecido, não é o mais utilizado na prática da educação na área de saúde. O paradigma subjacente mais utilizado é o da teoria hipodérmica da comunicação. Este é proveniente das correntes funcionalistas das ciências da comunicação, que são fruto de contribuições das ciências naturais associadas às discussões da teoria dos sistemas⁹.

Desenvolvida por Lasswell¹⁰, a teoria diz que realizando atos comunicativos devidamente pensados e preparados, ao entrar em contato com o paciente, eles gerarão exatamente o efeito esperado – da mesma forma que uma substância veiculada em uma agulha hipodérmica gera na pessoa inoculada. Assim, médicos são formados para fazerem perguntas e formularem orientações ou prescrições, de modo que seus atos de fala gerem como reações justamente as respostas que esperam às suas perguntas e entendimentos plenos de suas orientações e prescrições da parte de seus pacientes.

Baseada na teoria da sociedade de massas e com contribuições fortes das linhas behavioristas, propõe que os atos comunicativos sejam causa única e suficiente para as ocorrências das reações esperadas, já que entende que os indivíduos são indiferenciados, passivos e expostos ao meio.

O conceito, cujo nome ironicamente provém das ciências da saúde, quando é extrapolado para o espaço da consulta médica, traz duas falhas importantes que não permitem explicar totalmente o processo comunicativo deste encontro.

A primeira questão é o fato de ignorar que o receptor da mensagem tenha algum efeito sobre o entendimento dela. Mesmo a simplista teoria matemática entende que a mensagem precisa ser decodificada ao chegar no receptor; e essa decodificação depende de fatores inerentes a esse ente.

Ainda nessa questão, o ensino médico neste tema é voltado para o fato de que o médico, por “saber mais que o paciente” deve orientá-lo de tal forma que o conteúdo do seu discurso chegue no paciente de maneira a produzir o efeito desejado. Isto leva à preocupante escassez de situações em que aquilo que o paciente pensa, deseja ou mesmo traz como “bagagem pessoal” - como sua experiência de vida geral, bem com suas vivências com seu problema de saúde - é levado em consideração.

Ao desconsiderar a pergunta “para quem?”, proposta pelo próprio Lasswell em outra discussão¹¹, os profissionais incorrem no mesmo erro da teoria: ignoram que a pessoa que recebe a mensagem tem grande influência sobre qual efeito ela gerará. E, enquanto esta falha de princípio não for corrigida, através de um olhar mais direcionado ao paciente, “convidando-o” a participar deste processo, nunca saberemos qual tipo de efeito será gerado por uma orientação ou prescrição.

Outra questão importante - e talvez ainda pior - é a ausência de clareza de que haja qualquer paradigma sendo seguido. Esta questão é bastante significativa, pois é preciso ter, no mínimo, consciência da forma como as coisas estão sendo feitas, para que haja alguma possibilidade de modificar essa realidade.

O ensino de comunicação nas formações médicas é, habitualmente, bem restrito, voltado para diretrizes de perguntas a serem feitas, focando em habilidades de conteúdo e ignorando habilidades processuais de comunicação. Há, portanto, uma necessidade premente de voltarmos às bases que as ciências da comunicação nos dão para podermos entender o que profissionais compreendem por comunicação e o que está sendo ensinado aos alunos. Ao identificarmos esse problema, podemos tentar definir qual paradigma melhor se aplica à comunicação médico-paciente para, enfim, podermos propor alguma mudança que permita que a medicina “avance” junto às ciências da comunicação¹² na sua visão deste encontro.

PERSPECTIVA DO MATERIALISMO HISTÓRICO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A proposta marxiana entende o trabalho como categoria central para poder se observar a evolução das sociedades¹³ e também ajuda a refletir sobre a comunicação médico-paciente.

Sob a óptica de que a relação entre as classes organiza a sociedade em sua forma econômica, social e cultural, entende-se que a relação médico-paciente pode ser afetada pela polarização advinda de posições diferentes de classes sociais. O momento da consulta é um espaço emoldurado pelas condições sociais e econômicas mais gerais que expõe as pessoas, muitas vezes, em situação de classes sociais diferentes. É corrente a percepção de que o médico, como um profissional formado em curso superior,

pertence a setores de classe que mais se identificam com a classe dominante. Muitas vezes, essa é a própria concepção que o profissional tem de si em relação às classes populares. Nesse jogo de posições contrárias, cria-se a polarização dominante-subalterno, abrindo conflitos que impedem o bom desempenho para a saúde do paciente. Do ponto de vista linguístico esse jogo de dominante-subalterno está expresso no enunciado 'paciente', aquele que não tem condição de ação; aquele que não está em posição de saber fazer algo.

No serviço público de saúde, ao qual recorrem as camadas mais pobres da população, essa polarização de papéis de classes diferentes se mostra de maneira mais radical. Este encontro pode gerar um tensionamento - não necessariamente ruim - entre as partes que, por terem origens diferentes, imaginam que teriam objetivos diferentes naquele espaço.

No entanto, a questão da arena de luta de classes é mais generalizada. A materialidade dessas posições contraditórias extrapola as relações particulares e interpessoais, para se manifestar, por exemplo, na língua, no estilo, no consumo etc. No espaço e no momento da consulta médica, essas contradições da arena da luta de classes também podem se manifestar na postura e nas escolhas verbais do profissional para se dirigir ao outro sujeito que procura ajuda para sua saúde. Desse modo, a comunicação interpessoal em situação de consulta médica deve ser problematizada pelo profissional de maneira a modalizar as diferenças para cumprir o objetivo: cuidar da saúde do ser que precisa de cuidados.

É importante definir que o capitalista, como a figura que detém ou controla os meios de produção, é alguém que explora a força de trabalho alheia e não precisa dispor da própria força de trabalho para sobreviver. Mas, a maioria de médicos e de pacientes é "vendedor" de força de trabalho. Portanto, como trabalhadores que valorizam direta ou indiretamente o capital, mesmo ocupando posições diferentes, também fazem parte da mesma classe, a classe-que-vive-do-trabalho¹⁴. No entanto, para muitos profissionais médicos essa percepção é inalcançável e identificam-se mais com o detentor do capital do que com aqueles que são seus iguais: trabalhadores. Essa percepção inadequada sobre o próprio trabalho é um traço característico do trabalho humano explorado: a alienação¹⁵.

Assim, não se trata de perceber a consulta como uma luta de classes, pois essa luta se manifesta no âmbito do poder e da exploração do trabalho de forma mais geral. A relação médico-paciente está emoldurada pelo contexto da luta de classes, mas ela em si, não é manifestação da luta de classes. Pelo contrário, pode ser um passo mais próximo da emancipação social, visto que as classes oprimidas podem modificar o *status quo* social¹⁶ e buscar acabar com opressões, discriminações e desigualdades no acesso a e no trato da saúde, cuidando melhor de todas as pessoas.

Outra perspectiva importante vinda do Materialismo histórico é a de que as contradições e as lutas entre as classes são o movimento da história, cujas mudanças sociais trazem sempre consigo uma nova classe dominante (que antes era oprimida), que, por sua vez, modifica o modo de vida da sociedade (o modo de produção). As transformações trazem avanços civilizatórios, respaldados no reconhecimento dos direitos humanos, sobretudo, o direito à vida.

Essas mudanças sociais sucessivas levaram à modificação da relação médico-paciente. Esta deixou de ser uma relação extremamente hierarquizada, em que o médico era entendido como alguém muito superior, quase inatingível, para ser uma relação mais próxima e horizontalizada. Talvez essa proximidade não seja possível de ocorrer na relação mais comercial entre cliente e fornecedor, quando os interesses

comerciais suplantam o dever da prestação de um serviço. Esses são casos relatados na literatura sobretudo no setor do serviço privado e empresarial de saúde.

Por outro lado, há a defesa de que o avanço do capitalismo nas áreas mais privadas da vida transforma cidadãos em consumidores. Este *status* de consumidor⁸ daria maior poder ao paciente, como pagante do serviço prestado, e criaria a demanda por uma melhor comunicação por parte do médico e por melhor entendimento das necessidades da saúde do cliente. Nessa situação, o paciente deixa de ser passivo para ser cliente. O cliente tem sempre razão e paga pela mercadoria serviço de saúde. Essa compreensão revela que não se dá a empatia entre iguais, mas inverte-se as posições, visto que o médico passa a ser prestador de serviço do pagante, momentaneamente, “patrão”. Mudam-se as regras postas do jogo comunicacional, obrigando os “jogadores”, em especial, os médicos a mudarem suas estratégias, já que agora necessitam “fidelizar seus “clientes”, a fim de poderem se manter prestando seu serviço.

Portanto, a abordagem da comunicação entre médico e paciente na perspectiva marxiana exige a contextualização do evento consulta, extrapolando a situação enunciativa médico-paciente. Exige identificar as imbricações econômicas, sociais e culturais que perpassam a situação enunciativa do momento da consulta. Assim, a comunicação é muito mais complexa do que o simples ato de transmissão de informação. A troca linguística não pode ser limitada à estrutura da língua e nem mesmo ao jogo dos interesses individuais. Há condicionantes mais amplos e estruturais que perpassam os processos comunicacionais.

APLICAÇÃO DA TEORIA DA AÇÃO COMUNICATIVA DE HABERMAS NA CONSULTA

A Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas (1981) foi uma das primeiras teorias propostas de forma estruturada sobre a comunicação. Para além de uma teoria sobre comunicação, o autor diz tratar-se também de uma teoria da sociedade¹⁷; porém, como ele mesmo coloca, trata mais de procedimentos do que de fatos reais¹⁸.

De acordo com essa teoria, as pessoas interagem por atos comunicativos que visam o entendimento mútuo, tendo por base um universo simbólico compartilhado, chamado “mundo da vida”. Este entendimento é alcançado através de argumentações, por meio das quais cada um dos participantes tem igual possibilidade de emitir seus argumentos em um ambiente livre de coerções externas (exceto pela do melhor argumento)¹⁹ de tal forma que ambos assumem um lugar ideal de fala. Este lugar ideal advém da ideia de que, os participantes dessa argumentação compartilham a mesma linguagem, a mesma língua, na mesma situação de fala e, nesse contexto, se entenderão de forma natural²⁰.

Assim, podemos imaginar que durante a interação entre médicos e pacientes, a meta de entendimento naturalmente se concretize dado que ambos compartilham do mesmo “mundo da vida” e são capazes de emitir seus argumentos livremente a partir de seus lugares ideais de fala. O médico é o que pode prover devido seu conhecimento, e o paciente é o que relata, visto ser ele o que traz o sentido da doença.

A teoria habermasiana traz também outro elemento importante: o sujeito que participa da interação, dotado de linguagem e razão, tem poder em sua fala. Através dela, é capaz de produzir modificações em seu “mundo da vida”¹⁴, como um ser potente, capaz de realizar mudanças. A ação comunicativa racional, estruturada em situação ideal de fala e por argumentos racionais leva ao entendimento e à solução dos problemas, regula o poder e o dinheiro.

Nesse sentido, a comunicação entre médicos e pacientes ganha mais importância pois, através dela, é possível gerar mudanças no mundo compartilhado por ambos, na direção da principal meta do encontro: a saúde do paciente.

Porém, alguns pontos importantes se contrapõem à essa leitura, da teoria habermasiana aplicada a situação da consulta médica, do entendimento pleno entre ambas as partes.

Primeiramente, os participantes deste processo não partilham realmente da mesma língua, pois, embora falem, no nosso caso, o português, não se trata do “mesmo” português. Dadas diferenças regionais, de ascendências e mesmo de experiências de vidas, médicos e pacientes falam “idiomas” diferentes. São níveis de fala diferentes, configurados pela experiência cultural e social. Além disso, devido à formação técnico-biomédica dos profissionais, esses acumulam, como parte de seu vocabulário, uma série de expressões e jargões que não fazem parte da vida da população em geral. Mesmo com o uso de competência cultural²¹ atributo derivado da Atenção Primária em Saúde, muitas vezes essa barreira linguística não é transposta.

Outro aspecto é que em nenhum espaço, muito menos no da consulta médica, as pessoas estão em um ambiente livre de coerções externas, e, portanto, aptas a emitir livremente seus argumentos. Em todo o momento, recebemos influências, positivas ou negativas, do ambiente, do nosso interlocutor, da sociedade e, na consulta, da doença ou do tratamento em questão. Assim, nem médicos e nem pacientes encontram-se em lugares ideais de fala. Os constrangimentos institucionais, econômicos e do cotidiano precisam ser analisados de forma mais aprofundada antes de darmos como certa a situação ideal de fala. O sujeito que busca auxílio médico na maior parte das vezes está fragilizado pela doença de múltiplas formas: pela dor, insegurança, falta perspectiva de apoio etc.

Por fim, há uma questão, já discutida na seção de Materialismo histórico, e que precisamos retomar. Os participantes da interação em situação de comunicação não costumam - infelizmente - buscar um consenso de entendimento durante a consulta, muito embora este seria justamente o objetivo deste encontro.

Dessa forma, embora a teoria habermasiana da Ação Comunicativa não se encaixe perfeitamente como uma explicação para a interação médico-paciente, ela permite que busquemos compreender essa relação comunicativa sob uma nova perspectiva.

APORTE DOS ESTUDOS DE RECEPÇÃO: A CONSULTA MÉDICA COMO MEDIAÇÃO E COMO TRABALHO

Os estudos de recepção em comunicação ganham força na América Latina, principalmente, na segunda metade do século XX, através de diversos autores, dentre os quais se destaca Jesús Martín-Barbero²². A ideia original era observar como os meios de comunicação de massa e seus conteúdos são apropriados pelas audiências²³. Neste processo de apropriação, os sentidos são gerados diferentemente para as pessoas que recebem a informação. Esta recepção passa por contextos e lugares que contribuem para a formação de significado das experiências comunicacionais chamadas mediações²⁴. Nas palavras de Martín-Barbero, as mediações são esse “espesso espaço de crenças, costumes, sonhos, medos, tudo o que configura a cultura cotidiana”²⁵.

Dentro do universo de mediações possíveis, destaca-se o trabalho. O contexto laboral, como local em que as pessoas passam boa parte de suas vidas e que as modifica de forma importante, dando a elas boa parte do sentido da existência. O trabalho é também um 'local' privilegiado para a formação de significados. Observado sob este ponto de vista, diversos entendimentos dos processos comunicacionais podem ser depreendidos.

As ideias de recepção e mediação podem ser extrapoladas do conceito original de meios de comunicação de massa para melhor explorar a interação entre médico e paciente. Desta forma, para entendermos os sentidos gerados em situação de consulta médica, é relevante termos atenção para dois aspectos importantes.

O primeiro deles é entender que a consulta em si já é uma mediação importante. A partir de seu contexto, são produzidos uma série de significados, tanto para médicos quanto para pacientes sobre o que é dito neste espaço. Assim, aspectos como a relação entre ambos; as suas origens nos sentidos social, econômico e pessoal; os graus de conhecimento do funcionamento do corpo humano, enfim, todos estes elementos influem na produção dos significados das trocas ocorridas no tempo-espaço da consulta.

Ao desconsiderar a grande influência que se cria na situação da consulta, entendendo-a como uma conversa qualquer entre pessoas, perdem-se ricas oportunidades de melhorar o entendimento de ambas as partes sobre o que é dito. Essa falha é especialmente grave para médicos pois, ao se entenderem como possuidores de formação técnica suficiente do processo, continuam agindo como se não precisassem modificar sua atitude para com a interação.

O segundo deles é perceber que se trata de uma relação de trabalho, onde uma das pessoas está vendendo sua força de trabalho (como já discutido), independentemente de ser de uma ou outra classe econômica, e a outra está usufruindo de um serviço pelo qual pagou, não importando a forma de pagamento (seja pelo pagamento direto ao profissional, indireto por uma operadora de saúde, feito pela própria pessoa ou como benefício trabalhista ou pelo pagamento de impostos). Portanto, para melhor entendimento do processo de comunicação em situação de consulta médica é necessário buscar quais aspectos essa relação de trabalho, que traz tantos sentidos na vida das pessoas, produz para facilitar ou dificultar entendimentos entre as partes.

A área médica deve, portanto, se apropriar do conceito de mediação e dos estudos de recepção e incorporar a ideia de que contextos como a consulta e a relação de trabalho inerente a ela permitem e influenciam significativamente a produção dos sentidos de uma mensagem²⁶.

CONTRIBUIÇÕES DA ERGOLOGIA NA ÁREA MÉDICA

Por fim, ainda na interação comunicação-trabalho, é importante observar a contribuição que a Ergologia pode trazer à área médica. A Ergologia é uma abordagem que busca entender as situações de trabalho. Como abordagem teórico-prática, entende o trabalho como criação humana com e sobre o ecossistema da vida²⁷. Define que o trabalho é sempre inédito e criativo, que ele ocorre por meio da constante "renormatização" das normas, pois observa que entre o trabalho prescrito, proposto por quem define o trabalho, e o trabalho realizado, pelo trabalhador da ponta, há uma diferença. Esta diferença é o que há de humano e, portanto, inédito no trabalho²⁸. Toda a atividade humana está respaldada no ineditismo da ação, porque o sistema humano - corpo, mente, subjetividade - confronta-se todo o tempo

com o já produzido, esse encontro do já existente com a ação humana é a prova da existência da vida, e, no caso, do real do trabalho.

As normas propostas para o trabalho prescrito são importantes e balizam a sua execução, no entanto, são produzidas por quem não está com a “mão na massa”, não condizendo com o que de fato ocorre. O trabalhador, por sua vez, não tem a intenção e nem a consciência de transgredir, simplesmente busca formas viáveis de executar o seu trabalho.

Ao pensar no que a Ergologia pode acrescentar de inovador para a medicina, é importante lembrar que sua origem já vem da Ergonomia francesa e da filosofia da vida de George Canguilhem²⁷. Aportes de referência fundamentais que destacam o acúmulo de conhecimento científico da área das ciências da vida sobre o significado do trabalho, não restringindo-o à operações repetitivas e normativas. Esse aspecto mostra a relevância do pensamento científico-filosófico na área da saúde, ressignificando o próprio conceito de saúde.

Apropriando-nos da Ergologia para analisar especificamente a comunicação entre médico e paciente, é possível traçar um paralelo entre ela e o Método Clínico Centrado na Pessoa, quanto à diferença entre o prescrito e o realizado.

O método é composto por quatro componentes principais: explorando a saúde, a doença e a experiência com a doença; entendendo a pessoa como um todo; elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas e fortalecendo a relação entre a pessoa e o médico²⁹. Objetiva entender a necessidade do paciente, considerando quem é aquela pessoa, e associá-la à demanda do médico, a fim de alcançar um acordo, aceitável por ambos, em que se define um plano de ação compartilhado. Desta maneira, o que vai ocorrer não será puramente o que for prescrito pelo médico, e sim, o que for acordado entre ambos. Se não houver qualquer tipo de acordo, não será possível prever qual a atitude o paciente tomará, perdendo o aspecto terapêutico da relação.

É possível perceber que há uma raiz comum entre a Ergologia e os cuidados de saúde, dado que ambos estão preocupados com o bem-estar das pessoas. A diferença certamente se dá na óptica que ambas possuem: a Ergologia foca nos cuidados observando-os do ponto de vista do trabalho; já a saúde cuida do bem-estar do ponto de vista da saúde física e mental. Quando relacionados, observamos que ambas as abordagens buscam justamente o que há de inédito entre o que se prescreve – no trabalho ou na saúde – e o que de fato se concretiza. Este espaço, esta diferença é unicamente o fator humano. Este fator, objetivo central das duas metodologias, é o grande motivo pelo qual exercemos nossas funções: trabalho e saúde são eminentemente humanos³⁰.

Trabalho é um aspecto da saúde humana para a ergologia, pois trabalhar é estar vivo e criar. A questão que a Ergologia ajuda a problematizar é que nas condições da sociedade atual, o trabalho é sempre menosprezado. O trabalho é tido e analisado apenas como forma econômica e não como forma de criação, condição humana para a construção de sociedade.

Assim, há a necessidade de voltar nossa visão justamente para este fator humano, único e inédito, para poder cuidar melhor tanto dos trabalhadores, quando em situação de trabalho; quanto dos pacientes, quando fora da situação de trabalho, entendendo que eles não “obedecem” a prescrições e sim, tomam parte nelas, modificando-as para torná-las mais adequadas para a suas realidades.

CONCLUSÃO

Ao observar a interação comunicacional entre médicos e pacientes, temos progressivamente visto mais problemas com origem na dificuldade de entendimento que ocorre no espaço da consulta. A medicina, como ciência, pouco tem conseguido fazer para resolver essa situação. As ciências da comunicação, focadas nas interações entre humanos através das linguagens, podem trazer aportes significativos à área da saúde. Através dos olhares destas ciências sociais, é possível perceber outras possibilidades de atuação para solucionar alguns destes problemas na relação médico-paciente como: a necessidade da definição de um paradigma de comunicação médica, as contribuições trazidas pelas visões habermasiana e marxiana na comunicação com o paciente, a percepção da consulta médica como mediação e como trabalho e o paralelo entre a Ergologia e o Método Clínico Centrado na Pessoa, associando saúde e trabalho.

A associação dessas duas áreas de conhecimento permite uma mudança significativa no olhar de como se dá a comunicação médico-paciente, facilitando a construção de uma relação mais terapêutica entre estes participantes.

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesse.

Contribuição dos autores

Carlos Frederico Confort Campos: conceituação, metodologia, análise formal, escrita - primeira redação
Roseli Fígaro: validação, escrita - revisão e edição, supervisão.

REFERÊNCIAS

1. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995 Apr;40(7):903-18.
2. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992;267(16):2221-6.
3. Sofaer S, Firminger K. Patient Perceptions of the Quality of Health Services. *Annu Rev Public Health*. 2005;26(1):513-59.
4. Duffy R, Liaqat M, Heymann WR. Melanoma in-what? Patients' understanding of a diagnosis of melanoma in-situ. *Patient Educ Couns*. 2020 Jan;103(1):226.
5. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.3, CNE/ CES de 20/06/2014. *Diário Oficial da União* 2014 p. 8-11.
6. Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. 9 ed. São Paulo: Perspectiva; 2006.
7. Weaver W, Shannon C. A teoria matemática da comunicação. In: Cohn (org) G, editor. *Comunicação e indústria cultural*. 4 ed. São Paulo: Cia. Editora Nacional; 1978.
8. Ruben BD. Communication Theory and Health Communication Practice: The More Things Change, the More They Stay the Same. *Health Commun*. 2016;31(1):1-11.
9. Fígaro R. Atividade de comunicação e de trabalho. *Trab Educ e Saúde*. 2008 Jun;6(1):107-46.
10. Araújo CA. A Pesquisa norte-americana. In: *Teorias da comunicação Conceitos, escolas e tendências*. 13. ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
11. Fígaro R. Comunicação e Trabalho: binômio teórico produtivo para as pesquisas de recepção. *Mediaciones Soc*. 2009;4(1 semestre 2009):23-49.
12. Ruben BD, Gigliotti RA. An Overview of Foundational Perspectives on Communication. In: *Leadership, Communication, and Social Influence*. Emerald Publishing Limited; 2019. p. 35-54.

13. Marx K. O Capital: Crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo; 2013.
14. Antunes R. Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 6. São Paulo: Boitempo; 2002. 135–165 p.
15. Marx K, Engels F. Cultura, arte e literatura. Textos escolhidos. São Paulo: Expressão popular; 2010. 97–101 p.
16. Marx K, Engels F. A Ideologia Alemã. 1 ed. São Paulo: Boitempo; 2007.
17. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Vol I - II. Madrid: Taurus; 1999. 9–196 p.
18. Aragão LM de C. Razão comunicativa e teoria social crítica em J. Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1997. 27–140 p.
19. Rivera FJU, Artmann E. Inovação e agir comunicativo: Redes e tecnologias de gestão para a saúde. Cad Saude Publica. 2016;32:1–11.
20. Reese-Schäfer W. Compreender Habermas. Petrópolis: Vozes; 2009.
21. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
22. Martín-Barbero J. Ofício de cartógrafo. Travessias latino-americanas da comunicação na cultura. São Paulo: Loyola; 2004. 209–256 p.
23. Martín-Barbero J. Pistas para entre-ver meios e mediações. In: Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia. Rio de Janeiro: UFRJ; 2003.
24. Fígaro RA. Comunicação e trabalho. Estudo de recepção: o mundo do trabalho como mediação da comunicação. São Paulo: Anita Garibaldi/Fapesp; 2001. 162–244 p.
25. Martín-Barbero J, Barcelos C. Comunicação e Mediações culturais. Rev Bras Ciências da Comun. 2000;23(1):151–63.
26. Fígaro R. Estudo de Recepção e Ergologia: novos desafios teórico-metodológicos. E-Compós. 2010 Feb 11;12(3).
27. Schwartz Y, Durrive L. Trabalho & Ergologia. Rio de Janeiro: Eduff; 2008. 47–82 p.
28. Entrevista: Yves Schwartz. Trab Educ e Saúde. 2006 Sep;4(2):457–66.
29. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
30. Hennington ÉA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: Reflexões a partir da ergologia. Rev Saude Publica. 2008;42(3):555–61.