



**RITA DE CÁSSIA VIANNA DE AZEVEDO BUENO DE PAIVA**

O estudo da Informação na Relação Médico-Paciente

Tese de Doutorado  
Março de 2024



UFRJ



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO  
INSTITUTO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO

Rita de Cássia Vianna de Azevedo Bueno de Paiva

## **O estudo da Informação na Relação Médico-Paciente**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, convênio entre o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia e Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGI IBICT/ECO-UFRJ), como requisito final para obtenção do grau de Doutor em Ciência da Informação.

Linha de Pesquisa: Comunicação, Organização e Gestão da Informação e do Conhecimento.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Calmon de Almeida  
Biolchini

Rio de Janeiro

2024

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO

P149e Paiva, Rita de Cássia Vianna de Azevedo Bueno de  
O estudo da Informação na Relação Médico-Paciente / Rita de  
Cássia Vianna de Azevedo Bueno de Paiva. – 2024.  
210 f.: il. color.

Orientador: Jorge Calmon de Almeida Biolchini.  
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro,  
Escola de Comunicação - Instituto Brasileiro de Informação em  
Ciência e Tecnologia, Programa de Pós-Graduação em Ciência  
da Informação, 2024.

1. Ciência da Informação. 2. Comunicação. 3. Informação. 4.  
Relação médico-paciente. 5. Intersubjetividade. I. Biolchini, Jorge  
Calmon de Almeida, orient. II. Título.

Rita de Cássia Vianna de Azevedo Bueno de Paiva

## **O estudo da Informação na Relação Médico-Paciente**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, convênio entre o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia e Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGCI-IBICT/ECO-UFRJ), como requisito final para obtenção do grau de Doutor em Ciência da Informação.

Linha de Pesquisa: Comunicação, Organização e Gestão da Informação e do Conhecimento.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Calmon de Almeida Biolchini

Rio de Janeiro, 28 de março de 2024.

---

Prof. Dr. Jorge Calmon de Almeida Biolchini – Orientador  
PPGCI-IBICT/UFRJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosali Fernandez de Souza  
PPGCI-IBICT/UFRJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rose Marie Santini  
PPGCI-IBICT/UFRJ

---

Prof. Dr. Maurício de Assis Tostes  
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

---

Prof. Dr. Ricardo Ewbank Steffen  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

A todos aqueles que sonham e lutam por um mundo melhor. Aqueles que acreditam que podem modificar o rumo da vida com sua dedicação e amor. Aqueles que trilham rumo à perfeição, à correção de seus erros, ao autoconhecimento, à seleção natural de si mesmo. Aos animais que, com seu corpo e alma cedidos à ciência, nos permitem a realização de grandes feitos, quase tão grandes quanto sua abnegação e altruísmo. Ao cadáver desconhecido, tão nosso conhecido. À fé e à ciência, ao Gênesis e ao Big Bang, tão díspares, tão ímpares e tão únicos em sua (des) igualdade.

## AGRADECIMENTOS

Se passaram 15 anos desde minha dissertação de mestrado...Tantas coisas aconteceram que seria difícil enumerar as mais importantes pelas quais sou grata.

Agradeço a minha família...

Ao meu marido, por sempre me apoiar e caminhar ao meu lado em meus percursos e jornadas, com a gentil e amorosa habilidade de torná-las nossas,

Aos meus filhos Victor e Maria, que me inspiram a querer ser uma pessoa melhor a cada dia,

Aos meus pais, que calçaram as estradas que hoje percorro,

Aos meus irmãos pelo aprendizado de vida.

Ao Prof. Ivo Pitanguy, amigo eterno que aguçou em mim a curiosidade pela vida,

Aos meus amigos Dala, Marize, Paula, Shelley e Francesco, porque compreendi ao longo da vida, que melhores amigos são aqueles que permanecem e compartilham conosco o que têm de melhor e às vezes o que não têm.

Ao Instituto Medicina Solidária, consolidação de um ideal e aprendizado de cada dia.

Ao meu orientador, Prof. Jorge Biolchini, por ter me instigado a perseguir meu sonho e acreditado em mim.

Aos professores da banca de qualificação, Profa. Rosali Fernandes, Profa. Rose Marie Santini, Prof. Maurício Tostes e Profa. Mariângela Maia, por toda atenção dedicada e pelas relevantes contribuições.

Agradeço a oportunidade de ter adquirido o conhecimento nas diferentes dimensões da ciência da informação, que me impressionaram e modificaram como médica. Através das reflexões advindas da elaboração desta tese nos labirintos da informação, pude mergulhar na fenomenologia de mim mesma, me desconstruindo e me consolidando em uma profissional e pessoa melhor.

Espero deixar a impressão, como contribuição em resposta à minha gratidão a esta ilustre academia, de que os postulados de Foucault podem, nem sempre, representar a totalidade constitucional de nossa nobre e milenar arte de salvar vidas.

A Deus.

*“Na realidade mais profunda, além do espaço e do tempo,  
Talvez sejamos, todos, membros de um só corpo”.*

SIR JAMES JEANS

## RESUMO

PAIVA, Rita de Cássia Vianna de Azevedo Bueno de. **O estudo da informação na Relação Médico-Paciente**. 2024. 210 f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Esta pesquisa traz como questão a influência dos elementos informacionais na relação médico-paciente e sua interferência sobre a evolução da doença. Como objeto de estudo, busca analisar e interpretar a percepção de pacientes e médicos na esfera comunicacional, através da tradução do sujeito e da relação. A pesquisa tem como objetivo geral, identificar o processamento e as diferentes dimensões da informação na relação médico-paciente, e sua possível atuação sobre o resultado do tratamento. Para alcançá-lo, foram estabelecidos 4 objetivos específicos que consistiram respectivamente em: caracterizar a percepção do paciente sobre a relação médico-paciente; identificar os elementos informacionais que constituem essa percepção e que podem atuar influenciando na adesão ao tratamento e em sua efetividade; observar o processo de intersubjetividade através da análise das percepções de médicos e pacientes; analisar a possível influência negativa de percepções divergentes entre médicos e pacientes sobre o resultado do tratamento. Para alcançar os objetivos descritos, foi desenvolvido um estudo observacional, transversal, com coleta de dados, no qual foram realizadas as abordagens quantitativa e qualitativa. A pesquisa se desenvolveu a partir da aplicação de um questionário com 12 questões objetivas e 1 questão subjetiva para o paciente. Esse instrumento foi aplicado em 100 pacientes e 100 médicos, pertencentes ao ambulatório escola São Lucas, do Departamento de Medicina e Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Os resultados desta pesquisa apresentaram os elementos informacionais envolvidos na construção da percepção do paciente sobre sua relação com o médico, e sua associação com a adesão e resposta ao tratamento instituído. Foi demonstrada a predominância da percepção positiva do paciente sobre a RMP e neste contexto, as variáveis mais observadas e que contribuíram para essa percepção foram a atenção do médico, seguida pela escuta médica. Este estudo identificou os elementos comunicacionais que se associaram significativamente à adesão ao tratamento, sendo estes respectivamente a empatia do médico ( $p=0,001$ ), a confiança

no médico ( $p=0,002$ ), a compaixão ( $p=0,001$ ), a conectividade entre médicos e pacientes ( $p<0,001$ ), a capacidade comunicacional do paciente ( $p=0,006$ ) e a tomada de decisão compartilhada ( $p<0,001$ ). Os resultados também nomearam as variáveis que se associaram significativamente à melhora clínica, que foram os aspectos comunicacionais do médico ( $p = 0,044$ ), e do paciente ( $p = 0,0006$ ), a atenção do médico ( $p = 0,012$ ), a escuta do médico ( $p = 0,029$ ), a empatia ( $p = 0,014$ ), a compaixão ( $p = 0,0002$ ), a conectividade ( $p = 0,014$ ) e a satisfação com a consulta ( $p=0,007$ ). Através da análise da intersubjetividade, esta pesquisa também identificou o índice de 13% de divergência entre as percepções de médicos e pacientes na relação médico-paciente e essas percepções divergentes apresentaram relação estatisticamente significativa com a melhora não ótima do paciente. Os resultados desta pesquisa abrem um espaço para a reflexão sobre a formação do médico e suas práticas cotidianas e sublinham a importância da ampliação dos estudos das relações humanas e da intersubjetividade no campo da ciência da informação.

**Palavras-chave:** ciência da informação; comunicação; informação; relação médico-paciente; intersubjetividade; resultado.

## ABSTRACT

PAIVA, Rita de Cássia Vianna de Azevedo Bueno de. **The study of information in the Doctor-Patient Relationship**. 2024. 210 p. Dissertation (PhD on Information Science) – Post-Graduation Program on Information Science, Brazilian Institute of Information on Science and Technology, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

This research raises the question of the influence of informational elements on the doctor-patient relationship and their interference on the evolution of the disease. As an object of study, it seeks to analyze and interpret the perception of patients and doctors in the communicational sphere, through the translation of the subject and the relationship. The research has the general objective of identifying the processing and different dimensions of information in the doctor-patient relationship, and their possible impact on the outcome of the treatment. To achieve this, 4 specific objectives were established, which respectively consisted of: characterizing the patient's perception of the doctor-patient relationship; identify the informational elements that constitute this perception and that can influence treatment adherence and its effectiveness; observe the process of intersubjectivity through the analysis of the perceptions of doctors and patients; identify and analyze the possible negative influence of divergent perceptions between doctors and patients on the outcome of treatment. To achieve the objectives described, an observational, cross-sectional study was developed, with data collection, in which quantitative and qualitative approaches were carried out. The research was developed through the application of a questionnaire with 12 objective questions and 1 subjective question for the patient. This instrument was applied to 100 patients and 100 doctors, belonging to the São Lucas school outpatient clinic, of the Department of Medicine and Health of the Pontifical Catholic University of Rio de Janeiro (PUC-Rio). The results of this research present the informational elements involved in the construction of the patient's perception of his/her relationship with the doctor, and its association with adherence and response to the established treatment. The predominance of the patient's positive perception regarding the patient-doctor relationship was demonstrated and, in this context, the most observed variables that contributed to this perception were the doctor's attention, followed by medical listening. This study identified the communicational elements that were significantly associated with adherence to treatment, these being respectively the doctor's empathy ( $p=0.001$ ),

trust in the doctor ( $p=0.002$ ), compassion ( $p=0.001$ ), connectivity between doctors and patients ( $p<0.001$ ), the patient's communication capacity ( $p=0.006$ ) and shared decision making ( $p<0.001$ ). The results also highlighted the variables that were significantly associated with clinical improvement, which were the communicational aspects of the doctor ( $p = 0.044$ ) and the patient ( $p = 0.0006$ ), the doctor's attention ( $p = 0.012$ ), medical listening ( $p = 0.029$ ), empathy ( $p = 0.014$ ), compassion ( $p = 0.0002$ ), connectivity ( $p = 0.014$ ), and satisfaction with the consultation ( $p = 0.007$ ). Through the analysis of intersubjectivity, this research also identified a 13% divergence rate between the perceptions of doctors and patients about the doctor-patient relationship, and these divergent perceptions had a statistically significant relationship with the patient's non-optimal improvement. The results of this research open a space for reflection on the doctor's training and daily practices and highlight the importance of expanding the studies of human relations and intersubjectivity in the field of information science.

**Keywords:** information science; communication; information; doctor-patient relationship; intersubjectivity; outcome.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição decrescente das especialidades na amostra total.....	110
Gráfico 2 – Distribuição da relação de percepção entre pacientes e médicos.....	124
Gráfico 3 – Distribuição percentual das variáveis da análise de discurso do paciente .....	127

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra.....	109
Tabela 2 – Distribuição dos itens de percepção segundo paciente e médico.....	111
Tabela 3 – Associação das variáveis categóricas com a adesão do paciente.....	115
Tabela 4 – Associação das variáveis numéricas com a adesão do paciente.....	118
Tabela 5 – Associação das variáveis categóricas com a melhora do paciente.....	120
Tabela 6 – Associação das variáveis numéricas com a melhora do paciente.....	122
Tabela 7 – Distribuição dos tipos de relação de percepção entre pacientes e médicos .....	123
Tabela 8 – Descritiva das respostas convergentes, divergentes e coincidentes e pontuação das respostas positivas e negativas de pacientes e médicos.....	125
Tabela 9 – Distribuição das variáveis na análise de discurso do paciente.....	126

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CARE	Consultation and Relational Empathy Measure
CCP	Cuidado Centrado no Paciente
CEM	Código de Ética Médica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
GAS	Goal Attainment Scaling
GHHOS	Glasgow Homoeopathic Outcome Scale
MBE	Medicina baseada em evidências
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MCP	Medicina Centrada na Pessoa
MEC	Ministério de Educação
MS	Ministério de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PROMED	Programa de incentivo as mudanças curriculares para as escolas médicas
PROMIS	Patient Reported Outcome Measurement Information System
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RMP	Relação Médico-Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCA	Teoria da Comunicação Afetuosa
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TDC	Tomada de Decisão Compartilhada

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>1.1 Construção do objeto de pesquisa</b> .....	<b>17</b>
1.1.1 A informação e a relação médico-paciente.....	17
1.1.2 A construção da relação médico-paciente.....	20
<b>1.2 Objetivo geral e objetivos específicos</b> .....	<b>25</b>
<b>1.3 Justificativa</b> .....	<b>26</b>
<b>1.4 Proposta de estrutura da tese</b> .....	<b>28</b>
<b>2 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>30</b>
<b>2.1 Abordagem metodológica</b> .....	<b>30</b>
<b>2.2 Definição da população de estudo</b> .....	<b>32</b>
<b>2.3 Instrumento de coleta de dados</b> .....	<b>33</b>
<b>2.4 Metodologia estatística</b> .....	<b>36</b>
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>37</b>
<b>3.1 A relação médico-paciente</b> .....	<b>47</b>
3.1.1 A comunicação na relação médico-paciente .....	53
3.1.2 Teoria da comunicação afetiva.....	63
<b>3.2 Da relação paternalista à tomada de decisão compartilhada</b> .....	<b>66</b>
<b>3.3 A pessoa e a relação</b> .....	<b>73</b>
3.3.1 A intersubjetividade.....	79
<b>3.4 Elementos estruturais da relação médico-paciente</b> .....	<b>86</b>
3.4.1 A atenção.....	87
3.4.2 A escuta .....	88
3.4.3 A confiança .....	90
3.4.4 A empatia.....	92
3.4.5 O toque, o olhar, a conectividade .....	94
3.4.6 A compaixão.....	96
<b>3.5 O trinômio: satisfação, adesão e melhora clínica</b> .....	<b>98</b>
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>108</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>128</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>145</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>149</b>
<b>APÊNDICE A – Questionário do Médico</b> .....	<b>177</b>

<b>APÊNDICE B – Questionário do Paciente .....</b>	<b>178</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....</b>	<b>180</b>
<b>APÊNDICE D – Tabelas descritivas completas das variáveis numéricas no subgrupo com adesões ótima e não-ótima.....</b>	<b>184</b>
<b>APÊNDICE E – Tabelas descritivas completas das variáveis numéricas no subgrupo com melhora ótima .....</b>	<b>185</b>
<b>APÊNDICE F – Tabela descritiva completa das variáveis numéricas na amostra total .....</b>	<b>186</b>
<b>ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....</b>	<b>187</b>
<b>ANEXO B – Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).....</b>	<b>203</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Construção do objeto de pesquisa

### 1.1.1 A informação e a relação médico-paciente

A informação tem sido caracterizada como um padrão de comunicação entre fonte e receptor e a probabilidade de uma mensagem ser transmitida por um canal de comunicação (Capurro, 2007). A princípio, informar significava moldar algo, dar forma; posteriormente, esse significado foi ampliado passando a significar também relatar alguma coisa. A informação foi então acomodada na filosofia empirista, porque parecia descrever os mecanismos da sensação, cada vez menos a organização interna ou formação, mas a essência fragmentária, flutuante, casual do sentido. Sob a tutela do empirismo, a informação gradualmente moveu sua centralidade da estrutura para a essência, da forma para a substância, da ordem intelectual para os impulsos sensoriais (Peters, 1988).

Buckland (1991) em sua definição de informação como processo, descreve que, ao receber uma informação, o receptor processa, manipula e organiza dados modificando aquilo que conhece.

Parece não haver uma teoria singular para informação que abranja todos as definições. O conceito de informação ainda segue em discussão, avaliando a necessidade de existir um sistema de interpretação, humano ou não, que remeta ao processo de conhecimento, ou se seria possível extinguir o estado consciente e intencional do usuário (Pérez Gutiérrez, 2000).

Machlup e Mansfield (1983) defendem o conceito de que informação seria dirigida para mentes humanas e recebida por mentes humanas, sendo, portanto, um fenômeno humano. Nesse mesmo sentido, Capurro (1986) também define informação como um fenômeno de mensagens humanas.

A informação humana vem agregada de valores socioculturais e científicos e pode ser definida, organizada e relatada em diferentes domínios de conhecimento, dependendo da bagagem subjetiva do receptor. Os mecanismos interpretativos, assim como os contextos e mídias diversas, são partes integrantes dos processos de informação e capazes de modificá-la em seu sentido original (Capurro, 2007).

Na teoria matemática da comunicação de Shannon e Weaver (1972), o aspecto emblemático do processo de comunicação seria a reprodução de forma fidedigna da

mensagem, selecionada em um ponto e recebida em outro. As mensagens são revestidas de significados, estando relacionadas a estruturas físicas ou conceitos, fato este desconsiderado na engenharia. Nesta teoria, é relevante o fato de que a mensagem em foco, portanto real, foi selecionada de um número de possíveis mensagens. Um sistema operacional deve, portanto, ser projetado para receber e reconhecer cada possibilidade de mensagem a ser selecionada e não apenas aquela que de fato o foi.

Dessa forma, em seu modelo de comunicação, Shannon estabelece a relação entre informação e incerteza, pela qual a transmissão de uma mensagem dependeria de escolhas possíveis, em um leque de opções. A informação quase sempre envolve algum ruído e, portanto, exige seleção e análise dos seus elementos constituintes. A informação pode se distanciar do significado, sendo passível de interferências de deslocamento de sentido.

Conforme concepção ampliada de Capurro (2007), a compreensão deste conceito passa a ser descrita como a diferença entre oferta de significado e escolha. Dessa forma, a comunicação seria a combinação de oferta de significados, informação e compreensão.

Segundo Dretske (1981), a informação é sempre dependente do nível de conhecimento prévio de quem a recebe, se relacionando com contextos e limites. Já a teoria semântica define que o conteúdo informacional não seria exclusivamente dependente do conhecimento do receptor, mas sobretudo dos aspectos situacionais. Esta teoria aborda a concepção de que um mesmo sinal poderia gerar diferentes informações dependendo da situação na qual se insere.

A informação não seria algo igual para quem emite e quem recebe, mas sim algo edificado dinamicamente através do processo de comunicação (Capurro, 2007).

Dentro deste conceito, a percepção ocupa espaço de grande importância neste processo. Existe uma relação de influência contínua na percepção pelo ambiente que nos cerca, pelas pessoas e por nós mesmos. Segundo Merleau-Ponty (1999, 2014), é a partir desta influência recíproca que são construídos os significados. A percepção ocorre em um campo perceptivo, como resultado da relação recíproca entre nós, sujeitos, e os objetos e entre nós e o ambiente à nossa volta (Chauí, 2005).

Os sentidos estão estreitamente relacionados com a percepção, sendo os sistemas sensoriais responsáveis pela fase inicial e analítica. A informação atinge os órgãos sensoriais de forma íntegra, sendo então decomposta e subsequentemente

analisada. Por conseguinte, são geradas percepções globais, possivelmente por mecanismos com propriedade sintetizadora capazes de produzir sentido à informação apresentada (Kelso, 1995).

A comunicação, portanto, não abrange somente a transferência de informação, mas também a imposição de um comportamento reacional do receptor ao conteúdo da mensagem, a qual será moldada em elementos cognitivos individuais e na relação entre ambos os pólos interacionais. A qualidade de uma relação interpessoal está diretamente ligada à qualidade das sequências comunicacionais entre os envolvidos nesse processo.

Até final do século XIX, início do século XX, o médico era considerado uma figura onisciente e inquestionável. Sua presença era marcada pela amizade e confiança, sendo conselheiro e médico das famílias. Essa relação era tradicionalmente paternalista, na qual o doente sempre se curvava à vontade do médico, sem autonomia de decisão (Beier, 2010).

O desenvolvimento de novas tecnologias, associado ao crescimento e maior acesso ao ensino médico e à informação, promoveu uma transformação na relação médico-paciente (RMP), antes centrada na figura daquele que detinha todo o conhecimento e verdade, o médico. O acesso universal à informação, em particular na área técnico-científica da saúde, tem proporcionado ao público leigo o contato com dados sobre doenças, tratamentos e uma infinidade de descrições, nem sempre fidedignas. O desconhecimento técnico por parte dos pacientes com acesso a essas informações têm gerado uma série de desconfianças e descontentamentos bilaterais nesta relação. Os médicos deixaram de ser os únicos detentores do saber. Eles passaram a precisar incorporar em suas atitudes a divisão e a discussão sobre suas condutas para obter a anuência de pacientes cada vez mais informados.

Estas informações adquiridas pelos pacientes devem ser consideradas pelos médicos sempre, e os pacientes por sua vez precisam considerar que o médico, além da informação, tem a formação, ou seja, a habilidade de aplicar a informação e compreender suas implicações em fazê-lo (Cabral; Trevisol, 2010).

Essa relação, antes paternalista, aos poucos se transformou em um relacionamento em que prepondera o dever e o direito à informação ao paciente. Se antes o poder de decisão era focado unicamente no médico, hoje o paciente informado compartilha das escolhas possíveis, sendo parte integrante do processo decisório (Bergstein, 2013).

Com o advento desses novos conceitos, como o direito à autodeterminação, ou seja, a capacidade e a autonomia para decidir suas vidas, estabeleceu-se um novo modelo conceitual na RMP baseando-se na tecnologia da informação. Esse mesmo desenvolvimento tecnológico tem proporcionado o aumento da precisão de diagnósticos e tratamentos, mas ao mesmo tempo tem estabelecido uma distância maior entre os sujeitos na RMP, substituindo as ferramentas mais importantes neste âmbito. Ao invés de uma anamnese minuciosa e íntima, através de um diálogo franco, os exames complementares de alta resolução passaram a substituir e encurtar o tempo da consulta. Essa mudança resulta na redução da proximidade interacional e da empatia, fundamentais para o sucesso terapêutico (Mangione *et al.*, 2002).

A informação fornecida pelo médico ao paciente deve ser clara e acessível, em termos de fácil compreensão, e adaptada às suas condições psicológica, intelectual e cultural. A intenção do médico deve estar baseada não apenas em informar o paciente, mas fazer com que ele seja capaz de tomar decisões. O médico deve fornecer os dados mais relevantes da sua doença com informações que expliquem claramente as causas dos sintomas. Deve ainda esclarecer sobre a necessidade dos procedimentos diagnósticos preconizados e, de posse dos resultados, o manejo adequado e competente dos possíveis maus e bons resultados advindos do tratamento proposto.

Cada paciente tem diferentes necessidades de informação como consequência de suas peculiaridades. As nuances contidas em cada informação, enriquecidas pela interpretação de quem a recebe, abre uma ampla margem de possibilidades interpretativas. O médico deve ser capaz de observar que, em alguns casos, inclusive, a informação deverá ser comunicada de forma gradual, onde pesará a sensibilidade do médico em perceber que sua transmissão direta e completa poderá incorrer em prejuízo na evolução do quadro clínico do paciente (Pereira, 2005).

### 1.1.2 A construção da relação médico-paciente

A consulta médica é constituída por um processo complexo que abrange a anamnese, o exame físico, a elaboração de uma hipótese diagnóstica e a solicitação de exames complementares. Esses últimos elementos têm como fundamento a busca pela confirmação dessa hipótese. Vários fatores são igualmente importantes no encontro do médico com o paciente e ajudarão na construção de uma boa RMP. Estes

fatores irão favorecer a comunicação durante a consulta e por conseguinte a adesão ao tratamento. Dentre estes, estão a atenção do médico voltada para o paciente, a linguagem empregada, a disponibilidade e a empatia.

A RMP durante a consulta se constitui, na maior parte das vezes, por um diálogo marcado pela exploração de sinais, sintomas e dados advindos dos resultados de exames. Esta relação é marcada pelo binômio 'queixa-conduta', traduzido em 'demanda-conduta', em que não são normalmente valorizadas as características psicossociais, culturais e familiares dos pacientes. Muitas vezes este encontro do paciente com o médico se apoia somente na queixa principal do paciente como direcionadora do tratamento. Este fato pode estabelecer práticas por vezes repetitivas sem considerar as singularidades de cada indivíduo, manifestas algumas vezes de modo subliminar nesta relação (Zorzanelli, 2011).

A crença de que a resolução do problema do paciente se dará através de um correto diagnóstico seguido por um tratamento efetivo, direciona o médico para dois grandes alvos: o diagnóstico e o tratamento. O atendimento segue uma sequência de etapas, quase um "ritual", em que o paciente é questionado, examinado, diagnosticado e, por fim, tratado.

De uma forma geral, as consultas frequentemente acabam sendo marcadas por uma prática comportamental e atitudinal automatizada e orientada pela busca do diagnóstico da doença, um subconjunto de elementos vitais de uma pessoa, caracterizando como componente-chave o reconhecimento imediato de sinais e sintomas, seus padrões mais típicos, e não a apreensão do paciente em sua totalidade e singularidade (Aciole, 2006; Zorzanelli, 2011; Camargo Jr., 2003).

Todo relacionamento importante envolve conflitos, que, quando administrados adequadamente, resultam no aprofundamento e fortalecimento dos envolvidos. Na RMP, o conflito pode advir de inúmeras fontes e situações, com a possibilidade de promover prejuízos a essa relação, ou de promover a oportunidade para o aprimoramento da comunicação, do compromisso e dos laços entre ambos (Tostes, 2014).

A teoria da comunicação afetiva (TCA) proposta por Floyd em 2006 é descrita como uma teoria neodarwiniana, por seus pilares estarem apoiados no pensamento contemporâneo sobre a teoria da seleção natural conjugados à psicologia humana. Esta teoria aborda a importância da comunicação afetiva e seus possíveis desfechos, tanto positivos quanto negativos.

Na teoria da seleção natural, o desafio diário para obtenção de alimentos teria se tornado um traço hereditário. Tal pensamento explicaria como o comprimento maior do pescoço da girafa seria vantajoso à sua sobrevivência e por conseguinte da perpetuação da espécie. Dessa forma, organismos melhor adaptados às demandas de seu ambiente são mais propensos a sobreviver e se reproduzir, possibilitando a passagem dessas características vantajosas mais frequentemente para sua progênie. Este princípio projeta o ambiente como sendo de extrema importância, gerenciando determinadas características adaptativas herdadas. Estas características podem, porém, conferir vantagens em certos ambientes e desvantagens em outros (Floyd, 2006).

Nesta teoria, parte-se do pressuposto que os estímulos para a manifestação e o recebimento de afeto seriam por si só adaptativos. Estes estímulos atuam diretamente na prevenção de alterações físicas e mentais oriundas do insucesso em receber ou doar afeto de forma satisfatória. Poucos comportamentos comunicativos são mais consequentes para a qualidade e satisfação das relações humanas do que a comunicação de afeto. De fato, não é exagero sugerir que, sem um comportamento afetuoso para iniciá-los e mantê-los, muitos dos relacionamentos mais importantes no curso da vida seriam abandonados.

Apesar de sua centralidade – ou talvez, em parte, por causa dela – a comunicação afetiva muitas vezes parece ocorrer de maneira superficial, sem que se preste muita atenção consciente aos seus meandros. Mesmo assim, ela influencia tantos aspectos diversos da vida individual e relacional que os indivíduos teriam dificuldade de passar sem ela. Dessa forma, o comportamento afetivo pode realmente ser considerado um componente fundamental da experiência comunicacional humana.

As relações humanas, para serem estabelecidas e desenvolvidas, requerem um esforço de comunicação contínuo, emergindo desse processo a possibilidade de compartilhamento de ideias e experiências em um plano interpessoal. Na RMP, a fim de que o intercâmbio de significados seja estabelecido, esta comunicação requer um comprometimento dos dois lados. Este comprometimento deve envolver tanto os pacientes, que oferecem pistas ou informações acerca de seus estados internos (mentais e afetivos), quanto os médicos que as captam, empregando habilidades cognitivas e afetivas específicas para decifrá-las.

O estado de consciência de cada indivíduo determina a gama de estímulos vivenciados e constitui o universo de verdades ou fatos reunidos por sua escolha.

Cada experiência é formada a partir do processamento de percepções, sensações, pensamentos e sentimentos que afetam de algum modo a consciência (Dutra, 2002).

Neste sentido, o processo de comunicação pressupõe o envolvimento de parceiros, o compartilhamento de significados, bem como a natureza simbólica, estando intimamente relacionado às trocas intersubjetivas (Penteado, 1993).

O conceito de intersubjetividade tem sido descrito por alguns autores. Seu significado se relaciona com o envolvimento de comportamentos de atenção conjunta (sujeito-sujeito-objeto). A intersubjetividade também compreende a compreensão da comunicação através de representações que possibilitam inferências sobre as crenças, sentimentos e intenções do outro (Gopnik; Meltzoff, 1993).

A formação médica é foco de bastante estudo e a constatação de falhas nesse processo foi demonstrada por diversos autores. O modelo biomédico enseja o foco da atuação médica meramente nos aspectos biológicos, desprezando na maior parte das vezes os aspectos psicológicos e sociais. Esta abordagem minoriza o ser, reduzindo-o apenas às características objetivas do corpo humano.

A concepção de corpo e mente como entidades separadas, que fundamenta esse modelo, não abrange somente os médicos. Esta concepção pode ser observada também no olhar do paciente, que deseja saber seu diagnóstico orgânico e demanda os melhores recursos tecnológicos para descobri-lo e tratá-lo (Caprara; Franco, 1999; Costa; Azevedo, 2010; Fernandes, 1993; Coelho Filho, 2007).

Os cursos de medicina carecem de atenção ao desenvolvimento de competências que melhor preparem os estudantes ao atendimento integral da pessoa. Sua estrutura não abrange elementos fundamentais na formação de valores e atitudes inerentes àqueles que lidam com a saúde, tais como a empatia, a atenção, a escuta, entre outras. Este futuro profissional deve ser também mais bem preparado, ao longo de seu curso, para aprender a lidar com o sofrimento, a dor e a morte (Aragaki; Spink, 2009; Rodrigues, 2003).

No contexto da formação médica cabe ainda ressaltar a importância do ensino da RMP, instrumento valioso para que a medicina resgate sua missão de tratar doentes e não apenas doenças (Coelho Filho, 2007).

É fundamental a mudança no processo de preparação dos profissionais da área da saúde. Urge a formação de profissionais diferentes, ajustando o currículo da educação médica a disciplinas que possibilitem os formandos prestar mais atenção à pessoa humana como um ser integral. Estes novos profissionais devem aprender a trabalhar em equipe, e a tomar decisões que não reflitam somente as situações clínicas individuais, mas que levem em consideração todo o contexto que envolve os pacientes atendidos, seus recursos, e os possibilite identificar quais as medidas mais adequadas à sua realidade e também mais eficazes em seu caso específico (Lustosa; Alacaires; Costa, 2011).

O enfoque em uma formação médica mais humanizada, que abranja todos os aspectos constituintes do indivíduo e da relação interpessoal é imperativo. Uma formação que edifique neste futuro profissional habilidades que o permitam vivenciar experiências que conjuguem a subjetividade humana com a objetividade necessária de suas práticas. Desta forma, esse profissional estará apto a cuidar mais adequada e completamente de seus pacientes.

Conforme as considerações tecidas, a seguir será apresentada a questão de pesquisa, as perspectivas norteadoras, as hipóteses do presente estudo, bem como seus objetivos.

A **questão** que se pretende desenvolver é referente à seguinte reflexão: Qual a importância da qualidade da relação médico-paciente (RMP), influenciada pelos elementos informacionais, sobre o tratamento e a evolução do doente?

Na condução para responder esta questão foram alinhadas três perspectivas norteadoras, a seguir:

- a) **perspectiva norteadora primeira:** de acordo com os conceitos discorridos observamos a importância dos mecanismos de transmissão e de recepção envolvidos no processamento da informação. Quando transferimos essa análise para a área médica, onde a emoção é um dos componentes de maior relevância, os aspectos situacionais afetam os mecanismos interpretativos dando vazão a muitos erros de comunicação;
- b) **perspectiva norteadora segunda:** é relevante compreender a relação médico-paciente, parte inicial do processo terapêutico e onde se estabelece o elo capaz de promover a confiança e a segurança para a adesão ao tratamento. Em decorrência disso, projetar de que maneira a

lapidação do processo informacional pode aprimorar esta relação e consequentemente influenciar no resultado do tratamento;

- c) **perspectiva norteadora terceira:** é necessário analisar os diferentes prismas de percepção na relação médico-paciente (RMP) e o potencial de influência desta percepção sobre o resultado do tratamento. Teriam médicos e pacientes sempre convergência na percepção a respeito desta relação? E em caso de divergência, teria esta dissonância influência negativa no resultado do tratamento?

Em decorrência deste questionamento são levantadas duas hipóteses:

A **hipótese principal** é que, sendo a percepção a tradução do sujeito, em relação ao que este interioriza de sua interação com o ambiente ou com o outro, essa percepção influenciaria a própria relação e a evolução clínica, fruto da relação.

A **hipótese secundária** é que, ocorrendo certo grau de divergência nas percepções de médicos e pacientes sobre a consulta, essa poderia gerar efeito negativo na evolução clínica do paciente.

Tendo apresentado anteriormente a questão de pesquisa, as perspectivas norteadoras e as hipóteses deste estudo, são apresentadas a seguir o objetivo geral e os objetivos específicos.

## 1.2 Objetivo geral e objetivos específicos

Baseando-se nas hipóteses levantadas, esta pesquisa tem como objetivo geral estudar o processo e as diferentes dimensões da informação e da comunicação na relação médico-paciente (RMP) e seu potencial de interferir no resultado do tratamento. Para atingi-lo, foram desenhados os seguintes objetivos específicos:

- a) Caracterizar a percepção do paciente sobre a relação médico-paciente, tendo como base os elementos informacionais analisados;
- b) Identificar quais elementos modelam a percepção do paciente e podem influenciar na adesão ao tratamento e afetar sua respectiva efetividade;
- c) Observar as percepções do médico e do paciente sobre a relação médico-paciente, na intersubjetividade, tendo como referência a mesma consulta médica;
- d) Analisar a possibilidade de influência negativa da percepção divergente entre médico e paciente sobre o resultado do tratamento.

### 1.3 Justificativa

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças. Para um indivíduo ser considerado saudável pelo seu médico, este deve portanto analisar não apenas os aspectos físicos e mentais do indivíduo, mas também os elementos constituintes de seu contexto social. Neste se destacam o ambiente em que está inserido, seu grau de escolaridade, classe social e as relações interpessoais. Nas relações interpessoais assume posição de destaque a comunicação.

A comunicação é um fenômeno complexo e multidimensional. Alguns autores da ciência da informação corroboram a importância do estudo dos elementos informacionais que constituem a comunicação. A informação é parte integrante do processo comunicacional. Ela é considerada parte isolada de um todo que, quando disposta em conjunto dentro de um contexto, passa a agregar significados construindo um conhecimento (Gundry, 2001).

A informação seria resultado da relação entre a fonte emissora, o sinal, o mecanismo de liberação e a reação. Devemos prestar atenção nas engrenagens subjetivas deste processo que abrange a discriminação, seleção ou interpretação da informação. Desta forma, justifica-se o estudo da informação numa abordagem interdisciplinar, no âmbito da Ciência da Informação (Capurro, 1996).

Na área da saúde os elementos comunicacionais constituintes da RMP são um eixo central do tratamento. A comunicação envolve não somente o que se diz, mas também a forma com que se diz, e de que maneira é interpretado por quem ouve. A comunicação envolve ainda aquilo que não é falado, mas transmitido através do gestual e expressões faciais.

Para que haja uma compreensão integral do paciente pelo médico, faz-se mister que os profissionais conheçam as experiências vivenciadas pelos diferentes pacientes e os registros deixados por estas vivências em seus mundos interiores. Apenas assim, o médico poderá direcionar o melhor e mais indicado tratamento e conduta para cada caso cuidado e apresentado. Com isso cabe dizer que o exercício da medicina não se resume tão somente à aplicação de conceitos científicos, mas à associação da ciência a um tipo de hermenêutica estruturada na competência comunicadora, mais especificamente nas habilidades interpretativas e as relacionadas à empatia (Svenaeus, 2011).

Através da comunicação expressamos como nos sentimos em relação ao outro, temos a possibilidade de desenvolver empatia e compaixão. É também através dela que construímos laços de confiança que permanecerão na distância e que motivarão o paciente na adesão ao tratamento. É como trazemos esperança e consolo, imortalizando o ato médico (Pellegrini, 2017).

A comunicação é o alicerce das relações intersubjetivas. Uma relação será ou não bem-sucedida dependendo do nível de comunicação estabelecido entre as pessoas. Na RMP, o processamento da informação constitui-se como o fundamento que poderá solidificar esta relação e possivelmente atuar sobre a adesão ao tratamento e evolução da doença em particular e do doente como um todo.

A comunicação eficaz, a assertividade e a empatia são de suma importância na prática médica. Com os avanços tecnológicos na medicina, a importância da boa semiologia e da avaliação clínica no atendimento ao paciente tem sido negligenciada, ocorrendo uma preferência por uso de tecnologias em vez de entrevistas e avaliações minuciosas dos pacientes.

A abordagem fenomenológica compreende o exercício da medicina, não abrangendo apenas a aplicação de conhecimento científico adquirido, mas também um tipo de hermenêutica apoiada na fenomenologia e elencada na empatia e em elementos comunicacionais bem estruturados (Svenaeus, 2011).

A fenomenologia apresenta um caminho diferente para a compreensão e a análise crítica dos caminhos adotados pela terapêutica tradicional, partindo do princípio da valorização do seu conceito individualizado sobre a vida e sobre o mundo. Dessa forma, a medicina não seria apenas um conglomerado de conhecimentos científicos aplicados com a finalidade de curar doenças, mas notadamente uma prática alicerçada na busca pelo alívio da dor e do sofrimento humanos.

Este trabalho se justifica principalmente por dois pontos de relevância. O primeiro é analisar de que forma a transmissão e o processamento da informação são capazes de afetar a RMP. Para essa análise é necessário dimensionar a informação, nos seus aspectos relacionados à amplificação do vínculo desta relação e no seu potencial em promover a adesão ao tratamento e a afetar sua efetividade.

O segundo ponto relevante é ampliar o campo de estudo de interações humanas e da intersubjetividade nos estudos da ciência da informação, incluindo a conjugação de diferentes canais, dimensões e tipos de informação e suas relações mútuas.

Os resultados obtidos nesta pesquisa podem reiterar a grande importância dos elementos informacionais como modeladores deste vínculo, e incentivar a valorização e o aprimoramento da relação médico-paciente como fator modificador de resultados.

#### 1.4 Estrutura da tese

Com o propósito de atingir os objetivos definidos, o plano de desenvolvimento desta tese segue a seguinte estrutura:

Na **Introdução**, que constitui a primeira parte da pesquisa, é apresentada a visão global do estudo, com o desenho do tema escolhido, suas nuances e relevância bem como a justificativa para sua realização. Esta seção também apresenta a questão de pesquisa, suas perspectivas norteadoras, hipóteses e os objetivos a serem atingidos com o desenvolvimento do atual estudo.

Em **Material e Métodos**, segunda parte da pesquisa, se encontram as bases metodológicas empregadas para alcançar os objetivos definidos nesta pesquisa. São descritos também o instrumento de coleta de dados empregado, os aspectos, abordagem e etapas do tratamento destes dados.

Em **Fundamentação Teórica**, terceira parte, são explorados e discutidos os referenciais teóricos para o embasamento das questões apresentadas ao longo da introdução. É discorrido sobre o tema fenomenologia e conceitos correlatos, tais como percepção, intersubjetividade, empatia, compaixão. A natureza de cada um desses conceitos é correlacionada aos fenômenos informacionais e comunicacionais envolvidos.

Em **Resultados**, quarta parte, é apresentado o resultado da pesquisa, com respostas às questões e aos objetivos apresentados. Foram elaboradas tabelas com resultados numéricos bem como análise das respostas subjetivas através do critério previamente estabelecido, para uma pesquisa quali-quantitativa.

Em **Discussão**, quinta parte, são analisados os resultados obtidos, discutindo-os de forma correlata com demais estudos contidos na literatura dos campos interdisciplinares nos quais se situa a presente pesquisa, incluindo a Ciência da Informação, as Ciências Cognitivas e as Ciências Sociais Fenomenológicas.

Em **Considerações Finais**, sexta parte, são desenvolvidas as considerações finais sobre o tema da pesquisa e as possibilidades abertas a partir do respectivo estudo no campo da Ciência da Informação.

Na seção pós-textual, é apresentada a bibliografia que proveu embasamento teórico e metodológico para o desenvolvimento da atual pesquisa, bem como são apresentados os apêndices pertinentes ao presente estudo.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

### 2.1 Abordagem metodológica

Foi realizado um estudo observacional, transversal, com coleta de dados. Foram adotadas as abordagens quantitativa e qualitativa para conduzir e testar suas hipóteses. Os dois métodos, sendo de naturezas diferentes, foram empregados de forma complementar. As diferenças entre esses métodos contribuem para uma combinação maior de achados. Cada abordagem metodológica apresenta peculiaridades que permitem ao pesquisador analisar aspectos diferentes das questões estudadas. Os resultados da análise quantitativa podem, por exemplo, gerar respostas que foram aprofundadas e mais bem compreendidas na análise qualitativa. Através desta combinação de métodos, buscou-se alcançar uma maior compreensão sobre o tema estudado (Brugemann; Parpinelli, 2008).

A abordagem quantitativa foi aplicada através de questionários para conduzir levantamento de dados no formato de enquete (*survey*), compostos por questões objetivas de múltipla escolha, com escala de valores gradativos (escala de Likert) que foram submetidos à análise estatística. A escala de Likert, idealizada pelo cientista social Rensis Likert, se caracteriza por ser um instrumento bastante confiável na mensuração de opiniões, comportamentos ou percepções (Hulley *et al.*, 2003).

Ao invés de respostas binárias, esta escala em formato de gradiente contempla uma amplitude maior de possibilidades de respostas, descrevendo com mais profundidade um tema específico e a opinião das pessoas a seu respeito. Likert definiu a escala unidimensional que é constituída normalmente de cinco níveis de respostas e apresenta um ponto neutro no meio. Um exemplo de formato típico desta escala seria o seguinte: 1. Concordo totalmente; 2. Concordo parcialmente; 3. Indiferente; 4. Discordo parcialmente; 5. Discordo totalmente. A escala de Likert tem como propriedades básicas a sensibilidade, a validade e a confiabilidade (Cummins; Gullone, 2000).

O segundo e concomitante método empregado na realização deste estudo situa-se em uma perspectiva fenomenológica de pesquisa qualitativa, cujo objetivo é capturar a essência da experiência vivenciada pelos pacientes durante a consulta médica. A análise qualitativa foi realizada mediante análise das características subjetivas das respostas. Na interpretação do discurso de cada participante, foi apreendida a ideia central e esta ideia foi traduzida e direcionada para a variável do

estudo. Através desta abordagem metodológica concomitante, o presente estudo pretendeu reafirmar as informações obtidas através da análise objetiva dos dados numéricos.

O estudo fenomenológico aborda de forma descritiva o significado dos experimentos vivenciados por indivíduos acerca de um conceito ou de um fenômeno, cujo principal objetivo é definir o que cada vivência significa para cada sujeito. A essência de cada experiência provém das descrições particulares, de onde significados universais são derivados. Desta forma, a metodologia fenomenológica, por focalizar sua atenção na consciência, no conteúdo da experiência e em sua profundidade, remete a um trabalho com pequeno número de participantes (Moustakas, 1994; Connelly, 2010).

Conduzir um estudo qualitativo deve significar uma grande aproximação do pesquisador com relação aos participantes da pesquisa e sua realização deve sempre que possível ocorrer no local onde o evento investigado ocorre; esse fato é importante para a melhor compreensão do discurso de seus participantes. A fenomenologia narra as experiências vivenciadas pela consciência. Ela descreve o fenômeno e sua essência universal, a interpretação da realidade e a intersubjetividade, estudando os pensamentos, os sentimentos e as ações correspondentes (Creswell, 2007; Caldin, 2001).

Segundo Creswell (2007), a fenomenologia descreve fenômenos e conceitos, relatando a essência das experiências vividas pelos indivíduos. Esta abordagem reflete sensações e percepções referentes não apenas aos elementos do mundo físico, mas também aos elementos abstratos tais como fé, amor, medo, etc. A fenomenologia pode trazer contribuições valiosas para estudos sobre a atuação de profissionais de saúde, terapeutas, professores e gestores públicos. No âmbito da saúde, os aspectos subjetivos e objetivos se apresentam nas mais diversas patologias, sendo um campo bastante extenso e propício para a aplicação da abordagem fenomenológica.

Segundo Merleau-Ponty (1999), a fenomenologia considera a existência conjunta de aspectos subjetivos e objetivos na essência dos fenômenos. Caldin (2001) reitera esse pensamento, descrevendo a fenomenologia como a descrição daquilo que foi experimentado, vivenciado pela consciência no decorrer do tempo. Ele enfatiza o aspecto intuitivo das vivências, as intenções conscientes estudando e descrevendo os pensamentos, os sentimentos e as ações.

A fenomenologia vem se diversificando, alcançando diferentes áreas do conhecimento e impactando nas diversas dimensões da pesquisa científica: filosófica, teórico-conceitual e metodológica (Fenomenologia Brasil, 2014<sup>a</sup>, 2014<sup>b</sup>).

As diferentes dimensões da fenomenologia explicam as influências desta na edificação de uma pesquisa. Sua atuação se estende do extremo mais abstrato, com pressupostos filosóficos e conceitos teóricos, até alcançar seu extremo mais concreto nas técnicas e métodos empíricos. Uma pesquisa com abordagem fenomenológica deve estar alinhada aos pressupostos filosóficos inerentes ao método (Moustakas, 1994).

## **2.2 Definição da população de estudo**

A população estudada foi formada por médicos e pacientes oriundos do Ambulatório Escola São Lucas, do Departamento de Medicina e Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio).

Esta unidade de saúde é composta por diferentes especialidades médicas e foi selecionada para a realização do presente estudo por ser um ambiente acadêmico, voltado para o ensino, pesquisa e assistência. Seu público é diversificado nas dimensões social, econômica e cultural, recebendo pacientes oriundos de favelas próximas e de vários bairros adjacentes do Rio de Janeiro e mesmo de fora do Rio.

A amostra foi constituída por conveniência. O maior número de consultas de uma ou outra especialidade médica na amostra não espelha a predominância de consultas nesta ou naquela especialidade no respectivo ambulatório. Cada participante médico ou paciente foi contactado separadamente por uma equipe de estagiárias do Curso de Serviço Social da PUC-Rio, imediatamente após a consulta realizada.

Foram descritos os objetivos da pesquisa aos participantes e explicado de que forma esta seria realizada, perguntando em seguida se encontravam-se de acordo em participar. Mediante concordância, foi feita a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) bem como realizado o esclarecimento de eventuais dúvidas. Em seguida foi feita a entrega dos questionários, estruturados de forma espelhada, para o médico e o paciente, oriundos de uma mesma consulta médica.

Cada participante recebeu uma numeração igual a do médico, para que fosse realizado em momento posterior o cruzamento das informações. Os questionários não foram identificados por nomes, mantendo-se o anonimato e o sigilo das informações colhidas. Esta medida visou impedir o possível enviesamento das informações prestadas bem como a violação da privacidade de cada participante. Esta abordagem aconteceu no momento da consulta de retorno do paciente, para avaliação do tratamento realizado, no prazo aproximado de 7 a 30 dias após o primeiro encontro, com o mesmo médico responsável por sua primeira consulta. Desta forma, objetivou-se reduzir o número de perdas de participantes da pesquisa devido ao número expressivo de pacientes que, por diferentes motivos, não retornam mais ao médico após a consulta inicial.

Tratando-se de pesquisa com abordagem metodológica mista – qualitativa e quantitativa, a limitação do número de entrevistados ocorreu pelo critério de saturação teórica e não por cálculo amostral estatístico. O número de entrevistas foi considerado suficiente quando novos sujeitos passaram a descrever informações que eram redundantes as já colhidas, promovendo pouco acréscimo ao que já havia sido falado. As respostas foram analisadas através de leitura cuidadosa, buscando-se a experiência pessoal de cada vivência e a expressão dos elementos do vivido, definindo respostas às questões da pesquisa (Fontanella, 2008; AmatuZZi, 2003).

### **2.3 Instrumento de coleta de dados**

Para alcançar o objetivo do presente estudo, foram aplicados questionários a médicos e pacientes oriundos de uma mesma consulta médica, imediatamente após o término dela. Este questionário foi composto por 12 questões objetivas de múltipla escolha dispostas em uma escala de valores do tipo Likert e finalizado com uma pergunta aberta somente para o paciente, para a possibilidade de expansão do relato experiencial para comentários finais. Os questionários foram divididos em duas seções: a primeira com enfoque na coleta de dados sociodemográficos (idade, sexo e especialidade médica consultada) para a consolidação do perfil dos entrevistados, e a segunda seção com aprofundamento em questões disparadoras, relativas a aspectos relacionais como empatia, atenção, compreensão, confiança, dentre outras, quesitos de grande importância na construção da impressão intersubjetiva sobre a RMP. As 12 perguntas objetivas iniciais foram respondidas individualmente por cada

participante e a última pergunta, subjetiva, foi respondida verbalmente pelo paciente para a respectiva estagiária do Curso de Serviço Social, que transcreveu integralmente o texto, posteriormente analisado por esta pesquisadora.

As **Variáveis analisadas** foram:

- a) Atenção;
- b) Escuta;
- c) Confiança;
- d) Comunicação do paciente;
- e) Empatia;
- f) Conectividade;
- g) Compaixão;
- h) Comunicação do médico;
- i) Tomada de decisão compartilhada (TDC);
- j) Satisfação;
- k) Adesão ao tratamento;
- l) Evolução clínica.

Estas variáveis do estudo foram selecionadas no intuito de formatar os aspectos mais relevantes no encontro do paciente com o médico, passíveis de construir uma relação interpessoal mais sólida e capazes de interferir no desfecho do tratamento.

Cada variável será melhor abordada e descrita adiante. A análise da satisfação com a consulta visa resumir como a percepção de ambos se posiciona em relação à RMP. A adesão ao tratamento visa mensurar a qualidade do engajamento na relação interpessoal desenvolvida ao longo da consulta, que teria como desfecho a melhora clínica do paciente.

Cada questão objetiva dos questionários apresentados contém quatro opções de resposta, cada qual com uma pontuação diferente, variando de +2 a -2, sendo a maior pontuação indicativa de maior grau de percepção daquela variável durante a consulta e a menor pontuação, indicativa de menor percepção dessa variável. A última questão objetiva, que avalia a melhora do paciente, contém cinco opções de resposta, na tentativa de uma avaliação mais ampla da variável a ser analisada.

Foi realizada a análise das respostas objetivas dos pacientes e médicos no questionário e, após observada a pontuação de cada resposta, foi realizada a soma

total das pontuações, gerando uma pontuação final que aponta para uma percepção mais ou menos positiva em relação à RMP.

Após a análise e classificação dos dados provenientes das respostas obtidas, foi feito também o cruzamento de respostas fornecidas por médicos e pacientes de uma mesma consulta médica, comparando suas percepções, no âmbito da intersubjetividade.

Para essa análise, foram designados 4 tipos de relação entre médicos e pacientes a respeito da mesma consulta médica. Na relação **tipo 1**, pacientes e médicos apresentaram percepção positiva sobre a RMP. Na relação **tipo 2**, o paciente percebeu a RMP positivamente e o médico negativamente. Na relação **tipo 3**, de forma inversa, o paciente percebeu negativamente a RMP e o médico positivamente. E na relação **tipo 4**, pacientes e médicos perceberam a RMP de forma negativa.

O resultado desta comparação gerou uma observação sobre o grau de convergência, divergência e coincidência nas respostas de médicos e pacientes. Foi analisado se a divergência entre ambos foi capaz de interferir negativamente na evolução clínica do paciente.

A pontuação máxima no questionário é de 24 pontos em 12 questões objetivas. A pontuação de cada questão pode variar da menor pontuação (-2) até a maior pontuação (+2). Foi considerada como percepção positiva quando a pontuação total foi maior do que 12 pontos e foi considerada como percepção negativa quando a pontuação estava abaixo desse valor. Quanto maior ou menor a pontuação, mais ou menos percebida foi aquela variável analisada.

Na questão aberta, foi verificada a frequência e a repetição de palavras bem como seus significados. Foi empregada a técnica de análise temática de discurso onde são identificadas as ideias centrais e as expressões-chave que dão formato ao discurso do sujeito coletivo, síntese das expressões-chave identificadas e correspondentes a cada ideia central (Hulley *et al.*, 2003).

Essa análise das respostas a tais questões busca a interpretação da vivência da experiência por cada indivíduo, a partir de suas percepções sobre a RMP.

Os questionários foram aplicados em 100 médicos e 100 pacientes, no período aproximado de 240 dias. Os questionários encontram-se anexados nos apêndices A e B deste estudo.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Plataforma Brasil e autorizado pela Diretoria Médica da referida Instituição. Os procedimentos

estão estritamente de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos e todos os participantes da pesquisa assinaram o TCLE (Apêndice C).

## **2.4 Metodologia estatística**

A análise descritiva apresentou na forma de tabelas os dados observados, expressos pela frequência e porcentagem para dados categóricos e pelas medidas de tendência central e de dispersão adequadas para dados numéricos.

A análise inferencial foi composta, analisando a associação com a melhora (ou adesão) do paciente, pelo *teste de Mann-Whitney* para variáveis numéricas e pelo *teste de qui-quadrado* ( $\chi^2$ ) ou *exato de Fisher* para variáveis categóricas.

A normalidade na distribuição das variáveis foi avaliada pelo *teste de Shapiro-Wilk* e análise gráfica dos histogramas. O critério de determinação de significância adotado foi o nível de 5%. A análise estatística foi processada pelo *software* SPSS versão 2.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Relatório Flexner de 1910 deu início a uma nova era na medicina, impactando a taxa de mortalidade e contribuindo para dobrar a expectativa de vida no último século. Este relatório foi fruto de um estudo crítico sobre o trabalho dos médicos e das universidades em diferentes áreas dos Estados Unidos da América e Canadá. O relatório sugeriu uma série de modificações nos padrões vigentes e a adoção de um padrão de normatização. Nessa época, as exigências para a educação médica cresciam em resposta ao aumento crescente das bases científicas que davam suporte à formação e atuação dos médicos, tornando-se inadiável a reforma e a padronização das práticas do ensino médico. Este relatório provocou a mais profunda e abrangente reforma das escolas médicas de todos os tempos, reverberando em toda a medicina mundial (Frank, 2010).

Abraham Flexner, em seu relatório, preconizava a racionalidade científica e a busca pela excelência na formação médica. Flexner identificou falhas e promoveu reformas necessárias na época para solidificar o ensino e a prática médica. O modelo Flexeriano que organizou a escola médica e perdura até os dias atuais proporcionou o desenvolvimento científico, porém não valorizou os aspectos humanos da prática médica. Nele, o modelo biomédico é exaltado, promovendo uma abordagem fragmentada da pessoa. Neste modelo, o indivíduo foi reduzido a um conjunto de órgãos e sistemas, sem história nem subjetividade, afastado de um contexto psicológico, cultural e social. Este modelo ocasionou o afastamento do médico em relação ao paciente em seu contexto pessoal e tornou o médico cada vez mais especializado, menos solidário e reflexivo em seu trabalho com o indivíduo (Cooke, 2006; Freire, 1997).

A visão antes dicotômica (materialidade / imaterialidade), separatista de mundo, acentuada com o materialismo científico e baseada em um reducionismo do universo, já vinha sendo questionada desde antes. Esses questionamentos se iniciaram em meados do século 19, com o surgimento da termodinâmica e no início do século XX com as teorias da relatividade, com a equivalência matéria-energia e a integração dimensional espaço-tempo, e a física quântica, com sua perspectiva dualista partícula-onda e respectivas incertezas e não-determinismo. Esta mudança de paradigma vem a afetar posteriormente inúmeras áreas do conhecimento. A Teoria Geral dos Sistemas, desenvolvida pelo biólogo Ludwig von Bertalanffy na década de

1940, seguida pelo desenvolvimento da Cibernética por Norbert Wiener matemático, em colaborações nas conferências transdisciplinares realizadas entre 1946 e 1953 com John von Neumann (matemático, físico e engenheiro), William Ross Ashby (psiquiatra), Gregory Bateson (antropólogo e linguista), Heinz von Foester (físico e filósofo), e Margareth Mead (antropóloga cultural), influenciaram, a partir da década de 1950, o desenvolvimento posterior da ciência da computação, das ciências cognitivas, e da ciência da informação.

O conceito de informação, antes matemático (Shannon; Weaver, 1972), cibernético, passa a abranger sistemas ecológicos, da vida, individual e social. Qualquer sistema vivo apresenta processos mentais, e assim a mente deixa de ser uma parte isolada, conforme o paradigma cartesiano mente + corpo, referente somente às manifestações psíquicas do indivíduo, passando a ser considerada como parte de um conjunto sistêmico de componentes que interagem de forma múltipla entre si. Neste contexto, amplia-se o conceito de cognição, se estendendo para além dos sistemas neurológicos (Biolchini, 2012).

A importância dos aspectos emocionais na doença física foram enfatizados por Balint (1975), iniciando o movimento posteriormente denominado medicina integral, que valoriza também a relação médico-paciente (RMP) e os contextos culturais na promoção da saúde e da doença. Na medicina integral, toda doença deve ser compreendida e tratada com uma visão integrativa do indivíduo.

A medicina integral surge como oposição ao modelo médico descrito no Relatório Flexner, que valoriza os aspectos biológicos e especializados em detrimento de uma abordagem mais abrangente. Nesta prática, procura-se estabelecer um vínculo maior entre o profissional de saúde e o paciente, visando ao maior acolhimento deste e à valorização dos aspectos psicossociais (Cecim, 2004).

Esse novo modelo, iniciado nos Estados Unidos da América, perdeu força frente ao direcionamento da atenção das políticas de saúde para atender as necessidades mais prementes da população. A medicina integral e seus preceitos teve seu início no Brasil nos anos 70, porém não se firmou como entidade institucional consolidada (Arruda, 2012; Mattos, 2001).

A medicina baseada em evidências (MBE), surgida no início dos anos 90, teve origem anglo-saxônica. A MBE consiste em fazer a associação das melhores evidências científicas disponíveis com a experiência clínica do médico, considerando ainda os valores e necessidades individuais de cada paciente. Estas evidências

devem ser oriundas de pesquisas clínicas na literatura com a seleção de artigos relevantes e através de metodologia adequada. Atuar na prática clínica diária com base em evidências é associar as melhores descobertas da pesquisa científica à experiência do médico considerando os valores do paciente (Kara-Junior, 2013).

Um dos elementos chave da MBE é considerar a aplicação dos conceitos científicos adquiridos e valorizar a aquisição de competências e habilidades para o exercício da Medicina. Os princípios da MBE abrangem o sistema de valores do paciente, incluindo crenças morais e religiosas, autonomia e o custo envolvido.

Praticar a MBE significa compreender e saber lidar com a incerteza da evidência científica, sempre dinâmica, e com as dificuldades de transposição do âmbito da pesquisa para o contexto da prática diária. Podemos observar então que a MBE não se restringe à aplicação cega e automática de um conceito adquirido na literatura atual ao problema do paciente. A MBE requer o emprego de uma série de etapas para obtenção de informações que sejam amplas e cabíveis para responder às questões formuladas sobre o paciente (El Dib, 2007).

A aplicação da MBE inicia-se com a construção de uma questão clínica de interesse. Uma pergunta adequada do ponto de vista científico consiste na identificação de quatro itens fundamentais, tais como a situação clínica (qual é a doença), a intervenção (qual é o tratamento de interesse a ser testado), o grupo-controle (placebo, nenhuma intervenção ou outra intervenção) e o desfecho clínico.

Uma pergunta bem estruturada é o primeiro e mais importante passo para iniciar uma pesquisa, reduzindo as possibilidades de erros sistemáticos (vieses) durante a elaboração, planejamento, análise estatística e conclusão de um projeto. Uma vez a pergunta elaborada, parte-se para o segundo passo, que é definir qual é o desenho de estudo que melhor responde à questão clínica.

Os diferentes tipos de estudos têm força de evidenciação científica e legitimidade diferentes. Os níveis de evidência são graduados de 1 a 5 em ordem decrescente de qualidade. As evidências de qualidade mais elevada, nível 1, consistem em revisões sistemáticas ou metanálises de estudos controlados randomizados e estudos controlados randomizados de alta qualidade. As evidências de nível 2 são estudos de coorte bem elaborados. As evidências de nível 3 são estudos caso-controle sistematicamente revisados. Evidências de nível 4 são casuísticas, coortes de má qualidade e estudos caso-controle. E as evidências de nível 5 são a opinião de um especialista com base não em avaliação crítica, mas sim

a partir de conhecimentos de fisiologia, pesquisa em ciências básicas ou princípios (Cook, 1995).

Na prática da MBE, é selecionado o nível mais elevado de evidência disponível. Porém, essa melhor evidência disponível pode ser derivada de uma população de pacientes com características diferentes daquelas do paciente em questão, sendo necessário proceder a uma análise crítica. Além disso, a opinião do médico em relação aos tipos de exames a realizar, os procedimentos e ou tratamentos e suas consequências deverão ir ao encontro dos desejos e anseios do paciente, que deve ter voz ativa no processo (El Dib, 2007).

De forma resumida, a prática da medicina baseada em evidências se constitui na definição de um problema, na busca e avaliação crítica das evidências disponíveis e na implementação das conclusões na prática. A MBE leva sempre em consideração a experiência clínica do médico e o desejo do paciente, objetivando contribuir para o melhor exercício da medicina. Deve-se atentar ao fato de que, ao final do processo de busca pela melhor evidência sobre o tipo de tratamento a ser ministrado, ou ao introduzir novo conhecimento na prática clínica, o médico deverá customizar a terapêutica. Esta customização significa direcionar de forma individualizada a evidência obtida, observando se esta se aplica àquele determinado paciente ou se algumas adaptações devem ser realizadas.

O conceito da MBE estabelece o perfeito equilíbrio entre a melhor evidência científica aliada à experiência pessoal, considerando o paciente de forma individualizada e o enxergando além de sua doença (Kara-Junior, 2014).

Aumentar a consciência dos médicos sobre a necessidade de utilizar boas evidências na prática clínica é primordial para a continuidade do desenvolvimento científico. Esta premissa também contribui para aumentar a qualidade do atendimento aos pacientes, levando em consideração as circunstâncias e suas necessidades individuais, a experiência profissional do médico e a melhor evidência disponível no momento (Kara-Junior, 2013).

Apesar da MBE preconizar a valorização da autonomia do paciente e sua individualidade, a RMP foi sendo sobreposta por uma valorização exagerada da técnica e do emprego de *guidelines*. Estes são construídos por consensos e tendem a estabelecer normas e protocolos onde os pacientes devem se encaixar. Esses recursos normatizadores tendem de forma gradativa a reduzir o contato direto e a

ressonância emocional com o paciente, embora nivelem o padrão técnico de atendimento médico através das diretrizes a serem seguidas.

Grosseman e Stoll (2008) publicaram uma pesquisa sobre o ensino da RMP na formação médica. Eles avaliaram como estudantes do último semestre da faculdade de medicina a aprenderam, na qual a grande maioria dos estudantes relatou ter aprendido através da observação do comportamento de médicos, professores, residentes e outros colegas profissionais da saúde, sem um ensino formal propriamente dito. Juntamente com esta constatação, eles identificaram também o desejo desses estudantes de que a RMP fosse ensinada em aulas e disciplinas específicas. Os alunos almejavam este aprendizado com ênfase na competência comunicadora, descrita como imprescindível na boa prática médica.

A competência comunicadora está relacionada à capacidade de desenvolver uma comunicação eficaz e apropriada, promovendo a formação de um elo entre o médico e o paciente através da confiança. Esta competência possui potencial terapêutico através da conexão respeitosa e compreensiva com o outro. A partir desta ligação estabelecida através de uma linguagem clara e objetiva, sabendo ouvir e respeitar o paciente, torna-se possível um aprofundamento nas informações obtidas. Este fato possibilita a formulação mais fidedigna de diagnósticos e o compartilhamento e implementação de planos terapêuticos e preventivos. Esta competência inclui ainda a comunicação não verbal, gestual e de outras modalidades, e a ampliação das esferas e da integração do cuidado, envolvendo as relações com familiares, cuidadores e outros profissionais correlatos (Conselho Nacional de Educação, 2001).

O Relatório Flexner estabeleceu um poderoso precedente para uma mudança transformadora na educação médica. No entanto, as escolas médicas e os programas de residência pouco se desviaram das diretrizes educacionais estabelecidas há mais de um século. O sistema de educação médica tradicional, empregado amplamente ao longo da maior parte do século XX, gerou médicos fundamentados cientificamente e qualificados clinicamente que assistiram adequadamente tanto à sociedade quanto à medicina. Hoje, porém, novos desafios devem ser transpostos (Buja, 2019).

A atenção centrada unicamente nas ciências biológicas, físicas e químicas tornou-se insuficiente face à complexidade crescente da prática médica. É o momento de se reavaliar as competências imprescindíveis à prática de qualidade da medicina (Bai, 2020).

Almeida (1999) em seu estudo, identificou problemas relacionados à desumanização da atenção e a insatisfação crescente de pacientes em relação aos médicos, ainda despreparados para enfrentar os limites de um modelo de formação médica predominante em crise.

Na década de 1990, o Programa UNI apoiou projetos inovadores em saúde. Este Programa sugeriu a diversificação da atividade prática, o ensino baseado na resolução de problemas e a avaliação direcionada para a verificação de competências. Habilidades técnicas, valores e atitude passariam então a ser incorporados na formação do profissional de saúde.

Desde então, vem ocorrendo uma grande movimentação no meio acadêmico para a transformação curricular de forma abrangente. Um dos objetivos primordiais é produzir médicos que possam saber individualizar seu plano de cuidados, espelhando o domínio do médico a respeito das melhores evidências científicas atuais, da fisiologia médica básica, da comunicação de forma habilidosa com o paciente e do respeito à tomada de decisão compartilhada (TDC) (Kisil; Chaves, 1994; Stevens, 2018).

A terceira onda pós-Flexneriana, como é conhecido esse movimento, preconiza um currículo absolutamente integrado ao invés de segmentado, como é o currículo tradicional. Este novo currículo seria composto por uma parte pré-clínica contextualizada na realidade, formada por diferentes cursos embasados em disciplinas integradas, seguido por uma etapa clínica (Brauer; Ferguson, 2015).

Inicialmente, esta modificação traria a implementação de uma integração horizontal, agregando as disciplinas a cada período, e uma integração vertical que representa essa integralização ao longo do curso, com o fim da cisão entre as ciências básicas e as ciências clínicas. Esse currículo amplamente integrado se caracteriza pela integração em espiral, abrangendo os componentes horizontal e vertical, que combina a integração das disciplinas ao longo do tempo da formação (Buja, 2019).

Todo esse movimento de transformação na formação médica também incluiu questões mais amplas, instituindo um terceiro eixo na educação médica que seria a “Ciência dos sistemas de saúde”. Haveria uma mudança do modelo biomédico de saúde e doença, vigente, por um modelo mais abrangente, biopsicossocial, que envolve também a RMP.

O profissionalismo e a formação da identidade médica precisam ser constituintes indispensáveis em sua formação. Profissionais éticos, com a habilidade

de se comunicar claramente e munidos de compaixão e empatia por seus pacientes são parte da idealização de ser médico e elementos inerentes ao código de ética médica (Buja, 2019).

O novo paradigma então desponta como sendo o paradigma da integralidade. Seu embasamento se encontra no foco maior na saúde do que na doença, na sua promoção, recuperação e preservação. Este paradigma se baseia também na atenção ao aluno como elemento ativo e atuante em seu próprio processo de formação, e se norteia no ensino da prática médica de forma gradual e dentro do contexto básico de saúde. Este paradigma valoriza a relação entre os diferentes setores e as inter-relações entre os diferentes níveis de atenção na qualificação do docente. Este profissional deve focar as competências técnico-científica e didático-pedagógica e estar comprometido com o sistema público de saúde (Campos, 1996).

O paradigma da integralidade objetiva então a formação de um profissional médico que seja contextualizado com os aspectos econômico, social e cultural do paciente, com enfoque em uma atuação multiprofissional e com atenção aos fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) (Campos *et al.*, 2001).

Em dezembro de 2001, em uma reunião histórica entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) e as escolas médicas brasileiras foram apresentadas e debatidas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o Curso de Graduação da Medicina e anunciado o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Promed) do MS. As novas diretrizes curriculares em vigência apresentam um progresso nos aspectos sociais e políticos, agora considerados no contexto de saúde da população. Estas demandam das escolas médicas sua implementação, respeitando suas particularidades.

O novo profissional médico ao se formar abrange um conjunto de competências e habilidades, que o habilitam não apenas para tratar a doença, mas para abordar o paciente de forma integral. O novo médico considera os aspectos sociais da saúde, trabalho em equipe e cidadania. As novas diretrizes também promovem a interligação entre o setor de formação dos recursos humanos, as universidades, e os serviços de saúde através da integração ensino-serviço no curso de graduação médica (Ferreira, 2001; Lampert, 2002). As novas diretrizes curriculares são apresentadas no final desta tese no Anexo B.

A medicina atual é marcada por um forte avanço tecnológico, que tem levado a mudanças significativas na prática médica. O desenvolvimento de novos exames,

cada vez mais precisos e acessíveis, tem levado à incorporação de um determinado número de exames à rotina médica. Isso tem aumentado a dependência de recursos tecnológicos, como equipamentos de diagnóstico, somando-se aos medicamentos e procedimentos cirúrgicos.

Além das mudanças tecnológicas, a medicina atual também é marcada por uma crescente multidisciplinaridade. Os médicos trabalham cada vez mais em equipe, com outros profissionais da saúde, como enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas, dentre outros. Essa abordagem multidisciplinar permite um atendimento mais completo e individualizado aos pacientes. Além disso, a especialização médica tem se tornado uma tendência, com os médicos cada vez mais especializados em áreas específicas. Essas vertentes atuais têm possibilitado o atendimento mais qualificado e individualizado aos pacientes por um lado, porém mais compartimentalizado por outro.

No entanto, apesar dessas mudanças, alguns problemas ainda assolam a medicina atual, tais como o alto custo e a inequidade no acesso à assistência médica, com pessoas de baixa renda tendo menos acesso aos cuidados de saúde de qualidade.

Caprara (2004) destaca a importância de se considerar os fatores sociais e econômicos na abordagem dos problemas de saúde. A saúde é um direito humano fundamental, e todos devem ter acesso a serviços de saúde de qualidade, independentemente de sua condição social ou econômica. Os avanços tecnológicos na saúde têm sido importantes, mas não suficientes para resolver os problemas de saúde pública. Estes problemas são causados por fatores como pobreza, desigualdade, insegurança alimentar e falta de acesso à saúde.

A falta de melhorias nas condições de vida também se reflete na carência do aperfeiçoamento das práticas de saúde. O autor também enfatiza a importância de se centrar no paciente as práticas de saúde. Os profissionais de saúde devem considerar as necessidades e desejos do paciente trabalhando em conjunto com ele para desenvolver um plano de tratamento que seja adequado às suas necessidades. As práticas de saúde devem ser baseadas em valores humanitários consistentes com profissionais de saúde que tratem seus pacientes com respeito e dignidade e que trabalhem para garantir que todos tenham acesso aos cuidados de saúde de que precisam.

A falta de integração entre a medicina curativa e a preventiva também é um outro problema identificado. Estas duas abordagens médicas ainda são vistas como duas áreas distintas, o que dificulta a adoção de uma abordagem mais holística do cuidado à saúde. Os médicos ainda se concentram mais no tratamento das doenças do que na prevenção ou na promoção da saúde.

Para superar esses desafios, é preciso encontrar formas de reduzir o custo da assistência médica por meio da adoção de políticas de saúde pública, como o controle de preços de medicamentos e a promoção de práticas de saúde preventiva. Também fundamental é garantir o acesso equitativo à assistência médica por meio da expansão da cobertura de planos de saúde públicos e privados e da adoção de políticas de atenção primária à saúde. Outro aspecto importante a ser defendido é a integração da medicina curativa e preventiva, por meio da educação médica, da formação de equipes multiprofissionais e do desenvolvimento de novos modelos de atenção à saúde (Porto, 2012).

Schestatsky (2020) questiona sobre o atual modelo médico, baseado na MBE. Para ele, esta abordagem da medicina seria baseada tão somente em achados científicos que não consideram os aspectos individuais da pessoa. Ainda acrescenta que este modelo vem sendo posto em dúvida pelo fato de muitas de suas evidências terem origem em pesquisas voltadas menos aos benefícios para o paciente e mais para os interesses das indústrias farmacêuticas.

Outro fator que incita esse questionamento é o fato de que geralmente pesquisadores encontram-se longe da beira do leito do paciente, de uma vivência com a doença, portanto distantes do exercício clínico diário. Em sua concepção, a medicina cientificamente rigorosa e a medicina que se baseia em dados da pessoa, que ele nomeia “medicina da vida real”, seriam complementares. No universo líquido que habitamos, onde tudo se modifica continuamente, caberia a antológica frase de Nietzsche (1844-1900): “As convicções são inimigas mais poderosas da verdade do que as mentiras” (Schestatsky, 2020, p. 79).

Em 2015, Schork já chamava a atenção para a medicina de precisão ou medicina personalizada, que se baseia em achados de ensaios clínicos focando na individualidade e não em resultados estabelecidos com base na média populacional estudada. A descoberta sobre a resposta de uma intervenção a determinado grupo acontece muitas vezes por acaso. Os grandes ensaios populacionais sobre a ação de um determinado medicamento muitas vezes é frustrante e requer novas análises no

intuito de buscar compreender os motivos que levam algumas pessoas a responder e outras não com o uso da medicação.

Azevedo (2008) realizou um ensaio clínico piloto, onde um único paciente foi estudado longitudinalmente ao longo de sua evolução clínica de um quadro infeccioso. Uma das argumentações da autora foi que, em um estudo de contexto genético/proteômico, realizar um *pool* das amostras coletadas de sangue dos pacientes removeria justamente os aspectos únicos de cada indivíduo, tão importantes para identificar as respostas específicas de cada organismo.

Diariamente pessoas fazem uso de medicamentos que não trarão benefícios a elas, baseados em estudos que generalizam os resultados. Ele cita como exemplo o uso indiscriminado de drogas para reduzir o colesterol (com faturamento em torno de 13 bilhões de dólares ao ano para as indústrias farmacêuticas) que atuam diminuindo os níveis séricos de colesterol, porém esse efeito reduziria somente em 1% as taxas de infarto em seus usuários. Acrescenta a este argumento, o fato de que os efeitos colaterais não são escassos e o alto custo para o paciente (Schork, 2015).

Greenhalgh, Howick e Maskrey (2014) publicaram uma revisão de trabalhos sobre o uso de antidepressivos, subsidiados pela indústria farmacêutica. Neste estudo, eles identificaram a discrepância e falta de transparência sobre resultados. De 38 estudos analisados que obtiveram resultados satisfatórios com o uso de uma droga, 37 foram publicados. Já dos 37 estudos que demonstraram resultados não tão favoráveis, somente 14 foram publicados.

É fundamental manter um olhar crítico para os resultados. Incitar o questionamento e aplicabilidade das evidências em conjunto com o aprofundamento em cada caso clínico, na multidisciplinaridade. Dessa forma abrangente e reflexiva, talvez possamos reduzir os danos desencadeados pelo excesso de diagnósticos, rastreios e tratamentos em excesso.

O núcleo duro da ciência se baseia na matemática, possibilitando através de seu formalismo a universalização dos resultados. Assim sendo, a ciência dita dura, obrigatoriamente atua reduzindo o objeto do estudo à formalização sistemática, o que permite a generalização de seus resultados, porém perdendo a rica particularidade do objeto. A grande vantagem do método é a universalização dos resultados em detrimento, porém, das singularidades.

Outra observação a ser considerada, é que quando se universaliza um determinado resultado, essa universalização é relativa pois nem sempre poderá ser

aplicada indiscriminadamente. Um exemplo dessa afirmativa é o resultado de uma pesquisa realizada em uma população com uma condição sociocultural específica ser extensível a outra população com condições adversas.

Dessa forma, pode-se afirmar que o fato de a pesquisa ter seguido critérios científicos rigorosos que reduzem o objeto de estudo não significa que seu resultado seja verdade absoluta. A redução induz perda de detalhes do objeto real, levando a resultados incompletos e espelhando uma realidade parcial. Considerando a ciência como exata empregando métodos considerados válidos cientificamente, devemos lembrar que o ser humano não o é. A medicina, portanto, que atua tão somente dentro do escopo da formalidade científica mensurável, não abrangendo todo o universo inexato da pessoa, torna-se incompleta e inexata, limitando-se ao binômio saúde / doença sem considerar os aspectos psicológicos, sociais e ambientais que constituem a doença e a própria RMP.

Muitas vezes essa crença de que a medicina detém todas as verdades científicas, confere ao médico o poder da decisão final sobre a doença, desconsiderando a participação ou as escolhas do próprio paciente, ferindo sua autonomia. Pensar a saúde como algo mais abrangente e passível de influências do contexto social e psíquico do sujeito, torna a medicina mais precisa, mesmo que não suportada pelos critérios convencionalmente aceitos pelos meios científicos predominantes. A singularidade da pessoa sendo considerada no processo de adoecimento e a importância de sua integração nos mecanismos de recuperação e restabelecimento da saúde são aspectos que fundamentalmente devem fazer parte do ensino médico (Martins, 2004).

### **3.1 A relação médico-paciente**

A relação médico-paciente (RMP) é definida como uma relação de consenso, onde o paciente espontânea e conscientemente busca a assistência do médico e este, por sua vez, conscientemente o aceita como seu paciente. Essa relação ocorre em um campo profissional, sendo composta, geralmente, por elementos de vulnerabilidade, autoridade e confiança (Pellegrini, 2017).

A RMP tradicional é caracterizada por uma relação eu-objeto, na qual o paciente é visto como um objeto passivo, que simplesmente acata o que lhe é dito pelo médico. Essa relação é baseada na autoridade do médico, que é visto como o

detentor do conhecimento e do poder, e é inadequada para a contemporaneidade, pois o paciente deve ser visto como um indivíduo autônomo, livre para as suas escolhas. Para isso, é necessário que a RMP seja uma relação eu-tu. Nesse tipo de relação, médico e paciente se relacionam como sujeitos, de igual valor e importância (Von Zuben, 2009).

A RMP deve ser baseada no respeito mútuo, na confiança e na colaboração, onde o médico deve ouvir atentamente o paciente, explicar o diagnóstico e o tratamento de forma clara e compreensível e buscar envolver o paciente nas decisões sobre seu tratamento. O paciente, por sua vez, deve fornecer ao médico informações relevantes sobre sua saúde, seguir as orientações médicas e participar ativamente do tratamento. A adoção desse tipo de RMP permite que o paciente seja um agente ativo em seu tratamento, o que pode levá-lo a melhores resultados no tratamento.

A mudança da RMP de eu-objeto para eu-tu é um desafio nas perspectivas da saúde atual, mas é essencial para garantir uma assistência médica de qualidade e humanizada. Os profissionais de saúde devem estar preparados para essa mudança, desenvolvendo as habilidades necessárias para se relacionar com os pacientes como sujeitos neste novo modelo de atendimento médico (Von Zuben, 2009).

Alguns elementos assumem grande relevância na edificação de uma RMP sólida e irão determinar diretamente o grau de satisfação do paciente. Dentre estes estão a confiança no médico, a disponibilidade do médico em ouvir seus problemas e se aprofundar neles, a empatia, a conectividade, o apoio, a afetividade e a lealdade. Estes elementos exercem papel de destaque nesta relação, sendo fundamentais para o aprofundamento da RMP. A continuidade do cuidado médico, longitudinalmente, através de consultas consecutivas com o mesmo médico e a vivência repetida de experiências durante a consulta, são os fatores mais importantes na construção da RMP (Chipidza *et al.*, 2015).

Podemos considerar a confiança como ponto crucial para o estabelecimento de uma boa RMP e neste cenário a comunicação assume posição de destaque, pois é através dela que se estabelece os meios para se edificar a confiança. A RMP ideal transmite aos pacientes a segurança de que os recursos adequados serão empregados em seu tratamento, concorrendo para seu melhor desfecho. A confiança depositada no médico relaciona-se, entre outros fatores, à sua formação acadêmica e certificações, dentro de um conjunto de obrigações normativas e éticas ao qual é exposto (Rajasoorya, 2018).

Os médicos possuem os dados e os conhecimentos necessários para a definição sobre como e quando ocorrerá o tratamento da saúde de seu paciente. O médico tem como obrigação trazer todas as informações ao paciente sobre sua condição clínica, prescrever o tratamento mais adequado para o seu caso e indicar um especialista quando se fizer necessário. Os pacientes, quando escolhem seu médico, tendem a aceitar passivamente suas condutas. Neste cenário de desigualdade de poderes, onde estão em questão muitas vezes decisões importantes sobre diferentes vertentes para o tratamento em questão, a confiança do paciente no médico torna-se elemento da maior importância (Rajasoorya, 2018, Ridd *et al.*, 2009).

Alguns aspectos podem afetar a confiança estabelecida na RMP. A supervalorização de exames diagnósticos em detrimento da anamnese e do exame físico e a falta de tempo adequado para este contato com o paciente têm sido elementos comprometedores da RMP. A comunicação precária representa condição de destaque para o desencadeamento de sérios descontentamentos nesta relação.

O paciente está imbuído de sentimentos muitas vezes de ambivalência em relação a sua doença, associados a carências e vulnerabilidades, procurando apoio e compreensão no médico que o acompanha. O atendimento médico apressado e superficial, sem valorizar as queixas e angústias expostas pelo paciente, com enfoque apenas em aspectos técnicos e biológicos é outro fator que contribui veementemente para a quebra de confiança nesta relação.

A subespecialização dentro da área médica é outro elemento com implicação considerável na RMP, resultando muitas vezes em cuidados fragmentados. Com o desenvolvimento científico e o aumento do conhecimento sobre a complexidade das doenças, estabeleceu-se a necessidade de conhecimentos específicos e mais aprofundados em cada área de conhecimento, surgindo então os médicos especialistas. É importante que haja um equilíbrio entre médicos generalistas e especialistas, e a perfeita interação entre ambos, para melhor condução do paciente (Beckman, 1994).

Outros fatores também podem contribuir para o comprometimento da relação entre o médico e o paciente. Do ponto de vista comunicacional, não existe na faculdade médica o treinamento formal em habilidades de comunicação. O médico torna-se detentor do conhecimento científico e da competência técnica, porém sem a habilidade de transferir esse conhecimento ao seu paciente. Além desta lacuna em

sua formação, alguns elementos externos contribuem para a existência de ruídos nessa relação, dentre eles o surgimento da internet e a judicialização da medicina.

A internet tem se tornado cada vez mais onipresente na vida do indivíduo na busca por informação. No campo da saúde, tornou-se bastante comum o paciente procurar informações sobre seu estado de saúde antes de se consultar com o médico. Desta forma, pacientes tornam-se mais seguros para discutir sobre sua situação clínica e participar da tomada de decisão sobre seu tratamento (Marton, 2012; Broom, 2005).

Se por um lado essa bagagem informacional disponível e agora ao alcance do paciente pode trazer influências positivas, com engajamento e participação maiores pelo paciente em sua doença, por outro lado, pode influenciar negativamente. A incapacidade de discernir sobre a qualidade e veracidade das informações adquiridas e mesmo interpretar corretamente uma informação fidedigna, podem muitas vezes induzi-lo ao autodiagnóstico e ao auto tratamento. Este comportamento pode ainda fazê-lo se sentir angustiado sem a compreensão correta de sua condição clínica (Ahmad *et al.*, 2006).

Quando o paciente, munido dos conhecimentos recém adquiridos na internet, se depara com opiniões adversas e condutas diferentes adotadas pelo médico, podem advir atritos na relação. Desta desavença de opiniões entre médico e paciente podem resultar desconfiças e por conseguinte a não adesão ao tratamento. O acesso do paciente à informação sobre saúde provocou uma alteração no *status quo* desta relação, onde agora o paciente cada vez mais munido de conhecimento sobre sua doença é capaz de questionar o tratamento estabelecido pelo médico (Ahluwalia *et al.*, 2010; Hardey, 1999).

Os pacientes utilizam a internet principalmente com o intuito de se prepararem melhor para a consulta com o médico, se capacitando para melhor discutirem e tomarem parte nas decisões sobre sua doença. O acesso às informações em saúde pelos pacientes, em sua maioria, não alterou a atitude positiva dos pacientes em relação ao médico, nem tampouco sua confiança no tratamento, a menos que o médico seja contrário ao compartilhamento de informações (Murray *et al.*, 2003, Broom, 2005, Alghamdi; Moussa, 2012).

Uma metanálise realizada em 2017, avaliou as implicações que a busca de informações na internet pelos pacientes poderia ter na RMP. Os achados foram de

que a maioria dos pacientes que buscou informações na internet antes da consulta não sentiu impacto negativo nesta relação (Tan; Goonawardene, 2017).

Na análise dos estudos sobre esse tema, as evidências demonstraram mais resultados positivos do que negativos quanto ao uso da internet e suas consequências na RMP. Corroborou para esse achado a receptividade do médico para discutir os conhecimentos adquiridos pelo paciente na rede. Não obstante, os atritos ocorreram quando havia divergências nas interpretações de algum tema, e quando o paciente sobrepunha seus achados na internet aos conhecimentos do médico (Tan; Goonawardene, 2017; Sommerhalder *et al.*, 2009).

É importante esclarecer ao paciente, que as informações trazidas por ele através de buscas na internet, devem ser confirmadas, dado o grande número de informações enganosas na rede. Uma fonte oficial científica é a única forma de conhecimento válida e confiável a ser empregada na tomada de decisão clínica. Valorizar as informações trazidas pelo paciente, o interesse em escutá-las e permitir que sejam comunicadas e discutidas foi dos fatores de maior preponderância na construção de uma boa RMP (Tan; Goonawardene, 2017; Broom, 2005, Gerber, 2001).

Aspectos jurídicos também são capazes de influenciar a RMP, gerando a prática da medicina defensiva. A medicina defensiva surgiu na década de 1990 nos Estados Unidos e consiste em uma prática que tem como foco evitar processos jurídicos relacionados ao exercício da medicina. Essa prática é considerada, por muitos, insensata e ineficiente para proteger o médico, trazendo riscos e custos incalculáveis ao exercício da medicina (Missioni; Silva, 2013).

A medicina defensiva pode trazer mais sofrimento ao paciente e seus familiares, bem como precariedade na assistência à saúde. Neste tipo de abordagem médica, as estratégias empregadas são mais direcionadas para a eliminação de diagnósticos de doenças do que efetivamente para sua busca. Esse comportamento defensivo resulta em excesso de exames diagnósticos muitas vezes desnecessários e que em muitos casos poderiam ser melhor substituídos pela escuta ativa ao paciente. É uma conduta que busca mais minimizar os erros do que efetuar o acompanhamento e tratamento do paciente com foco no problema apresentado.

A prática de encaminhar os pacientes para fazer avaliações especializadas e realizar diversos exames frente a queixas comuns, tem se tornado cada vez mais habitual e contribuído para a não resolução dos casos. Muitas vezes, diante das

dificuldades apresentadas para a realização de alguns exames, os pacientes deixam de realizá-los, conseqüentemente retardando seu tratamento. Isso pode acarretar complicações graves no futuro, decorrentes do atendimento incompleto e por conseguinte inefetivo e ineficiente (Missioni; Silva, 2013).

A prática da medicina defensiva traz conseqüências graves aos pacientes e à sociedade e não resguarda o profissional ampla e plenamente contra as ameaças de processos por negligências e erros nos procedimentos. O melhor caminho para uma proteção efetiva da responsabilidade profissional em determinados atos médicos é considerar os deveres de conduta do bom profissional. Dentre outros, esses são o dever de informação, de atualização, de vigilância e atenção aos fatores de riscos que podem levar ao mau resultado. Deve ainda esse profissional ter uma elaboração clara, adequada e completa do prontuário médico, com o registro das informações que foram transmitidas ao paciente, daquelas recebidas destes e do grau de participação dos familiares (Minossi, 2009).

A RMP deve ser repensada. A medicina moderna tem se concentrado cada vez mais no diagnóstico e tratamento da doença, e menos na pessoa doente. Isso tem levado a uma visão paternalista da RMP, na qual o médico é o detentor do conhecimento e o paciente é o receptor passivo do tratamento. O paciente deve ser visto como um indivíduo autônomo, que tem o direito de participar das decisões sobre seu tratamento. O médico deve se preocupar em entender as necessidades e desejos do paciente, e trabalhar em conjunto com ele para desenvolver um plano de tratamento que seja adequado às suas necessidades. Tostes (2014) descreve em seu livro sobre o encontro do médico com o paciente:

A RMP permeia o tempo todo o trabalho do médico. Trata-se de uma questão que, na verdade, diz respeito a todas as pessoas. Mais dia, menos dia, todos somos pacientes, e, sem exceção, queremos ser bem atendidos pelos médicos, e que a relação que estabelecemos com eles seja satisfatória para ambos (Tostes, 2014, n.p.).

Caprara (2001), em um trabalho no programa de saúde da família no Ceará discorre sobre a necessidade crescente de se investir no desenvolvimento de um processo comunicacional mais elaborado e aberto entre médicos e pacientes que possibilite uma maior qualidade desta relação. Frente a essa questão, um ponto importante apresentado para reflexão relaciona-se à atitude do médico no exercício da profissão.

Este deve buscar incorporar em seus cuidados, a percepção que o paciente possui acerca da doença que o acomete. Possivelmente esta visão do paciente a respeito de sua doença será divergente do quadro clínico propriamente estabelecido, uma vez que reflete valores e percepções próprias. O médico deve, além de estar capacitado tecnicamente para tratar, igualmente ser capaz de perceber seu paciente, com características singulares, valores e crenças que norteiam sua realidade. Deve poder adentrar e desvendar o real significado de suas queixas, suas demandas, suas dores e junto a ele, buscar estratégias para tratar e melhor lidar com as consequências advindas das patologias.

### 3.1.1 A comunicação na relação médico-paciente

Os modelos de comunicação na RMP abrangem características do médico, do paciente e do ambiente terapêutico, que atuam conjuntamente para a construção de uma relação. Elementos relacionados ao paciente geralmente compreendem a ansiedade, insegurança, receios e expectativas além dos sintomas da doença que o levou a buscar atendimento médico. Quanto ao médico, algumas características esperadas seriam a competência técnica, a habilidade de se comunicar adequadamente com o paciente, a habilidade de escuta, a comunicação clara e objetiva, o respeito, a empatia, dentre outros.

Cada consulta é uma nova relação que se inicia e o médico tem o papel fundamental de possibilitar que essa relação seja centrada no paciente e não apenas na doença. Ao adotar uma abordagem centrada na pessoa do paciente, o médico pode diminuir a assimetria dessa relação, tornando-a mais colaborativa e participativa. Isso pode contribuir para a melhora da qualidade do atendimento, da satisfação do paciente e do resultado do tratamento.

A medicina moderna, ao se concentrar na objetividade dos dados e na instrumentação técnica, acabou negligenciando os elementos subjetivos da comunicação entre o médico e paciente. Isso levou a uma assimetria na relação, na qual o sujeito médico assume o papel de detentor do saber e o sujeito paciente é reduzido a um objeto de estudo. É fundamental que a medicina recupere esses elementos subjetivos, pois eles são essenciais para a compreensão da experiência mais ampla do paciente. A comunicação médico-paciente deve ser centrada na

pessoalidade do paciente, e a pessoa do médico deve estar aberta a ouvir a história da pessoa paciente, suas preocupações e seus sentimentos (Jasper, 1991).

Para garantir uma RMP ética e humanizada, é importante que o paciente seja informado de forma clara e compreensível sobre sua condição e que o regime terapêutico seja sempre, dentro do possível, simples e fácil de seguir. Um regime terapêutico complexo ou inexecutável é mais propenso a ser abandonado pelo paciente. Neste cenário, questões psicossociais e demográficas do paciente devem ser levadas em conta e a aderência ao tratamento trabalhada para ser construída. O médico deve estar atento às crenças e mitos do paciente, e deve esclarecer quaisquer dúvidas ou preocupações. Ele deve também garantir que o paciente compreenda sua condição e suas opções de tratamento, usando uma linguagem simples e acessível e esclarecendo todas as suas dúvidas.

Outro ponto de extrema importância é garantir que o paciente e o médico tenham uma comunicação eficaz. A comunicação é essencial na construção da confiança nesta relação e na garantia de que o paciente siga corretamente as orientações fornecidas pelo médico. Através dessas considerações, o médico pode e deve contribuir para uma RMP mais ética e humanizada, que resultará em melhores resultados para o paciente (Porto, 2012).

A comunicação na RMP é um processo fundamental para a qualidade do atendimento. No entanto, essa comunicação nem sempre é aberta e eficaz. Um dos principais desafios da comunicação nesta relação é a diferença de percepção entre o médico e o paciente. O médico, com seu conhecimento técnico, tem uma visão da doença que pode ser diferente da visão do paciente, que é subjetiva e influenciada por seus valores e experiências, mesmo que esta última assimile informações extraídas seletivamente da internet. Para superar esse desafio, o médico deve estar aberto a considerar a percepção do paciente sobre sua doença. Isso não significa que o médico tenha que atuar como psicanalista ou psicólogo, mas que deve ter sensibilidade para perceber a realidade do paciente e suas reais necessidades. Ao ouvir o paciente, o médico pode construir uma relação de confiança e colaboração, que é essencial para o sucesso do tratamento (Caprara, 2001).

A comunicação, quando ocorre de forma adequada, promove segurança ao paciente. Ela também contribui para médicos e pacientes tornarem-se mais satisfeitos, reduz os índices de erro médico, diminui a chance de reclamações por parte do

paciente e aumenta sua adesão ao tratamento preconizado. Estes fatores atuam influenciando diretamente os resultados do tratamento (Pellegrini, 2017).

Quando se abandona o viés paternalista desta relação e se estabelece uma comunicação contínua e clara, baseada em uma relação simétrica de poderes com o paciente tomando parte das responsabilidades e decisões sobre seu tratamento, estabelece-se uma RMP saudável baseada na parceria (Kaba; Sooriakumaran, 2007).

A comunicação de forma clara e bilateral ocupa papel preponderante na RMP, determinando sua qualidade e sua dimensão. Quanto à profundidade da relação, esta pode ser capaz de estabelecer o elo de confiança, a intimidade, a consideração e a lealdade.

A competência comunicacional é, porém, pouco desenvolvida e valorizada nos cursos de formação médica. Os médicos recebem um treinamento bastante deficiente em comunicação com o paciente, e isso tem sido evidenciado no número crescente de conflitos e insatisfações em consultas e tratamentos. Felizmente essa competência pode ser treinada formalmente ou adquirida de acordo com vontade e esforços individuais. A competência comunicacional deve ser integrada ao curso de medicina e enfatizada como determinante na construção de uma boa RMP (Tongue; Epps; Forese, 2005).

A comunicação verbal ou não verbal é parte integrante do cenário de tratamento do paciente. Nesse contexto, ela transmite de forma consciente ou inconsciente a mensagem em consonância com o que é vivenciado. A comunicação não verbal evidencia sensações e emoções do narrador, permitindo uma compreensão mais abrangente da mensagem. Esse tipo de comunicação ocorre através de sinais, sejam estes paralinguísticos, de modalidade acústica como a entonação de voz, suspiros ou tosses, ou sinais silentes e visuais, como aqueles expressos através do olhar ou da postura corporal, ou ainda de modalidade tátil como as qualidades do toque em momentos relevantes e do exame físico, que evidenciam o contexto e o processo interiores do interlocutor. Essa mensagem não verbal transmitida de forma multimodal vem a complementar a mensagem verbal ou mesmo contradizê-la ou indicar paradoxo ou conflito, e em caso de divergência entre ambas, indicar ao médico a necessidade de compreender e identificar qual a primazia e qual o fundo (Ramos; Bortagarai, 2012; Schelles, 2008).

Pellegrini (2017) define que a comunicação se estende para além do que de fato verbalizamos. Elementos não verbais ocupam grau relevante de importância

quando se transmite uma mensagem através do tom da voz, de expressão e gestos. A mensagem que transmitimos vem imersa em componentes verbais e não verbais e que dependem ainda da interpretação de quem as recebe.

A comunicação não verbal complementa a relação interpessoal, qualificando-a, adornando-a com sentimentos expressados em gestos e emoções expressas por outros canais de informação e comunicação, os quais permitirão um conhecimento mais profundo do tema em questão. Este tipo de comunicação é responsável por mais de 90% das formas de expressão, manifestadas através das expressões faciais, olhar, tom de voz, postura corporal, dentre outros. Geralmente empregada para adicionar características suplementares à mensagem verbal, esse tipo de comunicação não verbal pode também contradizer as palavras emitidas e nestes casos a mensagem corporal contraditória será preponderante no balanço final da mensagem emitida (Ramos; Bortagarai, 2012).

No contexto da saúde, torna-se fundamental a compreensão pelos profissionais da área, de que seus comportamentos, tanto quanto suas falas têm pesos decisivos para a interpretação de suas mensagens. Conhecendo o valor da comunicação não verbal e sua influência no processo de transmissão da mensagem, os profissionais da saúde podem se valer desses subsídios para melhorar a comunicação com seu paciente, através do emprego de elementos tais como o toque, a postura, a emissão da voz e o contato visual (Silva, 2002).

Ramos e Bortagarai (2012) complementam, em suas considerações sobre a comunicação não verbal, que a falta de valorização dos elementos constituintes deste tipo de comunicação pode acarretar efeitos desastrosos na RMP, que resultarão na evolução clínica desfavorável para o paciente.

Na RMP, a comunicação assume um papel preponderante porque dela depende o sucesso da investigação diagnóstica e possivelmente dos resultados terapêuticos. Quando o médico dialoga com seu paciente, aquele deve estar atento a todos os sinais emitidos por este. Além disso, deve realmente ouvi-lo em seus relatos e, fundamentalmente, deve buscar ouvir aquilo que não foi dito, seja por impossibilidade real por algum bloqueio emocional ou por falta de desejo.

Para se estabelecer e aprimorar uma relação interpessoal é necessário que haja interesse e empenho constante no processo comunicacional. Deste exercício contínuo emerge a possibilidade de partilhar ideias e aprofundar experiências de vida, criando elos e enriquecendo a relação interpessoal. No processo comunicacional, é

necessário que haja trocas intersubjetivas. Neste âmbito, para que o intercâmbio de significados verdadeiramente ocorra, deve existir um envolvimento de ambos os lados desta relação (Merleau-Ponty, 1999, 2014; Penteado, 1993).

A RMP envolve consenso entre o paciente, que busca de forma consciente o cuidado do médico, e o médico, que aceita aquela pessoa como seu paciente. Neste preâmbulo, a troca de informações no âmbito comunicacional é matéria de primeira ordem. A comunicação realizada de forma eficaz intensifica a satisfação bilateralmente, reduz os erros médicos, aumenta a adesão ao tratamento e resulta em resultados melhores em relação ao estado geral de saúde do paciente (Honnar, 2018).

Tongue, Epps e Forese (2005) identificaram, em seu estudo sobre aspectos comunicacionais da RMP, que os pacientes valorizam as habilidades em comunicação do médico em igual importância à sua habilidade técnica. Podemos concluir desta forma, o papel fundamental desempenhado pela comunicação na RMP e na medicina como um todo.

Sem uma boa comunicação na RMP muitos elementos informacionais serão perdidos, fragilizando o diagnóstico, a adesão ao tratamento e o seu resultado. O médico precisa ser um como um detetive, investigando relações de causas e efeitos, buscando indícios e pistas, sintomas e síndromes. Contudo, sem que se estabeleça uma aliança de confiança e comprometimento neste encontro, as chances de insucesso serão grandes.

Comunicar significa colocar em comum, do termo "*Communicare*" em latim. Desta forma, a comunicação seria a troca de conteúdo através de símbolos com significados compreensíveis, preferencialmente com correspondência na compreensão das mensagens, sejam elas verbais ou não verbais. Estas mensagens são proferidas incessantemente na RMP, trazendo assuntos e pontos conscientes ou não, onde a interpretação dependerá das circunstâncias vivenciadas.

O médico deve saber ouvir seu paciente, entender sua perspectiva do problema e situá-lo cuidadosamente nos aspectos que concernem à realidade da doença. Deve saber compreender e respeitar suas fraquezas, sem julgamentos, trazendo com delicadeza e prudência os fatos para a discussão do problema em questão. A RMP quando verdadeira e embasada na ética é sacrossanta. Nela o paciente confere ao médico o direito de acesso aos recônditos de seu ser, do seu lar, do seu corpo e de seus mais escusos sentimentos, além do direito de curar, aliviar ou paliar sua doença.

O médico deve ser capaz de ser digno dessa confiança nele depositada (Menon, [2018?]; Rajasoorya, 2018).

Kallergis (2019) enfatiza em seu estudo sobre técnicas psicanalíticas, que o efeito terapêutico do médico através de atitudes empáticas, mais do que suas técnicas, contribui diretamente para o resultado favorável do tratamento. Esse efeito terapêutico do médico, influenciando no resultado do tratamento, advém da qualidade da RMP, estabelecida em uma base de respeito, autenticidade, acolhimento e empatia.

O termo placebo origina-se etimologicamente do latim *placeo*, *placere*, cujo significado é agradar. O efeito placebo portanto representa “algo para agradar”, o que em última análise significa dar ao paciente algo para lhe agradar sem que este seja revestido de qualquer ação farmacológica. Esse processo de agradar não significa seduzir, enganar, disfarçar nem substituir a oferta de outros meios de busca de resolução dos problemas. Significa o real efeito de desenvolver a relação entre médico e paciente fundamentada na *philos* e não na *phobos*, poder desencadear e promover a relação de confiança e empenho, acionar processos de autorregulação sistêmica e psiconeuroimunoendócrina do paciente, e poder proporcionar segurança, esperança, conforto e alívio em bases firmes, humanística e cientificamente referenciadas e validadas. O efeito placebo, de fato, pode exercer grande poder de transformação no paciente, desencadeando, promovendo e refletindo em sua melhora clínica.

Placebo seria qualquer elemento capaz de desencadear mecanismos de autocura em certos pacientes. Seu mecanismo de ação não seria propriamente sobre a doença, mas sim emocionalmente gerando uma expectativa no paciente e assim acionando mecanismos internos que atuarão nos sintomas da doença em si. Da mesma forma que uma expectativa positiva e otimista podem gerar um efeito placebo, o contrário também se sucede. Na presença de uma atitude negativa do médico e pessimista frente ao paciente, um fármaco mesmo que quimicamente inativo será capaz de desencadear reações adversas neste (Balleiro; Balleiro, 2000).

O médico é elemento preponderante do processo de cura. Seu equilíbrio emocional, sua atitude firme, persuasiva, mas também condescendente perante o paciente, sua disponibilidade para estar com ele, e sua expectativa de cura são fatores que atuam interferindo diretamente no doente e na doença. Este fato explica o porquê que alguns pacientes apresentam melhora do quadro clínico, que o motivou buscar atendimento médico, com determinado profissional e não com outro, a despeito do

tratamento ter sido exatamente o mesmo, às vezes somente com o nome fantasia da substância diferente (Ballone; Ortonlani, 2003).

Este fato se apoiaria na crença do paciente no tratamento, na sua convicção de que o tratamento será capaz de modificar a doença que o acomete, refletindo diretamente em sua resposta ao medicamento. Maior e mais satisfatório será o resultado do tratamento quanto maior for a crença do paciente de que ele vai melhorar. O médico exerce grande poder de atuar diretamente na crença do paciente através de sua relação com ele, fazendo-o acreditar no êxito do tratamento proposto. Dessa forma, o médico atuaria tal qual o medicamento no efeito placebo, observando-se de forma mais ampla a conotação deste dado efeito. Assim sendo, o médico desponta como a parte mais importante do efeito global de uso do medicamento e este fato somente torna-se possível através da construção de uma boa RMP (Teixeira, 2006).

Estudos nesse campo têm proporcionado maior compreensão sobre este efeito, demonstrando que existe uma associação entre a potencialização do efeito placebo quando associado a elementos como empatia, atenção e comprometimento do médico. Atitudes empáticas, quando presentes na RMP, são capazes de interferir na resposta ao tratamento, resultando em uma resposta mais significativa do que aquela esperada (Chaput; Herxheimer, 1994).

Teixeira (2006) descreve o efeito placebo como uma potente intervenção terapêutica. Quando esse recurso é bem empregado na RMP, é capaz de interferir positivamente com o resultado do tratamento, potencializando-o.

O efeito placebo deve ser compreendido, portanto, como a resposta a um tratamento, geralmente medicamentoso, induzido ou potencializado pelo poder da crença no mesmo. Acreditar que determinado tratamento surtirá efeito caracteriza o efeito placebo, destacando, porém, que haverá uma variação no resultado de acordo com os aspectos individuais do médico e do paciente, isto é, da RMP.

No século XVIII, surgiram os primeiros ensaios clínicos randomizados e controlados com placebo, e desde então o efeito placebo tem sido estudado extensamente. Foram observadas melhoras do quadro clínico de pacientes que variaram de 5% a até 65%, relacionadas ao uso do placebo. O grau de melhora oscilou de acordo com a patologia estudada e a amostra.

O termo placebo tem sido empregado de forma costumaz como se representando oferecer algo ao paciente sem qualquer efeito clínico somente para enganá-lo ou agradá-lo em sua necessidade de se sentir medicado. O que tem sido

observado com o emprego do placebo é que seu efeito é surpreendente, promovendo melhora expressiva apoiando-se unicamente na crença do paciente no tratamento em questão, e não apenas isso, mas também que quanto maior sua crença no tratamento melhores os resultados aferidos. Quando se iniciaram os estudos controlados, comparando-se grupos controle com emprego de placebo ao grupo de tratamento efetivo, de pronto foi observado o forte poder de influência da mente sobre o corpo (Teixeira, 2006; Zubieta; Stohler, 2009).

Um placebo pode ser não apenas uma substância, mas qualquer forma de intervenção, seja ela verbal através da comunicação na RMP, gestual ou qualquer tipo de pílula, procedimento ou dispositivo presente no tratamento estabelecido pelo médico. Também pode se configurar como placebo um local específico, tal como a sala de consultório médico, a clínica ou a relação estabelecida com o médico. Os pensamentos emergentes sobre o médico, sobre sua capacidade técnica e desempenho e as sensações advindas também teriam este efeito (Oken, 2008).

A crença do paciente no tratamento estabelecido já é de muito conhecida, através do chamado efeito placebo. Este efeito exalta o médico como o componente de maior relevância do tratamento medicamentoso e a crença do paciente no tratamento somente se faz possível através da construção de uma RMP forte e consistente. Este mesmo estudo define como fundamental para o melhor resultado no tratamento medicamentoso, o empenho na elaboração de uma RMP sólida e estruturada com base em elementos indispensáveis, tais como o emprego da escuta ativa, de linguagem adequada e clara, de informações precisas e includentes e com foco na percepção do paciente enquanto indivíduo. O autor finaliza sugerindo que é de suma importância repensar o ensino médico nas escolas de formação, bem como instituir mudanças no comportamento dos médicos (Chagas, 2013).

Embora presente rotineiramente na rotina médica, o mecanismo de ação do efeito placebo ainda não foi completamente esclarecido. Existem alguns modelos, possivelmente complementares, que tentam explicá-la. Dentre estes estão o modelo de expectativa, o modelo opioide e o modelo reflexo ou condicionamento pavloviano.

O modelo de expectativa aponta para a grande força das crenças e dos pensamentos sobre a saúde, atuando sobre mecanismos neuroimunoendócrinos, afetando reações químicas no organismo e levando a alterações diretas sobre o estado intersistêmico do indivíduo.

O modelo opioide descreve a liberação de endorfinas quando o placebo é aplicado e revela, através de métodos de imagem molecular, a transformação na atividade do cérebro em áreas ricas em opioides. Essas transformações são as mesmas que ocorrem quando da aplicação da substância propriamente ativa.

O modelo de condicionamento reflexo ou pavloviano, descreve que uma vivência de forma positiva experimentada previamente com um médico ou medicamento determinaria o condicionamento de um estímulo reflexo. Desta forma, o efeito placebo se estabelece como uma resposta reflexa aprendida (Guess *et al.*, 2002; Benedetti *et al.*, 2005).

Como cada um desses modelos descreve fenômenos em diferentes escalas e localizações dos processos constitutivos do ser humano, é plausível e provável que todos sejam válidos e superpostos.

Assim como o efeito placebo, existe também o efeito nocebo. Este por sua vez é descrito como uma substância que, embora sem efeitos medicamentosos comprovados, é capaz de promover uma piora no quadro clínico do paciente, partindo das memórias de experiência prévias negativas deste paciente. Do mesmo modo, o efeito nocebo pode ser devido e desencadeado por fatores não medicamentosos, como por exemplo a qualidade negativa de uma determinada RMP. Na história médica, os efeitos placebo e nocebo sempre se fizeram presentes e diferentes estudos já descreveram aplicações destes efeitos nas mais diversas áreas.

Estes estudos demonstraram que pensamentos e crenças poderiam determinar mudanças nos mecanismos neuroinumoendócrinos, influenciando, em última análise, as respostas ao tratamento. No âmbito da RMP torna-se fundamental que o resultado destes estudos conscientize os profissionais de saúde da relevância dos efeitos placebo e nocebo em sua vida profissional rotineira. Essa conscientização deve trazer a importância do estabelecimento de uma boa RMP baseada na comunicação clara, porém cuidadosa, em relação a manter sua esperança no tratamento porvir (Požgain, 2014; Bowling, 2011).

É bem vivenciado no exercício da medicina que a vontade e a crença do paciente em sua cura exercem grande peso no processo terapêutico. Mesmo no meio acadêmico, onde as evidências se sobrepõem às vivências individuais, grande parte dos médicos considera as emoções do paciente e suas crenças como fatores atuantes.

Chopra (1989) argumenta que os pacientes que acreditam e confiam em seus médicos e aceitam legitimamente os seus cuidados têm maior probabilidade de ficarem curados do que aqueles que resistem ao tratamento ou o acatam de forma desconfiada.

Prosseguindo nesta trilha de observações devemos destacar o papel preponderante do médico, que através de sua boa relação estabelecida com o paciente, atua influenciando sua crença e promovendo alianças de confiança que interferirão diretamente no resultado do tratamento, similarmente ao que ocorre com a substância empregada no efeito placebo.

Os médicos devem, portanto, atentar para este fato, considerando tratar não apenas a doença em questão com a substância farmacológica ideal para tal, mas também estar conscientes de seu potencial em exercer influência no processo terapêutico tal como um medicamento, através da boa RMP estabelecida (Teixeira, 2006).

A confiança do paciente no médico associado à crença em sua cura pode ser capaz de acionar seus próprios mecanismos internos capazes de auxiliar no processo de cura. Chopra (1989, p. 42-43) complementa este raciocínio:

A frustrante realidade, no que se refere aos pesquisadores médicos, é já sabermos que o corpo vivo é a melhor farmácia inventada até hoje. Ele produz diuréticos, analgésicos, tranquilizantes, soníferos, antibióticos e tudo mais que é fabricado pelas indústrias de drogas, mas sua produção é muito superior. A dosagem é sempre certa e ministrada no horário adequado; os efeitos colaterais são mínimos ou inexistentes; as indicações para o uso estão incluídas na própria droga, como parte de sua inteligência. Pensando em fatos tão conhecidos, cheguei a três conclusões. Primeira, essa inteligência está presente em qualquer parte de nosso corpo. Segunda, nossa inteligência interior supera de longe qualquer outra com que se procure substituí-la a partir do exterior. Terceira, essa inteligência é mais importante que a própria matéria de nosso corpo, já que sem ela a matéria ficaria dispersa, sem forma e caótica. A inteligência é que faz a diferença entre a casa projetada pelo arquiteto e uma pilha de tijolos. A inteligência interior do corpo é tão poderosa que, quando se desvia, o médico tem pela frente um antagonista temível.

Thomas (1978) publicou um estudo realizado em um hospital geral na Inglaterra, onde 200 pacientes que não tinham diagnóstico definido foram aleatoriamente alocados em 2 grupos. Um grupo recebeu um medicamento sintomático e o outro grupo foi informado que não receberia tratamento pois suas queixas não se configuravam em doença. Não houve diferença entre os dois grupos (paciente tratado e não tratado) quanto à evolução dos sintomas explicitados nem também quanto à quantidade de consultas de retorno para um novo tratamento.

Este estudo, emblemático na época, levanta a questão de que tratar o paciente nem sempre é o tratamento adequado. Algumas vezes não tratar pode ser a decisão mais acertada. Uma mudança importante de paradigma que sugere um novo olhar do médico para a doença e para o doente. Um incentivo ao aprofundamento das relações, que possa tolerar a ausência de tratamento por tê-lo sido já o tratamento o simples encontro de ambos.

### 3.1.2 Teoria da comunicação afetuosa

We can live without religion and meditation, but we cannot survive without human affection. Dalai Lama

Floyd, Hesse e Generous (2018) nomeiam a teoria da comunicação afetuosa (TCA) como teoria da troca de afeto, onde descreve que, tal como Darwin (1987) em sua teoria da seleção natural, um traço comportamental mais bem adaptado ambientalmente é mais bem-sucedido em sua hereditariedade para as futuras gerações. Segundo Charles Darwin, todas as formas de vida passam por um processo de seleção natural através dos tempos. Somente os organismos mais adaptáveis às situações impostas pelo ambiente que os cerca serão capazes de sobreviver e se reproduzir, trazendo no perfil genético a hereditariedade dos traços favoráveis que serão transmitidos às próximas gerações. A comunicação afetuosa, portanto, abrange uma série de formas de comportamentos motivados para fins de promover a evolução da espécie através de sua sobrevivência e procriação.

A TCA parte de cinco postulados:

O primeiro postulado seria de que os humanos teriam de forma inata a capacidade e necessidade de amar e ser amado pelos seus pares. Sendo inata, essa capacidade seria constante e estável no decorrer do tempo, sem diferenças entre fronteiras geográficas, meios sociais e culturais. Essa capacidade se apresentaria não somente no comportamento, mas também na estrutura orgânica humana, na regulação fisiológica do organismo e em suas conexões intraneurais.

O segundo postulado parte do pressuposto de que os sentimentos afetuosos e sua devida expressão seriam eventos distintos. Isso significa que a manifestação expressa desse sentimento pode não ser fidedigna. A expressão de afeto pode estar controlada por contextos sociais que impeçam sua real apresentação, inibindo, ampliando, simulando ou mascarando esta experiência emocional. A competência do

indivíduo como comunicador e sua respectiva habilidade é que faria variar a demonstração da emoção.

O terceiro postulado estabelece que a comunicação afetuosa seria um comportamento adaptativo da evolução, trazendo benefícios não apenas para os emissores, mas também para os receptores, atuando positivamente sobre a sobrevivência e procriação. A comunicação afetuosa levaria à formação de vínculos significativos com o estabelecimento de características protetoras e ao compartilhamento de recursos com potencial para o estabelecimento de laços parentais. Neste contexto, existiria uma ligação entre troca de afeto, fertilidade e viabilidade de continuidade da espécie.

O quarto postulado discorre sobre as variações nas tolerâncias ótimas para o afeto. As diferenças na codificação ou decodificação de mensagens afetuosas não estariam relacionadas ao grau de desenvolvimento, aspectos físicos ou mentais. Existiria uma variação individual na capacidade de expressar ou receber afeto de acordo com suas necessidades e habilidades. As vivências individuais, iniciadas no âmbito familiar, parecem implicar nesta variação comportamental do adulto, com consequências na saúde física, mental e de relacionamentos na vida adulta (Luecken; Lemery, 2004; Nemeroff, 2004; Floyd; Hesse; Haynes, 2007).

A comunicação afetuosa, abrangendo a manifestação e a recepção de afeto, atuam sobre as vias que regulam o estresse afetando diretamente a competência imunológica do indivíduo. Esta influência pode ser positiva, porém quando a faixa de tolerância ideal individual é ultrapassada, podem ocorrer consequências negativas. Dessa maneira, é importante compreender que os efeitos benéficos ou maléficos advindos dos comportamentos afetuosos não se relacionam exclusivamente ao comportamento em si, mas principalmente à tolerância individual ótima de quem dá e recebe o afeto.

O quinto e último postulado pressupõe que a violação da faixa de tolerância individual tanto para mais quanto para menos, promove a ativação do sistema nervoso central e periférico, com mecanismos reacionais para compensar a recepção insuficiente ou excessiva de afeto. Essa resposta fisiológica ao estresse tem sua intensidade modificada de acordo com o grau de ameaça que esta exerça sobre o êxito da procriação (Floyd; Hesse; Haynes, 2007).

Transportando os princípios da seleção natural agora para o campo da psicologia humana, faz-se mister o reconhecimento de que o cérebro também se

encontra sujeito a influências opressoras do ambiente neste processo seletivo. Assim sendo, o comportamento social, as emoções e aspectos cognitivos seriam também adaptativos. O ciúme ou o medo representariam aspectos relacionados à preservação da relação afetiva (Buss, 2009).

A comunicação afetuosa é uma forma de comunicação que expressa afeição, amor, cuidado e preocupação por outra pessoa. Ela pode ser verbal ou não verbal, e pode ser expressa de várias maneiras, como através de palavras de afirmação, conforto e toque físico. A comunicação afetuosa tem sido associada a uma série de resultados positivos, tanto para a saúde mental e física do indivíduo quanto para a qualidade dos relacionamentos. O estresse seria um fator de risco para uma série de problemas de saúde, incluindo doenças cardíacas, derrame, diabetes e depressão. A comunicação afetuosa pode ajudar a reduzir o estresse, fornecendo apoio emocional bem como sensação de conexão com o outro.

Estudos sobre o tema têm demonstrado de forma recorrente que o paciente baseia sua percepção sobre o médico na forma com que este se comunica com ele. A comunicação afetuosa do médico, centrada no paciente com empatia e com ênfase em palavras que buscam o conforto do paciente, se relacionam diretamente com a percepção do paciente sobre a inteligência emocional do médico, sua competência comunicacional, sua competência clínica e o nível de confiança do paciente no médico (Hou; Shim, 2010; Thom, 2001; Ogle; Bushnell; Caputi, 2013)

Hesse e Rauscher (2018) analisaram a relação da comunicação afetuosa entre médicos e pacientes com as percepções e comportamentos do paciente e sua evolução clínica. Com base na TCA, existe uma predição positiva de que uma comunicação afetuosa do médico percebida pelo paciente afetaria a percepção e o comportamento deste. A comunicação afetuosa pode influenciar o paciente em diversos aspectos, afetando sua percepção e resultados advindos do tratamento. Os resultados obtidos nesse estudo apoiam a TCA e as fundamentações da medicina centrada na pessoa (MCP), onde a comunicação entre médicos e pacientes depende fundamentalmente do tipo de relação estabelecida entre ambos. Uma comunicação de forma interessada e afetuosa gera maior colaboração do paciente, facilitando a elaboração do diagnóstico e conseqüentemente do tratamento a ser estabelecido.

O paciente busca o médico imbuído de diferentes sentimentos em relação ao mal que o afeta, dentre eles ansiedade, medo, raiva, esperança e desconfiança. A relação estabelecida entre o médico e o paciente através de uma boa comunicação

pode ser capaz de resgatar a confiança e interferir no processo de cura (Honavar, 2018).

A RMP envolve comprometimento de ambos os lados, entremeados pela confiança mútua, sinceridade, disponibilidade e afeto. Sem estes elementos, intercalados por tantos outros que serão pormenorizados adiante, não existe essa relação, e sem essa relação não existe medicina.

### **3.2 Da relação paternalista à tomada de decisão compartilhada**

Hipócrates foi um médico grego da antiguidade, conhecido como o pai da medicina ocidental. Antes dele, a medicina seguia predominantemente preceitos religiosos, sendo orientada pelos sacerdotes de Esculápio, deus grego da cura. Nesse tempo, a doença era principalmente reconhecida como uma punição dos deuses sobre a humanidade. Em sua escola na Ilha de Cós, Hipócrates foi o propagador e promotor da observação clínica, reunindo de forma coerente ensinamentos das escolas médicas existentes na época. Rejeitando as explicações de cunho religioso para fundamentar a origem das doenças, Hipócrates se concentrou na observação e compreensão do funcionamento do corpo humano, na busca por explicações racionais para a origem das doenças. Em sua escola, eram ensinados os fundamentos observacionais e racionais da medicina e os princípios sobre as relações adequadas entre médicos e pacientes (Ribeiro Jr., 2003).

Na antiguidade, o modelo de ética médica hipocrática sempre preponderou. Pelo bem do paciente, a tomada de decisão médica neste modelo não contemplava a individualidade autônoma do paciente, desconsiderando destacar sua forma de pensar e sentir. Este modelo se baseava no princípio da beneficência vertical, conhecido como paternalismo médico. Com a detenção dos conhecimentos da ciência, pelo bem do paciente, o médico tomava todas as decisões de forma impositiva. O paternalismo médico surgiu nos primórdios da história da medicina, porque o domínio do conhecimento técnico gerava poder ao médico, corroborado pelas sociedades. Dessa forma, estabeleceu-se secularmente que a tomada de decisão médica pertenceria somente ao médico, de forma absoluta e inquestionável (Beier, 2010).

O termo paternalismo deriva da palavra latina *pater* (pai), refletindo o modelo familiar patriarcal. Neste modelo, o pai exerce o domínio sobre todas as decisões,

principalmente no que se relaciona aos filhos. Sob o prisma da medicina, o paternalismo se refere ao modelo de conduta do médico que toma as decisões sem a participação ou o consentimento do paciente. Essa conduta se baseava nos princípios de não maleficência e de beneficência, que nortearam a RMP ao longo da história da ética médica (Almeida, 2000).

O paternalismo é subdividido em dois tipos: o paternalismo suave ou brando, que representa uma conduta que não infringe a autonomia pessoal e o paternalismo duro, que assim o faz; e o paternalismo duro, por sua vez, também é subdividido em dois diferentes tipos. O primeiro tipo, paternalismo duro fraco, onde o poder de decidir pelo paciente exercido pelo médico pode ser justificado nas seguintes situações: quando existe ausência ou menor autonomia do indivíduo, por desconhecimento ou desinformação sobre o tema a ser decidido, pela incapacidade de julgamento lógico devido a forte abalo emocional ou quando a pessoa se encontra sob sugestão de terceiros. O segundo tipo, paternalismo duro forte, não tem respaldo moral na visão contextual (Almeida, 2000).

As diferenças entre os diferentes tipos de paternalismo são bastante tênues na RMP, onde torna-se difícil fazer prevalecer de forma justa o equilíbrio entre a autonomia do paciente e a beneficência do médico (Almeida, 2000).

A falta de autonomia do paciente também é muito bem retratada por Foucault (1979), que expõe seu ponto de vista também sobre a medicina, trajada como detentora de verdades absolutas. Ele faz críticas veementes sobre a ausência de autonomia do paciente em relação ao seu direito de estar doente, de decidir sobre seu corpo, sobre querer ou não se tratar, se curar ou morrer. Foucault critica duramente a medicina e conseqüentemente os médicos por atuarem indiscriminadamente de acordo com suas ditas verdades científicas, sem considerar fatores e disposições individuais. O fato de acreditar na ciência, muitas vezes sem questionar seus padrões pré-estabelecidos de verdade científica, levaria o médico à onipotência frente à doença e ao doente propriamente dito. Nesse contexto, o paciente deve submeter-se de forma incondicional e inquestionável aos cuidados técnicos do médico, renunciando as suas reflexões sobre si próprio, seu autoconhecimento, suas incertezas e finalmente seu livre-arbítrio (Martins, 2004).

No início do século XX, este modelo de relação paternalista do médico com seu paciente começou a ser questionado. Foi deflagrado também o entendimento de que qualquer decisão médica sem o conhecimento e o consentimento do paciente seria

uma infração à sua autonomia. Várias indagações foram surgindo então sobre a ética médica convencional, que desconsiderava o paciente como um ser autônomo moral e capaz de decidir sobre sua saúde. O paternalismo retrata o marco de início das desavenças na RMP. Começa então a prevalecer a compreensão sobre o respeito à autonomia do paciente, que passa a ter o direito de tomar decisões sobre o tratamento a ser empregado e sobre sua saúde de uma forma geral.

O Código de Ética Médica (CEM) é um documento importante que orienta o comportamento dos médicos e nele, o respeito aos direitos do paciente é essencial para garantir uma assistência médica de qualidade e humanizada. Sua nova edição, contida na Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1931/2009, promove uma mudança de visão do paciente, representando um avanço importante no reconhecimento dos seus direitos. O paciente não é mais um objeto passivo do cuidado médico, mas um indivíduo que deve ser respeitado, ouvido e passível de arbitrar nas decisões sobre o seu tratamento de saúde.

Os médicos têm o conhecimento científico sobre a doença, mas os pacientes têm uma experiência da doença que é única para si e serão eles que conviverão com o resultado advindo do tratamento. Os médicos, além do conhecimento da doença, devem também estar munidos de outras competências para tornarem-se capazes de exercer sua profissão com maestria. Seu senso de valores e sua capacidade de julgamento estarão presentes desde o primeiro encontro com o paciente e serão eles que irão definir as condutas a serem tomadas. É de suma importância que a formação do médico se estenda além do conhecimento técnico, abrangendo outras competências, que o possibilite incluir o paciente como parte integrante do processo investigativo e decisório nos cuidados a serem adotados.

A tomada de decisão compartilhada (TDC) começou a ser difundida na década de 1980, baseada nesta nova percepção sobre o paciente, e é um processo de abordagem da prática médica que vem tomando posição de destaque na atualidade. Para que a TDC ocorra, faz-se necessário que haja o compartilhamento entre pelo menos dois agentes no processo de tomada de decisão e que haja concomitantemente uma concordância entre ambos. Este processo deve ser iniciado o mais precocemente possível, no primeiro encontro entre o médico e o paciente, no momento da apresentação da situação clínica pelo paciente. Neste encontro serão traçados os planos de investigação clínica, definidos quais sintomas serão

investigados, quais exames diagnósticos realizados e serão estabelecidos os planos de tratamento.

No método de TDC, os pacientes são agentes ativos na busca pelo diagnóstico, personalizando a doença e expressando não apenas as repercussões da doença em seu organismo, mas também de que maneira esta afeta sua saúde como um todo. Dessa forma, a participação do paciente traz elementos para o raciocínio diagnóstico do médico, agregando aspectos fenomenológicos ao contexto clínico (Tonelli; Sullivan, 2019).

A TDC envolve o compartilhamento de informações de ambos os lados. Todos os elementos do contexto devem ser analisados e todos os degraus percorridos escalonada e conjuntamente. No desenrolar da evolução clínica, é fundamental que cada passo a ser tomado seja discutido e analisado conjuntamente. E quando uma decisão meramente técnica fuja ao alcance do raciocínio lógico do paciente, é fundamental que esta seja exaustivamente esclarecida e aceita. O médico deve atentar para o fato de que o objetivo do tratamento deve ser não apenas a extinção dos sintomas provenientes da doença em si, mas também a recuperação de suas habilidades físicas, psíquicas e mentais acometidas pela enfermidade em questão. (Martins, 2004).

A TDC só pode realmente acontecer quando as experiências, o conhecimento e os valores de duas pessoas são considerados e incorporados. É fundamental buscar conhecer o paciente verdadeiramente e apoiar sua autonomia, considerando suas experiências e valores. Os pacientes por sua vez também devem buscar conhecer seus médicos como pessoas, tendo a compreensão que estes trazem consigo a bagagem da experiência clínica e vivência pessoal que o tornaram o profissional que ele é hoje (Miles, 2009).

Para que o tratamento seja bem-sucedido, é fundamental que haja respeito e colaboração mútuos.

O princípio da beneficência deve ser aplicado de forma ponderada junto ao paciente, considerando seus sentimentos e a manifestação de sua vontade. Esse princípio, se for seguido de forma absoluta, pode ferir os princípios da autonomia do paciente. O paciente deve ser considerado em sua totalidade e singularidade e na consideração de sua abordagem terapêutica, e essa não deve separar o doente da doença.

Perestrello (1989) postula que, assim como possuímos impressões digitais únicas, fisionomias distintas, diferentes disposições de células e órgãos, estado imunológico e homeostase interna peculiares, o advento de uma doença e o adoecer propriamente dito, respeitarão a fisiopatologia única de cada indivíduo. Para ele, a doença não seria algo externo ao homem e que o acomete, mas sim uma forma de expressão e reação interior aos acontecimentos e circunstâncias que o afetam. O adoecer nada mais seria que uma dentre várias possibilidades de exteriorização daquilo que o afeta internamente. Por ser o homem um ser em constante contato com o mundo exterior, o ambiente continuamente o afeta imprimindo respostas, às vezes mensuráveis e outras não.

É, portanto, o estudo da pessoa que se faz necessário. Da pessoa com o seu mundo. Mundo passado que tingem o presente, em maior ou menor grau, no conjunto circunstancial presente que, quando lhe é adverso, frequentemente só para si, mobiliza seus motivos de adoecer. Pessoa que termina por condicionar em grande parte os acontecimentos presentes e futuros, no seu encaixar-se neles. (Perestrello, 1989, p. 71).

A definição de saúde pela OMS de 1946 não diz respeito somente à ausência de doença, mas refere-se ao estado de perfeito bem-estar físico, mental e social. Apesar dessa definição, portanto da consideração e valorização pessoal do paciente, a atuação do médico habitualmente permanece focada na doença e tem aumentado consideravelmente a busca pelas especializações acentuando a compartimentalização da medicina. Sem a preocupação e a consideração do paciente como pessoa, apesar dos avanços tecnológicos em diagnósticos e tratamentos avançados, pode-se colocar a perder todo progresso e benefícios advindos (Mezzich *et al.*, 2010).

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) teve como precursor Michael Balint, médico que em 1970 inseriu a expressão “medicina centrada na pessoa” (MCP), onde buscou introduzir o contexto de vida do paciente na abordagem médica. Este método é dividido em 4 partes.

A primeira visa explorar a saúde, a doença e a vivência da doença pelo indivíduo, com sua subjetividade e peculiaridades. No momento do exame clínico, o médico deve estar atento aos sinais emitidos pelo paciente, sua linguagem corporal. Deve também buscar em sua história patológica pregressa sentimentos e expectativas que podem estar vinculados ao que ele vivencia neste momento.

A segunda parte busca entender a pessoa como um todo, envolta em seu contexto familiar, sua história de vida que o tornou o que é hoje. Com essa abordagem mais abrangente da vida do indivíduo, de forma continuada, haverá um fortalecimento da RMP. Este fato irá favorecer ao paciente expor questões mais delicadas que possam estar contribuindo para seu adoecimento.

A terceira parte do método diz respeito à elaboração de um plano de ação de forma conjunta para resolução do problema em questão. Uma vez definido o problema, serão estabelecidos de comum acordo os objetivos a serem alcançados com o tratamento, consideradas as expectativas individuais e metas plausíveis. A linguagem médica deve ser clara e todo cuidado deve ser tomado para que não ocorram falhas na comunicação. O tratamento a ser adotado deve ser definido conjuntamente, com a participação ativa do paciente, respeitando e incentivando sua autonomia.

A quarta e última parte do método envolve a valorização da construção de uma boa RMP, com ênfase no respeito à individualidade de cada um, seus sentimentos em relação à doença, e baseada na confiança mútua. Tais atitudes envolvem estar presente, saber escutar com atenção e interesse suas demandas, ter empatia e acolher o paciente em seu universo de dúvidas e anseios (Stewart *et al.*, 2010).

O Cuidado Centrado no Paciente (CCP) tem sido descrito como um dos mais importantes determinantes da qualidade do cuidado médico. Pode ser compreendido como um cuidado voltado para o paciente, de forma individual, respeitando seus valores e crenças, suas necessidades e preferências, e tornando-o agente ativo em seu tratamento. O CCP tem sido relacionado com o maior grau de satisfação do paciente, com a melhor comunicação entre médico e paciente, com a redução dos gastos em medicamentos e com o impacto positivo nos resultados do tratamento do paciente e na sua sobrevivência (Coelho, 2010).

A troca de informação entre médicos e pacientes depende sobremaneira do tipo de relação estabelecida entre ambos. Uma comunicação superficial com o paciente pode gerar menor colaboração por parte deste, prejudicando a elaboração do diagnóstico e por conseguinte do tratamento. Cada vez mais vem crescendo a demanda pelo cuidado médico com foco na pessoa, envolvendo suas aspirações e seu contexto social, embasado em um relacionamento construído na confiança. O tratamento tendo como foco exclusivamente a doença tem se mostrado limitado e menos eficiente. Dessa forma, em resposta a essas observações, foram sendo

gradativamente incluídos na concepção do paciente, os aspectos biopsicossociais e com isso a integração entre os serviços sociais e os de saúde. O paciente passou a ser concebido como um ser social, imerso em um contexto biográfico, com peculiaridades pessoais e familiares (Van Weel; Schellevis, 2006; Mezzich *et al.*, 2010).

O cuidado médico, cada vez mais, precisa respeitar a autonomia do paciente, considerando-o como uma pessoa em um contexto social, cultural e espiritual, envolta em valores estabelecidos ao longo da vida. É imperativo o aprimoramento da assistência em saúde, considerando o paciente em sua integralidade e com foco em sua pessoa. O deslocamento da atenção do enfoque médico da doença para a pessoa do doente, com respeito aos seus anseios e inseguranças, resultará em melhores resultados de tratamento (Miles, 2009).

Hoje os pacientes se tornaram mais empoderados em relação à sua saúde devido ao desenvolvimento tecnológico e a possibilidade de maior acesso à informação. Existe o interesse por parte do paciente na busca por conhecimento sobre sua saúde antes de procurar o atendimento médico. Esse paciente, durante a consulta médica, de posse das informações adquiridas e muitas vezes diagnósticos pré-concebidos, anseia encontrar na pessoa do médico um profissional aberto para discutir suas dúvidas ou suas certezas, preocupações e expectativas.

A MCP, enfatiza a posição ativa do paciente em relação à doença e sua abordagem terapêutica. No cuidado ao paciente, a MCP vem se mostrando cada vez mais resolutiva, impactando positivamente no resultado do tratamento. Além da maior adesão ao tratamento preconizado, o que resulta em desfechos melhores para o paciente, este método também agrega maior satisfação no atendimento e na formação de elos de fraternidade entre médico e paciente. Este fato resulta em melhora nas condições de saúde e bem-estar do paciente e em maior segurança, trazendo uma nova visão por parte do paciente em relação a sua doença. Nesse método, o médico não apenas diagnostica e trata o paciente isoladamente, mas se dispõe a estar ao seu lado na jornada do adoecimento, acompanhando-o e ajudando-o a se recuperar em cada novo momento (Mezzich *et al.*, 2010; Stewart *et al.*, 2010).

A RMP é um dos elementos mais importantes da medicina. Uma boa RMP é essencial para o sucesso do tratamento. No futuro, esta relação tende a se tornar ainda mais importante, porque a medicina cada vez mais amplia seu foco na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Para isso, é necessário que os

médicos tenham uma compreensão mais abrangente do paciente, incluindo seus aspectos físicos, sociais, culturais e psicológicos.

### 3.3 A pessoa e a relação

A antiga medicina tradicional indiana – *Ayurveda* – teve origem na Índia há mais de 3 mil anos. Este termo deriva do sânscrito onde *ayur* significa vida e *veda* significa ciência ou conhecimento. Assim, *Ayurveda* pode ser traduzido como ciência da vida. Esta ciência se fundamenta na premissa de que a doença deriva de um desequilíbrio na consciência.

Os antigos médicos da Índia eram também grandes sábios e tinham como crença principal a ideia de que o corpo é criado pela consciência. Um grande *yogi* ou *swami* também acreditava nisso. Portanto, a medicina que exerciam era de consciência, e o tratamento transcendia o mal físico e atingia além, o âmago da mente. Quando você observa os mapas anatômicos do *Ayurveda*, não vê os órgãos internos descritos nos manuais de anatomia, mas sim um diagrama do fluido da mente enquanto cria o corpo. O *Ayurveda* trata desse fluir. (Chopra, 1989, p.12)

Na prática do *Ayurveda*, o médico embarca em uma jornada interior, expandindo sua percepção além dos limites do corpo físico e adentrando o âmago de uma realidade mais profunda. O *Ayurveda* convida o profissional da saúde a uma jornada de autoconhecimento, essencial para o cuidado integral do paciente. Ao mergulhar em si mesmo, ele desenvolve a compaixão e a empatia, ferramentas essenciais para a prática da medicina.

Hoje é concebido o princípio de que o fator psicológico tem influência no processo de adoecimento. A concepção primária de que somente os aspectos biológicos deveriam ser apreciados no surgimento da doença foi substituída por uma visão abrangente, que considera a existência de fatores psicológicos como causa do adoecimento (Baleeiro; Baleeiro, 2000).

A suposição sobre a relação mente-corpo foi descrita no Ocidente pela primeira vez por Hipócrates (460 a. C. – 377 a.C.), que retratou o campo de fenômenos hoje denominado psicossomática. São considerados psicossomáticos os acometimentos orgânicos determinados pela ação da psique. A doença, portanto, poderia ter origem psíquica, levando em consideração os meandros psicobiológicos da pessoa e suas interações. Nesse contexto, cada parte atuaria individual ou conjuntamente como agente ou receptor das interferências do corpo. A concepção e o reconhecimento dos mecanismos psicossomáticos sobre a produção da doença e dos sintomas abre

possibilidades para o tratamento se estabelecer para além dos medicamentos (Castiel, 1991).

Chopra (1989) expressa sua concepção a respeito da influência da mente no processo da doença e da cura:

A consciência é uma energia pouco valorizada pela maioria das pessoas. Geralmente não enfocamos nossa consciência mais profunda nem usamos verdadeira energia, mesmo nos momentos mais difíceis da crise. Talvez seja esta a razão pela qual as “curas milagrosas” são recebidas com um misto de espanto, descrença e reverência. Mas todos possuem esse nível mais profundo de consciência. Talvez, até alguns desses milagres sejam extensões de capacidades normais. Por que não consideramos um milagre o corpo soldar um osso partido? Como processo de cura, é complexo demais para ser imitado pela medicina; envolve um número incrível de processos perfeitamente sincronizados, dos quais a medicina conhece apenas os principais, e de modo imperfeito (Chopra, 1989, p.22).

No século XIX, as doenças mentais eram consideradas doenças próprias do cérebro conforme postulado por Emil Kraepelin (1856-1926), responsável pela sistematização da psiquiatria. Nessa época, a psiquiatria era puramente descritiva e o médico um mero observador. As doenças mentais derivavam inequivocamente de estados alterados orgânicos, tóxicos, infectuosos, dentre outros. Kraepelin apresentou um trabalho à Faculdade de Medicina de Wurzburg intitulado: “*Da influência das doenças agudas sobre a origem das enfermidades mentais*”. A Psiquiatria nessa época podia ser considerada como uma extensão da Clínica Médica.

O psiquiatra reconhecidamente bom em sua especialidade era também neurologista e nas Faculdades de Medicina havia a cátedra de neuropsiquiatria. Os pacientes eram então tão somente observados e descritos e os comportamentos mais ostensivos como o percebido nas psicoses eram objeto de maior interesse. As neuroses, que refletiam mais os sentimentos e sofrimentos íntimos, despertavam menor interesse de estudo (Perestrello, 1989)

Sigmund Freud (1856-1939) provocou uma mudança de paradigma na psiquiatria com o advento da psicanálise. Para ele não se tratava de descrever as patologias, mas sim compreendê-las, buscando no âmago de seus pacientes a origem do problema. Freud inclusive promoveu a busca pela interpretação da dor e da angústia existente em seus pacientes que eles próprios escondiam de si mesmos. Desse modo, passou-se a interrogar o valor dos critérios até então descritos pela psiquiatria clínica naquele momento, que valorizavam tão somente comportamentos externalizados pelos pacientes. Tais comportamentos e mesmo as queixas

verbalizadas na realidade expressariam o que habita o interior do ser, seu inconsciente, esse ativo e dinâmico que o impulsiona e direciona sem que assim se perceba.

Em 1906, Carl Gustav Jung (1875-1961) estudando as psicoses identificou que sintomas rotulados como “estereotipias” podiam ser interpretados e mais bem apreendidos pois continham um teor causal. Movimentos repetitivos, antes considerados estereotipados, agora simbolizavam uma perda amorosa, um trauma sofrido que se exteriorizava replicando repetidamente aquilo que sua mente gravou daquele momento. Da mesma maneira que a histeria se manifesta através de movimentos voluntários e as psicoses são exibidas por meio de excentricidades, observou-se que algumas condições são também manifestadas fisicamente. Os espasmos musculares ou viscerais e patologias complexas como a hipertensão arterial e a úlcera gastroduodenal poderiam estar associadas a questões conflituais pessoais.

Emerge aqui o conceito de medicina psicossomática. Os elementos psicológicos do paciente começam a ser valorizados, e nessa nova abordagem da medicina, mente e corpo se integram produzindo uma visão mais ampla e abrangente da doença, que nem sempre se mostra como nos estudos clínicos.

A visão de Perestrello sobre a doença se embasa nos mecanismos internos da pessoa.

A doença, portanto, não é algo que vem de fora e se superpõe ao homem, é sim um modo peculiar de a pessoa se expressar em circunstâncias adversas. É, pois, como suas várias outras manifestações um modo de existir, ou melhor, de coexistir, já que, propriamente, o homem não existe, coexiste. E como o ser humano não é um sistema fechado, todo o seu ser se comunica com o ambiente, com o mundo, e mesmo quando aparentemente não existe comunicação, isto já é uma forma de comunicação, como o silêncio, às vezes, é mais eloquente do que a palavra (Perestrello, 1992, p. 71).

A nova psiquiatria, baseada na psicologia humana, insere sua atenção no inconsciente. Desta forma, o principal instrumento do psiquiatra deixa de ser seus olhos e suas inúmeras observações e anotações e passa a ser seus ouvidos atentos e perspicazes (Perestrello, 1989).

Quando entramos em contato com alguém, esse alguém provoca em nós uma impressão, da mesma forma que provocamos neste uma impressão sobre nós. Ao longo de uma relação de convivência essas impressões vão tomando forma e se regulando continuamente, mudando ou permanecendo iguais à impressão inicial.

A RMP não é diferente. Quando consideramos que esta relação é constituída de duas pessoas diferentes e que cada pessoa tem percepções e sensações distintas sobre a mesma realidade, podemos antever o universo de possibilidades advindas desta relação.

Cada indivíduo possui sua realidade mental. Esta realidade constitui a visão que o indivíduo tem a partir dos elementos captados e abstraídos da realidade objetiva e interpretados por ele. Neste contexto, essa realidade não é a mesma para todos, pois cada pessoa interpreta a realidade objetiva de forma diferente, de acordo com seus valores, experiências e expectativas.

A percepção é individual e composta por fragmentos significativos da realidade. Cada indivíduo confere valores às suas experiências de acordo com sua vivência social e com seu foco de interesses (Schutz, 1979).

Os componentes que conferem importância a alguma experiência podem ser motivacionais, podem estar relacionados a determinado tema ou à sua interpretação. A motivação advém da familiaridade do indivíduo com a situação apresentada e já experimentada anteriormente. Determinado assunto ou situação pode por sua vez despertar interesse por ser parte de seu foco atual de atenção. A interpretação se segue após a atenção ser dirigida a algum tema de interesse, ocorrendo rapidamente sem maior análise ou de forma mais lenta e progressiva (Schutz, 1979).

Para Chauí (2005), a percepção daria origem às ideias através do processo de seleção de sensações similares e generalizações. Portanto, não pode ser considerada de extrema confiança, visto que se apoia em escolhas subjetivas sujeitas a distorções.

A percepção é concebida como fonte e parte primordial do conhecimento. As distorções não existem porque uma percepção é sempre trazida a foco e corrigida a partir da próxima percepção. A percepção é uma experiência mental peculiar com processos integrados entre a memória, o comportamento e a cognição, onde os sentidos ocupam posição de destaque. Assim são formados nossos conceitos sobre nós mesmos e o mundo à nossa volta e é direcionado nosso comportamento (Chauí, 2005; Lent, 2010; Squire *et al.*, 2003).

O estado de consciência de cada indivíduo determina a gama de estímulos vivenciados e constitui o universo de verdades ou fatos reunidos por sua escolha. Nos seres humanos existem três níveis fundamentais de consciência de acordo com a forma de detecção da realidade. São estes o nível básico, focal e superior (Fiuza, 2012).

O primeiro se caracteriza pelo estado de vigília. Nesse nível as sensações predominam e resultam das experiências vividas sem a atuação da razão. A consciência focal define o segundo nível, caracterizado pelo estado de atenção e percepção. Neste nível se consagra a intencionalidade, sendo o princípio da ação perceptória e, portanto, da fenomenologia (Merleau-Ponty, 1999).

Neste nível, se manifesta a percepção sensível não constituída por raciocínio ou atitudes e sim por sensações. O nível básico da consciência abrangeria as emoções, enquanto os afetos estariam relacionados ao segundo nível de consciência. Os afetos decorrem da percepção de um vínculo entre o indivíduo afetado e aquilo que de certa forma o afetou. Seriam a emoção construída a partir da relação com o próximo (Savolainen, 2014).

Fiuza (2012) define o terceiro nível de consciência como consciência superior, consciência elaborada, consciência ampliada ou metacoscicência. Este nível de consciência é caracterizado pela reflexão e pela busca através da memória da constituuição de significados ao que foi percebido no segundo nível de consciência.

As experiências reflexivas são elementos que elaboramos, e que se conectam às percepções. As experiências pré-reflexivas são os estímulos sensoriais que captamos em sua forma crua (Manganaro, 2016; Schutz, 1979).

A percepção no nível superior está vinculada à reflexão, mesclando-se os elementos de fato captados pelos sentidos àqueles elaborados pela razão. Esta organização afeta a percepção e lhe confere uma dubiedade de significados (Fiuza, 2012; Merleau-Ponty, 1999).

Este fato terá implicações nas relações entre sujeitos, na intersubjetividade, que será abordada adiante neste estudo.

A consciência embasa a busca pela compreensão das formas como o indivíduo e o coletivo apreendem os elementos do universo. A consciência se encontra presente em todas as nossas vivências nos posicionando a respeito daquilo que somos e do que está ao nosso redor, nos trazendo a sensação de sermos partes integrantes deste processo (DeCastro; Gomes, 2011).

O fenômeno é manifestado de forma sintética e subjetiva pela consciência, porém, a consciência também pode se constituir fenômeno, por sua capacidade de significar a si mesma (autoconsciência). Neste contexto, a consciência poderia induzir a formação de julgamento sobre seus pensamentos, sentimentos e comportamentos. Quando buscamos compreender e delinear os fenômenos, estamos analisando a

relação entre a consciência de quem observa e o objeto de observação. A experiência se constitui da vivência de fenômenos percebidos pelo sujeito, a qual gera sensações e comportamentos correlatos.

Os sentidos apreendem a experiência concebendo a aprendizagem que, em última análise, se reflete em comportamentos e emoções. Porém, a experiência abrange fenômenos definidos como conscientes e inconscientes, concluindo que, apesar de presente, o fenômeno nem sempre determina significação ou racionalização pelo sujeito. O fenômeno significa apenas uma possibilidade, dependendo do estado de consciência. As experiências vividas podem ficar armazenadas no indivíduo, fora do âmbito da consciência, e serão despertadas a qualquer momento através de um processo de identificação na relação com o outro (Moustakas, 1994; Lima, 2014; Merleau-Ponty, 1999; Ferraz, 2018).

A consciência é um sistema amplo e complexo, que abrange processos fisiológicos e mentais e a interação entre pessoas faz parte de sua construção. As percepções são compostas pelas experiências vivenciadas pelo indivíduo e pelas experiências vivenciadas da interação do indivíduo com o outro. A relação com o outro é revestida de experiências individuais que são compartilhadas. A relação interpessoal constitui-se como parte da existência humana, sendo o alicerce de seu modo de viver (Merleau-Ponty, 1999; Berger, 2002).

Schalkwijk (2018) descreve a consciência como uma função psicológica que controla o equilíbrio entre a identidade e a autoestima. Na ocorrência de algum evento que venha a alterar este estado de equilíbrio, a consciência é imediatamente ativada detectando os fatores externos responsáveis, controlando-os para restaurar o equilíbrio. A consciência se desenvolve ao longo da infância, surgindo como habilidade empática, evoluindo para a experimentação e condução de emoções autoconscientes tais como orgulho e vergonha e finalmente se estabelecendo como a possibilidade de raciocínio moral.

A empatia está estritamente ligada à organização da consciência. De acordo com Schore (2009), a empatia ocupa posição de destaque na psicologia do *self*, a qual seria preponderantemente relacional em sua concepção. A empatia influencia a consciência seja na relação com o outro, intersubjetivamente, e também na relação consigo mesmo, intrapsiquicamente.

O experimento de emoções autoconscientes se constitui no segundo sistema integrante da consciência. Essas emoções autoconscientes – orgulho, culpa,

constrangimento, vergonha, implicam em um julgamento, uma regulação por parte da consciência na tentativa de restaurar o equilíbrio do *self*. O funcionamento da consciência está associado ao autoconhecimento e à vivência racional, ligada à moralidade. Neste contexto, a constituição do *self* e sua essência assumem papel de destaque. O pensamento psicanalítico traduz a significação de afetos, sentimentos e emoções na infância que posteriormente se consolidam na vida adulta. Desta forma, observamos a fundamentação da psicanálise na fenomenologia e concomitantemente no estudo da intersubjetividade, em um contexto relacional (Schalkwijk, 2018).

### 3.3.1 A intersubjetividade

A intersubjetividade se inicia já nos primórdios do desenvolvimento do cérebro humano. A capacidade de interação emocional com o outro surge entre dois e três meses de vida, com novos processos adaptativos funcionais do hemisfério direito do cérebro. Possivelmente, as comunicações não-verbais existentes entre mães e bebês – intersubjetividade – direcionam e incentivam a lateralização hemisférica direita cerebral na infância, que influenciará sua vida adulta. Com o crescimento, essa capacidade de intersubjetividade inicial atuará como um sistema regulador de comunicação não verbal de emoções positivas, servindo de base para o desenvolvimento emocional do indivíduo (Schore, 2021).

O conceito de intersubjetividade tem sido descrito por alguns autores, significando o envolvimento de comportamentos de atenção conjunta (sujeito-sujeito, sujeito-objeto). Este conceito abrange também a compreensão da comunicação através de representações que possibilitam inferências sobre as crenças, sentimentos e intenções do outro. A relação interpessoal é construída de forma contínua através de um conjunto de linguagens e interpretações. O conjunto de conceitos e valores em comum irão estabelecer elos entre aqueles que compartilharam alguma vivência (Gopnik; Meltzoff, 1993; Merleau-Ponty, 1999, 2014).

A intersubjetividade abrange, portanto, o indivíduo com suas vivências individuais e partilhadas com o outro. A relação com o outro permite perceber e delimitar suas ações, introjetando-as e edificando um juízo comum. A intersubjetividade é construída por essa complexa ligação entre percepção e comportamento (Fiuza, 2012).

Os estudos sobre a evolução humana cada vez mais direcionam para uma visão intersubjetiva do comportamento e conhecimento humanos. A colaboração possivelmente foi a ferramenta de maior valor para a seleção natural, contrária à abordagem clássica de que a mente humana seria embasada no individualismo para o entendimento e resolução de questões. Esta visão nos leva a compreender que os processos de seleção natural, ao invés de abrangerem tão somente a natureza individual e processos mais simples, foram compostos por mecanismos de colaboração múltipla e de amplo espectro. Essa nova abordagem nos leva a melhor compreender nossa realidade intersubjetiva e nossas habilidades de aprendizagem e cognição. Uma visão aparentemente imprecisa, quando observada pelo ponto de vista individual, ganha sentido quando situada na visão do grupo, da intersubjetividade (Harari, 2015; Christens, 2020).

Os humanos, portanto, viveriam em uma realidade composta por três camadas: objetiva, subjetiva e intersubjetiva, e a intersubjetividade daria suporte aos avanços de nossa espécie no processo de seleção natural. Os indivíduos, mesmo amparados por seu amplo domínio cognitivo, não seriam competentes o suficiente para manter sua sobrevivência. O convívio em grandes grupos os tornou capazes de feitos maiores através de suas atitudes colaborativas e desenvolvimento e inserção de inovações tecnológicas. Essa vida de relação também os beneficiou nas respostas a estímulos ameaçadores e na aquisição de novos conhecimentos e oportunidades. A realidade intersubjetiva deu suporte à prática colaborativa decorrente da adaptação e estruturação de nossa capacidade cognitiva (Harari, 2017).

O relacionamento estabelecido entre duas pessoas é também território para a manifestação das mais variadas situações de conflito, afeto, mediação, disputa, construção de conhecimento e empatia. Estas interações podem resultar em relações de agrado ou desagrado, de afeto ou desafeto, de benefícios ou prejuízos, de conciliações ou conflitos. A cada momento, os indivíduos constituem e remodelam laços de convergência ou divergência em uma dinâmica social constante. Amizades são criadas, brigas ensejadas, simpatias constituídas e desagradados estabelecidos, tendo como base nossos comportamentos e nossas percepções (Christens, 2020).

A intersubjetividade também alcança a área do conhecimento. Alguns estudos demonstram que muitas vezes supomos uma compreensão maior e mais aprofundada de determinado assunto do que realmente dispomos. Essa suposição pode derivar do fato de estarmos conectados a outras pessoas que detêm esse conhecimento e a

qualquer momento poderemos acessá-las. Parecemos ter uma performance melhor quando raciocinamos em grupo, o que levou alguns autores a concluir que a razão do homem talvez exista mais para argumentar em grupos do que para buscar a verdade (Mercier; Sperber, 2011).

Os paradigmas da neurociência cognitiva clássica eram fundamentados na pessoa, desconsiderando os elementos importantes existentes na conexão entre os cérebros e que atuam modelando o comportamento humano. O paradigma contemporâneo das ciências cognitivas, denominado cognição situada, aborda os fenômenos sob a perspectiva relacional. Como exemplo, podemos observar a grande influência de um indivíduo sobre o outro através da comunicação verbal. O emprego adequado de uma palavra depende de um grupo de regras estabelecidas e vivenciadas em uma determinada sociedade.

Para uma comunicação adequada, é necessário que se aprenda corretamente o emprego das palavras através da interação com outros indivíduos pertencentes à sociedade. Esse convívio irá modelar e traduzir aspectos não apenas relacionados à linguagem, mas também perspectivas referentes a elementos não verbais tais como hábitos, normas e habilidades. A relação interpessoal desponta como produtora de inúmeros recursos cognitivos. Compreender os elementos concernentes ao cérebro de um único indivíduo só se faz possível através do estudo e compreensão deste em relação aos demais elementos de seu convívio (Hasson *et al.*, 2012).

Através da comunicação verbal, dois cérebros se conectam por meio de um sinal que varia de amplitude constantemente de acordo com a intensidade ou velocidade da fala. O sinal da fala parece estabelecer conexão com as regiões no cérebro do ouvinte, responsáveis pela audição. O mesmo ocorre com a visão, onde durante uma conversa, áreas do cérebro relacionadas à visão do ouvinte também se tornam ativadas, o que explica o fato de compreendermos melhor uma fala se estamos olhando para o rosto de quem está falando (Greenberg *et al.*, 2003; Sumbly; Pollack, 1954).

O princípio do acoplamento cérebro-cérebro se baseia na capacidade de dois cérebros se comunicarem e se influenciarem mutuamente. Essa comunicação é semelhante à que ocorre dentro de um cérebro único, entre o sistema perceptivo e o sistema motor. O acoplamento percepção-ação, ou estímulo-cérebro, é fundamental para a nossa capacidade de interagir com o mundo. Os objetos do ambiente emitem diferentes formas de energia, que são convertidas em impulsos elétricos pelo cérebro.

Esses impulsos são usados para inferir informações sobre o estado do mundo e gerar respostas adequadas. Os organismos buscam ativamente informações sobre o ambiente que os cercam. Esse movimento é realizado por seus receptores sensoriais e facilitam o acoplamento do cérebro ao estímulo. O acoplamento do cérebro a outro cérebro está interligado ao acoplamento cérebro-estímulo, porém neste último o que rege este acoplamento é um sinal do meio ambiente, enquanto no acoplamento cérebro-cérebro este ocorre através da interação com outro cérebro por meio da transmissão de impulsos sonoros, luminosos, físicos ou químicos (Hassom, 2012).

Gestos e expressões faciais também promovem a conexão cérebro-cérebro, conforme foi demonstrado por Schippers *et al.* (2010). Em seu estudo, durante um jogo foi mapeado o cérebro dos integrantes através da ressonância magnética. Um jogador tinha que enviar informações a respeito de uma dada palavra através de gestos ou expressões faciais para o outro jogador. A atividade cerebral de ambos foi aferida e observou-se que havia uma relação temporal na variação que ocorria em ambos os cérebros, confirmando a conexão existente entre os dois cérebros.

Existem ainda evidências de que quando são realizadas atividades conjugadas, como por exemplo na prática de um esporte coletivo, os indivíduos tornam-se acoplados no plano cognitivo, motor e perceptivo. Um apoio para essa afirmação é o estudo publicado por Richardson *et al.* (2007), que evidenciaram que dois indivíduos em cadeiras de balanço distintas tornam seus movimentos sincronizados como se estivessem ligadas uma à outra.

Ações realizadas conjuntamente geram resultados maiores do que quando realizadas de forma individual. A decisão tomada por um indivíduo é frequentemente afetada e alterada pela escolha do outro. Essa interferência do cérebro de um indivíduo sobre o modelo de ação do cérebro do outro foi analisada no estudo de Montague (2002). Através do registro de imagens de ressonância magnética durante um jogo, ele identificou as imagens cerebrais dos jogadores evidenciando que as tomadas de decisão de um jogador eram influenciadas por sinais expressos do outro jogador.

O acoplamento cérebro-cérebro pode ter um impacto significativo no comportamento humano, facilitando a comunicação, a cooperação e a compreensão mútua. Também pode levar ao surgimento de novos fenômenos, como sistemas de comunicação e instituições sociais. Hasson *et al.* (2012) argumentam que o acoplamento cérebro-cérebro pode ser visto como um sistema de referência

alternativo para compreender o comportamento humano. Eles comparam o acoplamento cérebro-cérebro à revolução copernicana, que simplificou a nossa compreensão do mundo físico. Da mesma forma, entender o acoplamento cérebro-cérebro como um sistema de referência, pode facilitar nossa compreensão sobre o comportamento humano e trazer à luz novos elementos presentes e operantes na conexão entre os indivíduos dando forma à nossa sociedade.

A fenomenologia estuda os fenômenos a partir de sua interpretação pela consciência. Esse método foi concebido por Edmund Husserl (1859-1938) e nele a compreensão do mundo só pode ocorrer a partir de como este se manifesta na consciência humana. A fenomenologia investiga e aprofunda temas filosóficos fundamentando sua observação nas vivências cotidianas. Este método está relacionado à hermenêutica, que se fundamenta não nos conhecimentos objetivos sobre o mundo, mas no significado deste traduzido pela consciência individual. A hermenêutica, assim como a fenomenologia, apresenta fundamentação teórica para a compreensão de forma abrangente da natureza das doenças e do sofrimento humano.

A compreensão sobre o mundo e as experiências vivenciadas por cada indivíduo relacionam-se aos órgãos do corpo que percebem e traduzem os significados de cada experimento, mas também ao entorno cultural e social em que se encontram imersos. Cada sensação e interiorização de uma vivência é individual e a percepção e valorização pelo médico deste fato é de suma importância para que este profissional possa de fato ajudar seu paciente.

A fenomenologia da doença e a doença de fato, vale ressaltar, são elementos bastante distintos. A doença é uma rutura do equilíbrio das funções fisiológicas do organismo, detectada pelo médico através do exame físico bem como de exames complementares de outras naturezas. Porém o sofrimento pela doença é algo pessoal, único e peculiar, que provoca uma quebra na estabilidade da vida vivida cotidianamente.

De uma forma geral, quando se está doente, o organismo padece de alguma doença. No entanto, pode-se sentir doente sem que haja absolutamente qualquer detecção objetiva de doença ou então, de forma contrária, sentir-se bem e ser surpreendido por alguma doença detectada em algum exame de rotina. A fenomenologia na medicina traz a valorização da percepção do paciente sobre seu corpo, sua interpretação sobre a doença nas esferas sensorial e reflexiva. O médico

deve possuir a competência para diagnosticar a doença e também identificar os fatores causais do ambiente interno e externo ao paciente, valorizando seu sofrimento e tentando amenizá-lo.

Hassom (2012) discorre sobre o ambiente externo compartilhado, que pode ser compreendido como o conjunto de condições físicas e sociais que nos cercam, moldando nossas respostas neurais e comportamento de diferentes maneiras. Por exemplo, o ambiente físico pode influenciar nossa percepção sensorial, nossos padrões de atividade motora e nossa capacidade de aprendizado. O ambiente social, por sua vez, pode influenciar nossos pensamentos, emoções e comportamentos. Existem outros aspectos do ambiente externo compartilhado que são determinados por uma comunidade de indivíduos. Por exemplo, as normas sociais podem determinar como nos vestimos, como falamos, como nos comportamos em público e como nos relacionamos com os outros. Ao estabelecer um conjunto compartilhado de regras, uma comunidade de indivíduos pode moldar e restringir a percepção e as ações de cada membro do grupo. Isso ocorre porque as regras nos fornecem um conjunto de expectativas sobre como devemos nos comportar, com os outros e até conosco mesmos. Quando nos sentimos confortáveis com as regras de uma comunidade, somos mais propensos a nos comportar de acordo com elas.

A estrutura do ambiente externo compartilhado, portanto, é um importante fator que influencia nosso desenvolvimento e comportamento. Ela pode moldar nossas respostas neurais, pensamentos, emoções e comportamentos de maneiras sutis e complexas, sendo um fator importante a ser considerado ao se tentar entender e explicar o comportamento humano (Hassom, 2012).

A fenomenologia na medicina busca trazer a valorização da narrativa, focando a doença na perspectiva do paciente. Através da abordagem intimista e da relação pessoal estabelecida com o paciente, a fenomenologia colabora para um diagnóstico mais preciso da doença. O exercício da medicina, pela abordagem fenomenológica, não deve ser compreendido apenas como a aplicação de conceitos científicos adquiridos, mas também como um tipo de hermenêutica ancorada na fenomenologia tendo como alicerce a boa comunicação e a empatia (Kottow, 2017; Svenaeus, 2017).

*Ubuntu* é uma palavra do idioma zulu e xhosa, originária da região sul do continente africano, que significa humanidade para todos. O fundamento da filosofia *Ubuntu* é a harmonia no convívio com o outro, consciente de que se é a parte individual do todo maior coletivo (Chaua, 2014).

A frase “Eu sou porque nós somos”, da filosofia *Ubuntu*, de acordo com Michael Eze (2017), não significa uma fusão ou perda de identidade, mas ao contrário, um crescimento do individual através da inclusão do outro, não suprimindo a individualidade. Na sua concepção, essa frase deveria ser “eu sou porque você é”, pois dessa forma daria destaque à natureza relacional do contexto, e não comunitária. O “nós” é um grupo definido por características comuns, como raça, etnia, nacionalidade ou religião, sendo frequentemente usado para excluir os outros, aqueles que não são considerados membros do grupo.

O *Ubuntu* é uma expansão das fronteiras do indivíduo para incluir os outros. O autor também afirma que o *Ubuntu* não é um ideal perfeito que exclui as falhas humanas ou qualquer tipo de diferença, e sim que tem a natureza dinâmica de acomodar as diferenças, sendo um conceito que está constantemente evoluindo. À medida que o mundo muda, o *Ubuntu* também muda. Isso significa que tem o potencial de levar a uma nova humanidade, uma humanidade mais justa e inclusiva. O *Ubuntu* é um conceito poderoso que tem o potencial de transformar o mundo. O *Ubuntu* pode nos ajudar a construir uma sociedade mais justa e inclusiva, uma sociedade em que todos sejam valorizados e respeitados.

O *Ubuntu* acolhe o indivíduo com tamanha abrangência, que ele se expande se tornando algo maior que o coletivo tribal, que a comunidade, incluindo todas as diferenças. Nessa filosofia, somos o que somos através de outras pessoas. Estamos interconectados e somos interdependentes uns dos outros em uma rede de inter-relacionamentos. Todos compartilhamos uma existência humana análoga, com desejos afins, tais como sermos felizes, amados e saudáveis, e o significado do *Ubuntu* expressa como seu lema a compaixão. Ele carrega consigo a nobre premissa de uma conexão interrelacional onde crescemos e expandimos ativamente quem somos através de nosso convívio com o outro.

As relações interpessoais são construídas através da comunicação. A linguagem embasa estas relações, e será diferenciada em sua significação de acordo com os tipos de discurso e de intenção. Os fatores culturais, sociais e subjetivos têm papel importante neste processo. Para que ocorra a troca de experiências e ideias com a transferência de significados nesta relação, deve haver disponibilidade mental e comprometimento entre as partes. Este processo de trocas entre sujeitos compõem os fundamentos da intersubjetividade. A interação entre indivíduos potencializa a

criação de novos objetos. O indivíduo modifica e é modificado a partir de sua relação com o coletivo (Rabello, 2015; Penteadó, 1993).

### **3.4 Elementos estruturais da relação médico-paciente**

O paciente nunca vai se importar com o quanto você sabe, até saber o quanto você se importa. (Terry Canale, 2000. *American Academy of Orthopedic Surgeons Vice Presidential Lecture*, tradução nossa).

Hesse e Rauscher (2018) publicaram um estudo sobre a comunicação afetuosa na RMP e sua influência na percepção do paciente e no resultado do tratamento. Neste estudo, eles analisaram aspectos como a confiança do paciente no médico, a competência comunicadora do médico, a compaixão do médico, o desejo do paciente de falar, a abertura do paciente com o médico, o envolvimento percebido do paciente com o tratamento, a satisfação e a adesão ao tratamento. Os resultados revelaram que a demonstração de afeto pelo médico, através da comunicação afetuosa, parece estar relacionada com a percepção positiva do paciente sobre a RMP, afetando seu comportamento comunicacional e interferindo positivamente nos resultados.

Outros estudos corroboram estes achados, enfatizando o valor da RMP no grau de satisfação do paciente e dos resultados dos tratamentos médicos. A competência comunicadora do médico, a compaixão, associadas a abordagens individualizadas, centradas no paciente, são capazes de tornar o paciente atuante e envolvido em seu tratamento (Street *et al.*, 2009).

O grau de afeto demonstrado pelo médico durante a consulta associa-se com os aspectos comunicacionais do paciente com o médico. Quanto maior a percepção de afeto pelo paciente, melhor a comunicação do paciente e maior a percepção positiva deste sobre o médico. A percepção de afeto também se associou positivamente com a satisfação do paciente e a adesão ao tratamento médico (Baker; Watson, 2015; DiMatteo; Reiter; Gambone, 1994).

A percepção de empatia pelo paciente na comunicação do médico demonstrou estar associada à percepção de competência clínica do médico, pelo paciente. A atenção e solidariedade do médico, associados à abordagem centrada no paciente, parecem atuar favoravelmente na RMP, ampliando o grau de confiança e o intercâmbio de ideias e informações entre ambos (Arora, 2003; Ogle; Bushnell; Caputi, 2013).

Alguns elementos integrantes da RMP foram destacados como componentes mais relevantes do encontro do paciente com o médico na edificação de uma relação interpessoal. Estes elementos são descritos a seguir.

#### 3.4.1 A atenção

Prestar atenção ao paciente demonstra um interesse genuíno no seu bem-estar. Esse envolvimento promove a confiança e incentiva os pacientes a externarem seus sintomas, histórico médico e preocupações. A atenção cuidadosa ao histórico e aos sintomas do paciente pode levar a um diagnóstico mais preciso, com detalhes sutis que podem ser a chave para identificar a causa subjacente de um problema de saúde.

Sem a atenção do médico, aspectos importantes relatados pelo paciente podem passar despercebidos. Médicos atentos podem oferecer apoio emocional aos pacientes que lidam com problemas físicos ou psicológicos, reconhecendo suas emoções e preocupações, e ajudando-os a reduzir a ansiedade e o estresse. Prestar atenção às necessidades do paciente permite inclusive uma utilização eficiente do tempo de consulta, auxiliando na otimização do cuidado médico, com abordagem mais assertiva do problema apresentado, diagnóstico mais acurado e tratamento mais preciso.

A atenção ao estado físico e emocional do paciente permite uma abordagem mais holística aos cuidados de saúde. Isso pode promover maior bem-estar geral no paciente e melhor gerenciamento pelo médico de condições crônicas. Médicos atentos têm menor probabilidade de cometer erros nas dosagens dos medicamentos, nos planos de tratamento ou no diagnóstico, reduzindo o risco de eventos adversos. Prestar atenção às emoções do paciente pode ajudar tanto quanto um diagnóstico médico e inclusive no próprio diagnóstico. Facilitar a expressão do desconforto emocional, demonstrando empatia, atenção e aceitação, é uma habilidade que o médico deve desenvolver (Vega-Hurtado, 2020).

Nos cuidados à saúde de alta qualidade e da prática médica centrada no paciente, a atenção é um componente essencial. A abordagem atenta do médico ao paciente leva a cuidados de melhor qualidade, concorrendo para a tomada de decisões mais embasadas, reduzindo o risco de erros de diagnóstico ou de tratamento e aumentando a satisfação do paciente. A atenção do médico associada a uma fala

calma, abordando de forma abrangente os aspectos inerentes às queixas do paciente, promovem uma compreensão mais ampla e mútua da situação. A atenção associada à empatia leva o paciente a acreditar que não está sozinho, que seu sofrimento é compartilhado (Anderson; Wescom; Carlos, 2016).

### 3.4.2 A escuta

O verbo escutar, *auscultare* em latim, combina elementos do corpo e da atitude do receptor – o substantivo *aurícula*, significando orelha, e o verbo *inclinare*, sugerindo a ideia de inclinar a orelha. Assim sendo, para escutarmos algo é necessário o gesto intencional. A audição nos possibilita captar os ruídos a nossa volta, porém nem todos os sons serão percebidos de forma igual justamente pelo fato de que nem sempre colocamos nossa atenção intencionalmente naquilo. Escutamos e ouvimos com o mesmo sentido, porém de forma absolutamente distinta. O órgão auditivo saudável nos permite ouvir adequadamente um som nos arredores, porém para esse mesmo som ser escutado é necessário que haja intencionalidade, ou seja, vai depender da atitude da pessoa.

A escuta ativa é um ato intencional de atenção plena que sustenta um espaço emocionalmente acolhedor e livre de julgamentos, no qual a pessoa que fala pode escutar melhor a si mesma através de quem a escuta. É uma habilidade fundamental para o cuidado em saúde, pois permite aos profissionais construir relacionamentos de confiança e empatia com os pacientes. Os pacientes que se sentem escutados e compreendidos pelos médicos têm maior probabilidade de aderir ao tratamento. Isso se sucede pelo fato de que, quando o paciente é incentivado pelo médico a expressar livremente suas preocupações, estes se sentem mais satisfeitos e com isso mais propensos a compartilhar informações mais completas e relevantes sobre sua saúde. De forma inversa, quando o paciente não encontra espaço para sua fala, ele pode vir a intensificar determinado sintoma no intuito de captar a atenção do médico (Malta; Carmo, 2020).

A escuta ativa é uma habilidade que pode ser aprendida e desenvolvida com a prática, sendo recomendável que os profissionais de saúde se dediquem a desenvolver essa habilidade, pois isso resultará na melhor qualidade do tratamento oferecido ao paciente. A escuta atenta do médico, associada a uma comunicação eficaz, permite que os médicos despertem uma maior qualidade de escuta nos

pacientes, e assim expliquem claramente as informações médicas, as opções de tratamento e os potenciais efeitos secundários. Os pacientes que se sentem escutados têm maior probabilidade de seguir os conselhos médicos e uma abordagem atenta do médico facilita a implementação da TDC.

Grande parte das vezes, o paciente não se sente escutado pelo médico, e se sente como se fosse apenas mais um no meio de tantos outros atendimentos. Saber escutar o paciente, se interessando por sua narrativa, complementa as qualidades esperadas pelo paciente a respeito de seu médico, além do seu conhecimento técnico. Uma escuta do médico interessada, com gestos e palavras de reforço, promove benefícios não apenas ao paciente, mas também ao médico. Escutando seu paciente, e ciente de que verdadeiramente o escutou, o médico compreende de forma mais abrangente o problema apresentado por ele, direcionando decisões mais assertivas sobre o tratamento (Sanchez, 2014).

A comunicação eficaz é uma competência essencial para médicos e profissionais de saúde, pois a RMP não envolve apenas diagnóstico e tratamento, mas também permite fornecer apoio emocional e criar um ambiente de confiança. A comunicação eficaz envolve escutar ativamente o paciente, fazer perguntas claras e compreender suas preocupações. Os médicos devem ser capazes de transmitir informações médicas de maneira compreensível e estar dispostos a responder às perguntas dos pacientes, expressando opiniões e necessidades de forma clara e respeitosa. Os médicos devem ser capazes de se comunicarem com os pacientes de forma assertiva para discutir opções de tratamento, explicar riscos e benefícios e abordar potenciais preocupações sem impor o seu ponto de vista.

Saber escutar atentamente e com empatia é essencial para demonstrar compreensão e apoio ao paciente. Os médicos devem ser capazes de se colocarem no lugar de cada paciente, demonstrando que se preocupam com o seu bem-estar e estão dispostos a trabalhar em conjunto para resolver os seus problemas de saúde.

Apesar dos avanços tecnológicos, a capacidade de realizar uma boa semiologia continua crucial para um diagnóstico preciso e um cuidado integral.

Embora a tecnologia tenha transformado a medicina e melhorado a precisão do diagnóstico e do tratamento, ela não pode nem deve substituir a comunicação e a interação pessoal. Os médicos devem utilizar a tecnologia de forma complementar, e não em vez de e em detrimento da relação com o paciente.

A comunicação eficaz que abrange a escuta ativa, a empatia e a boa semiologia, são elementos essenciais para uma assistência médica de qualidade. Os médicos devem se esforçar para equilibrar os avanços tecnológicos com o cuidado pessoal e a compreensão para manter uma RMP satisfatória e eficaz (Vega-Hurtado, 2020).

### 3.4.3 A confiança

A confiança é um elemento fundamental na RMP e começa a ser construída já nos primeiros minutos da consulta médica. Neste primeiro encontro do médico com o paciente, são tecidas as impressões e julgamentos que permanecerão e irão moldar este relacionamento. As relações baseadas na confiança mútua proporcionam maior envolvimento do paciente com seu problema de saúde. Participando mais nas tomadas de decisão, o paciente obtém respostas superiores ao tratamento médico, além de conforto e redução na ansiedade (Dean; Street, 2014; Shepherd; Tattersall; Butow, 2008).

A confiança do paciente no médico também promove maior adesão do paciente ao tratamento prescrito, aumentando o índice de sucesso terapêutico. O paciente confiante no médico tem maior chance de manter a continuidade do tratamento, retornando para uma próxima consulta para o acompanhamento da doença tratada ou para a eventualidade de um novo evento patológico (Dang, 2016).

Os pacientes buscam não apenas por um médico experiente e capaz tecnicamente, mas também um profissional que seja compassivo e disponível para escutar e compreender suas angústias e preocupações nesse momento de vulnerabilidade. Dang (2017) publicou um estudo sobre a confiança na RMP. Neste estudo, ele identificou cinco atitudes do médico que podem contribuir para o aprimoramento da confiança nesta relação desde o primeiro encontro, e também diminuir o grau de ansiedade dos pacientes. São elas:

- a) Transmitir segurança;
- b) Esclarecer ao paciente que ele pode fazer perguntas;
- c) Comunicar ao paciente seus resultados de exames e sua interpretação no contexto da doença;
- d) Não empregar termos nem comportamentos que possam demonstrar julgamento do paciente;

- e) Perguntar ao paciente sobre o objetivo da consulta, suas expectativas e preferências de tratamento.

Neste mesmo estudo, outro aspecto identificado como importante para os pacientes na construção da confiança, foi a continuidade de atendimento com o mesmo médico, dando sequência ao atendimento e estreitamento dos laços relacionais. Os pacientes anseiam por um profissional que os compreenda em sua fragilidade, que os dê suporte e não aponte seus pontos vulneráveis. Médicos que invistam em sua autoestima e que juntos possam traçar os objetivos do tratamento, tendo segurança de que o médico seguirá com ele perseverando em alcançar esses objetivos definidos por ambos (Dang, 2017).

Quando a confiança na RMP não está francamente estabelecida, existe o grande risco de o paciente não aderir integralmente ao tratamento estabelecido pelo médico e conseqüentemente afetar a qualidade do resultado obtido. Esse fato, por conseguinte, retroativamente leva o paciente a não observar o tratamento prescrito como adequado e positivo e o médico a sentir-se insatisfeito com a pouca aderência ao tratamento indicado e os resultados obtidos. Este comportamento promove insatisfação e redução das expectativas nesta relação (Zhou; Grady, 2016; Du *et al.*, 2020).

A confiança no médico se apoia não apenas na competência técnica do profissional, que deve ter o conhecimento e a habilidade para elaborar o diagnóstico e tratamento para suas queixas. A confiança se estende também na certeza de que prevalecerá nas escolhas do médico, sempre em primeiro lugar, seus interesses e seu bem-estar. É de pleno conhecimento a importância da confiança na RMP, afetando essa relação e podendo interferir diretamente na adesão ou mesmo no resultado do tratamento (Lu *et al.*, 2018).

Quando ocorre uma ruptura na confiança previamente existente na RMP, esta poderá ser restabelecida através de uma melhora no processo de comunicação nesta relação. A troca de informação, envolvendo a emissão e a recepção de mensagens, deve ser abordada com mais cuidado e preparo pelos médicos, considerando não apenas a doença, mas o paciente em questão.

O empenho em aprimorar habilidades na comunicação com o paciente, incluindo a disponibilidade para ouvi-los e fazê-los tomar parte ativa nas decisões sobre seu tratamento torna-os menos vulneráveis, mais confiantes e aptos para se expressarem mais abertamente. Essa customização do processo comunicacional

afeta a qualidade do atendimento médico e conseqüentemente a satisfação do paciente. Com esse cuidado individualizado com a informação, a confiança no serviço médico prestado poderá ser restaurada (Bientzle, 2015; Du,2020)

A relação entre o médico e o paciente é única e se apoia inteiramente na honestidade entre ambos e na confiança desenvolvida entre as duas partes. Essa relação, onde o conhecimento científico previamente era restrito ao médico, vem se modificando nos últimos tempos com o acesso à informação. Esse domínio sobre os fundamentos da doença e seu tratamento sempre pertenceu exclusivamente ao médico, e, com o advento da internet passou a ser de conhecimento público. Essa mudança, se por um lado traz um paciente mais consciente e participativo em seu tratamento, por outro pode ocasionar atritos nessa relação, gerando no paciente desconfiança e insegurança sobre a conduta adotada pelo médico ou mesmo expectativas irreais.

A comunicação toma uma posição de destaque nesse contexto, onde o médico deve adotar uma linguagem clara e acessível, abordando os aspectos divergentes com naturalidade e acolhimento, considerando a conjuntura da doença e a fragilidade advinda desta para restabelecer a confiança nesta relação (Spence,2012).

Outra questão importante que interfere na RMP é o sensacionalismo, quase sempre presente nas mídias sociais, que destacam complicações e eventos adversos de um determinado tratamento médico em detrimento da valorização dos feitos e sucessos outrora obtidos de outro tipo de tratamento em contextos quase inimagináveis. Esse é um elemento importante na geração de desconfiança no cuidado médico e por conseguinte na RMP.

Uma boa prática médica, pautada em uma comunicação eficaz, na transparência no cuidado, nas condutas e modelando as expectativas do paciente, contribui para a construção de uma RMP sólida pautada na confiança mútua.

#### 3.4.4 A empatia

O termo empatia deriva da palavra grega "*empathéia*", que significa entrar na paixão, no sentimento, de uma outra pessoa, sendo a junção dos termos "*en*" (dentro) e "*pathos*" (sentimento). Inicialmente este termo era empregado para significar a afinidade com trabalhos de arte, somente posteriormente vindo a simbolizar a sintonização entre semelhantes (Singer; Klimecki, 2014).

A empatia é um adjetivo inerente à comunicação intersubjetiva, onde ocorre a percepção e compreensão do outro em suas circunstâncias próprias. A concepção empática desloca o foco de atenção do indivíduo para seu próximo, provocando uma mudança de perspectiva. A empatia é, desta forma, uma abordagem diferenciada do modo de sentir, pensar e agir com o outro, consigo mesmo e com o mundo (Merleau-Ponty, 2014; Manganaro, 2016; Caldin, 2001).

A empatia tem na base da atenção ao outro a tentativa de se perceber a si próprio, aos outros e às suas interpelações. É o sentimento de se colocar no lugar do outro, direta ou indiretamente, promovendo a criação de laços em um senso comum. A empatia é a capacidade de sentir pelo outro, porém sem se confundir com o outro. É a possibilidade de se sentir feliz quando o outro também está, ou o contrário, é ressonar com o sentimento alheio (Manganaro, 2016; Merleau-Ponty, 1999; Singer; Klimecki, 2014).

Através da empatia ocorre a conscientização de que nossos valores e conceitos sobre as coisas não são os mesmos que os dos outros, e que devemos respeitar e sublimar as diferenças, valorizando os sentimentos e as concepções alheias (Krznaric, 2015).

A empatia no âmbito da clínica médica é um conceito complexo e multidimensional, que abrange a capacidade do médico de compreender uma dada situação, sua perspectiva e os sentimentos do paciente (Mercer; Reilly, 2002).

Alguns estudos têm demonstrado que a empatia pode afetar a evolução da doença. A percepção do paciente sobre a empatia do médico foi o fator determinante mais importante para promover mudanças no resultado do tratamento (MacPherson *et al.*, 2003).

A empatia do médico está associada a melhores resultados de tratamentos clínicos, como sintomas da gripe comum no cenário da atenção primária. É possível que este fato também ocorra no âmbito das especialidades cirúrgicas. Um dos benefícios de uma RMP empática seria o desenvolvimento de maior senso de auto capacitação ou resiliência pelo paciente, o que estaria relacionado a melhores resultados do tratamento autorreferidos (Del Canale, 2012; Rakkell, 2009; MacPherson *et al.*, 2003).

Como a empatia é uma habilidade que se pode aperfeiçoar, evidências de um impacto positivo podem apoiar os esforços dos médicos para desenvolver estratégias de comunicação mais eficazes. Pesquisas sobre os efeitos da empatia em diferentes

campos da medicina têm sido realizadas, demonstrando crescente interesse no assunto.

Estudos em saúde mental sugerem que a empatia desempenha um papel fundamental na prática médica e também que pode ser desenvolvida e ensinada com sucesso nas escolas de medicina (Dixon, 1999; Reynolds, 1999).

Um estudo recente empregou como método a revisão sistemática da literatura com o objetivo de analisar as diferentes dimensões da empatia na RMP, como elemento capaz de modificar a evolução clínica da doença. Nesta revisão, a percepção do paciente a respeito da empatia do médico demonstrou ser o fator mais importante na determinação das mudanças de sua evolução clínica (Paiva, 2019).

Diferentes estudos demonstraram a influência significativa da empatia do médico percebida pelo paciente e avaliada através da escala *Consultation And Relational Empathy measure (CARE)*, no resultado do tratamento (Picceli, 2017; Mercer; Reilly, 2002).

Um estudo realizado em 2009 demonstrou que pacientes que classificaram seus médicos como empáticos no escore *CARE*, apresentaram severidade e duração reduzidas dos sintomas de gripe (Rakel *et al.*, 2009).

Bikker, Mercer e Reilly (2005) demonstraram em sua pesquisa que a empatia é crucial para a capacitação do paciente, o que está fortemente relacionado à mudança percebida no seu bem-estar.

Uma pesquisa realizada em 2016 demonstrou uma pequena diminuição na intensidade da dor nos pacientes que classificaram os médicos como empáticos (Kootstra *et al.*, 2016).

Profissionais que se empenham em melhorar a forma como se relacionam com seus pacientes, aprimorando a empatia e transmitindo mensagens positivas, melhoram a satisfação destes com o atendimento médico e afetam positivamente a evolução clínica do paciente, sem provocar danos.

#### 3.4.5 O toque, o olhar, a conectividade

Todo paciente que busca atendimento na área da saúde, independentemente de sua condição clínica ou social, demanda avaliação dos aspectos físicos bem como dos elementos psicossociais envolvidos nesse processo. Dentre os pilares do cuidado

com o outro estão a empatia, o respeito e a privacidade (Kitson; Muntlin Athlin; Conroy, 2014).

A confiança também ocupa papel de destaque na RMP. Uma interação positiva com o paciente pode promover aumento de esperança no mesmo, podendo afetar sua qualidade de vida e influenciar inclusive na sua sobrevivência (Dinc; Gastmans, 2013).

Uma relação estabelecida com base na confiança, formando um vínculo positivo entre paciente e profissional de saúde parece exercer papel de importância na evolução do paciente. Vários estudos especulam a respeito de elementos tais como a empatia, resiliência, toque e conectividade e sua possível influência no processo de cura (Woolley *et al.*, 2012; Detillion *et al.*, 2004; Devries, 2007).

As manifestações de empatia, o contato visual e o toque físico parecem ser elementos relevantes na recuperação do paciente. Existe um interesse crescente na busca por informações mais concretas a respeito dos efeitos da interação interpessoal sobre o organismo. Este interesse cada vez mais crescente se reflete no aumento na publicação de estudos sobre este tema.

O olhar fixo e atento ao paciente e o toque físico são elementos capazes de promover efeitos neurofisiológicos no organismo do paciente, conforme demonstrado em alguns estudos. O toque físico, com base afetiva, determina uma resposta neurofisiológica no organismo, ocorrendo a liberação de neurotransmissores e outras substâncias químicas específicas. Estes produtos liberados promovem efeitos neuroendócrinos que atuam na redução do estresse e no aumento da imunidade (Foster, 2005; Papathanassoglou; Mpouzika, 2012; Field, 2010; Monzillo; Gronowicz, 2011; Morrison; Bjornsdotter; Olausson, 2011; Diego, 2009; Rapaport; Schettler, 2010).

As áreas do cérebro ativadas pelo toque afetivo estão relacionadas à percepção de empatia e de emoção. A via nervosa envolvida neste processo abrange em parte o trato espinomesencefálico, a ínsula, a amígdala e o córtex cingulado anterior, resultando em alterações neurofisiológicas que podem interferir no controle da dor (Sandkuhler; Gruber-Schoffnegger, 2012).

O contato face a face envolvendo o olhar fixo entre duas pessoas promove uma interação neural que gera efeito positivo na confiança e na atitude empática entre os envolvidos. Algumas das substâncias envolvidas neste processo são a vasopressina e a oxitocina, ambas atuantes na redução da resposta fisiológica ao estresse. Como efeito retroativo positivo, o aumento nos níveis de oxitocina promove conexão ainda

maior entre os olhares daqueles envolvidos, fato este que amplia ainda mais o grau de empatia e confiança entre estes. A vasopressina e a oxitocina têm também sido implicadas como efeito adjuvante no processo de cicatrização da pele (Gouin *et al.*, 2010; Guastella; Mitchell; Dadds, 2008; Uvnas-Moberg; Petersson, 2005).

A conectividade social, baseada na confiança e na afetividade, gera um processo de retroalimentação positiva que por sua vez atua sobre o sistema nervoso parassimpático. Este processo envolve a liberação de substâncias responsáveis pela produção e regeneração das células nervosas, pela modulação das respostas hormonais ao estresse e pela resposta imune. Através da modulação de linfócitos, que em última análise levam à produção de anticorpos, esses moduladores promovem efeitos relacionados à cura (Boyatzis, 2006; Davidson; Sutton, 1995).

Elementos subliminares como o toque, o olhar e a conectividade são bastante relevantes no processo de atendimento ao paciente. Através da liberação de substâncias químicas são desencadeados efeitos neurofisiológicos que afetam o processo de cura. Estes efeitos são regulados pela qualidade da relação estabelecida entre os indivíduos envolvidos.

#### 3.4.6 A compaixão

A palavra compaixão é composta pela junção dos termos latinos “*com*” (junto) e “*pati*” (para sofrer). Ao invés de significar o compartilhamento de emoções tal qual na empatia, a compaixão traduz um sentimento de paixão, zelo e preocupação com o outro. É sentimento pelo outro e não sentimento com o outro, como na empatia. Na compaixão, ocorre também um desejo marcante de tentar fazer o outro se sentir melhor, sendo frequentemente o fator motivador nos trabalhos de cunho social (Singer; Klimecki, 2014).

Existe unanimidade na literatura na definição de que a compaixão se refere a um sentimento pela pessoa que sofre, associado ao desejo de tentar ajudar. Portanto, a compaixão não seria tão somente o testemunho do sofrimento alheio, mas também a tentativa de querer amenizá-lo (Strauss *et al.*, 2016).

O budismo tem na compaixão seu princípio fundamental, sendo definida pelo Dalai Lama (1995) como estar disponível e aberto para o sofrimento alheio associado ao comprometimento em buscar aliviá-lo.

O cristianismo, semelhantemente, tem no amor ao próximo seu princípio fundamental, orientando e prescrevendo que se faça ao outro o que se estaria disposto a fazer a si mesmo.

Outras tradições espirituais têm neste princípio um pilar fundamental dos seus valores e condutas éticas, demonstrando o caráter de universalidade existente na relevância do desenvolvimento humano da compaixão.

Para Kanov *et al.* (2004), a compaixão consistiria em três facetas, sendo estas respectivamente perceber, sentir e agir. A percepção se refere a tomar conhecimento deste sofrimento, seja por assentimento ou por mero reconhecimento cognitivo. O sentir envolve uma resposta emocional e a experimentação de ocupar o lugar do outro. E, por fim, a ação ou reação abrange a vontade de ajudar, de tomar partido para amenizar esse sofrimento. Esta definição de compaixão aborda também um elemento cognitivo em sua descrição, envolvendo a habilidade de racionalidade a respeito das vivências afetivas de outra pessoa.

É possível aumentar o nível de compaixão através de treinamento. Uma das formas de fazê-lo é através da meditação, que consiste em um processo de metacognição apoiado em processos e fenômenos informacionais. A incrementação desta competência induz atitudes pro-sociais, de resiliência e afeto, promovendo melhor resposta do indivíduo a situações de estresse e na vida cotidiana como um todo. Esta mudança tem efeitos bastante significativos naqueles indivíduos que trabalham na assistência ao outro, como os profissionais de saúde, e também naqueles que convivem em ambientes de grande conflito (Fredrickson *et al.*, 2008).

A compaixão pode ser entendida como elemento motivacional, tendo sua origem datada dos primórdios das organizações humanas, como parte integrante e derivada do comportamento dos mamíferos superiores e mais especificamente dos primatas na geração de laços e afiliações. Este comportamento demonstrou importância na determinação de cooperação interpessoal e na capacidade de sobrevivência do bando. A compaixão é uma conscientização do sofrimento alheio associada à vontade de ajudar, composta por elementos associados ao afeto, à cognição e também ao comportamento. Esta se subdivide em qualidades tais como a empatia, a simpatia, a sensibilidade, a motivação, o não julgamento e a resistência ao sofrimento (Strauss *et al.*, 2016).

Para o Dalai Lama (1995), a compaixão não se manifesta apenas pelas pessoas do convívio íntimo, mas também pelos desconhecidos. O conceito de que a

compaixão pode ser sentida por pessoas que desconhecemos é reiterado no estudo desenvolvido por Sprecher e Fehr (2005). Esta pesquisa avaliou o amor compassivo despertado no contexto da proximidade (pessoas conhecidas) e da distância (desconhecidos ou humanidade como um todo). A compaixão se relacionou positivamente com o comportamento pró-social e se demonstrou presente tanto em relação aos indivíduos próximos quanto distantes. Neste estudo, o amor compassivo foi vivenciado em maior grau nos indivíduos com algum vínculo religioso ou espiritualista.

A compaixão no budismo enfatiza um senso comum humanitário com a pessoa que sofre. Neste contexto, deve-se buscar a compreensão do sofrimento e os elementos causadores, mas também ter empatia e familiaridade com todos os seres vivos, definida como bondade/gentileza amorosa (*loving kindness*). Na concepção do budismo, deve-se compreender que o sofrimento é inerente ao ser humano, sendo importante uma vivência compartilhada para sua melhor assimilação (Dalai Lama, 2005).

Outra definição de compaixão é descrita com base na autocompaixão, que compreende a compaixão voltada para si mesmo. Esta seria composta pela conscientização do sofrimento (atenção plena), pela bondade/gentileza consigo e pelo não julgamento de si próprio, e pelo senso humanitário, o qual percebe o sofrimento como elemento inerente ao ser humano (Neff, 2003).

As definições de compaixão abrangem a conscientização do sofrimento alheio acrescida do desejo de amenizá-lo. A atitude compassiva envolve a capacidade de suportar sensações dolorosas e de se identificar com aquele que padece como parte do universo senciente.

### **3.5 O trinômio: satisfação, adesão e melhora clínica**

A comunicação na RMP traz várias implicações no atendimento em saúde de uma forma geral. Essa comunicação interfere diretamente na qualidade do serviço médico, na recuperação do paciente e no êxito terapêutico. O ponto de destaque do processo comunicacional é que ele ocorre entre partes que ocupam posições desiguais. Esse aspecto demanda que, para que haja equidade nesta relação, a comunicação ocorra de forma a esclarecer ao paciente todos os aspectos importantes de sua situação clínica, permitindo a este conhecer e participar da escolha terapêutica

mais apropriada para seu caso. O maior nível de concordância entre o médico e o paciente durante a consulta médica parece aumentar a confiança deste no cuidado médico.

Poucos comportamentos comunicativos são mais consequentes para a qualidade e satisfação das relações humanas do que a comunicação de afeto. De fato, não é exagero sugerir que, sem um comportamento afetuoso para iniciá-los e mantê-los, a maioria dos relacionamentos no curso da vida seriam abandonados.

Apesar de sua relevância, a comunicação afetiva muitas vezes parece ocorrer de maneira superficial, sem que se preste atenção consciente aos seus meandros. Mesmo assim, ela influencia tantos aspectos diversos da vida individual e relacional que os indivíduos teriam dificuldade em passar sem ela. O comportamento afetivo pode ser considerado um componente fundamental da experiência comunicativa humana e de impacto considerável na satisfação das relações.

A satisfação envolve aspectos cognitivos associados a uma análise psicológica por parte da pessoa envolvida, fundamentada em elementos afetivos ou emocionais que a afetam. Dessa forma, a satisfação engloba elementos que vão além do objetivo e factual, se enveredando também pelos meandros da subjetividade (Oliver, 1993).

A qualidade da relação desenvolvida entre o médico e o paciente influencia diretamente na satisfação deste com a assistência recebida. As interações advindas desse encontro e os elementos emocionais por este desencadeados servirão de base para a construção da impressão do paciente e seu grau de satisfação. O paciente, em sua vulnerabilidade, procura no atendimento médico não apenas a resolução de seus transtornos de saúde, mas também acolhimento, respeito, atenção e comprometimento (Mantovani *et al.*, 2014).

Um elemento que interfere no grau de satisfação na RMP é o tempo de duração da consulta médica. O maior tempo despendido pelo médico para entrevistar o paciente, explicar sobre sua doença e possibilidades terapêuticas e promover seu envolvimento no processo decisório, não apenas resulta em satisfação maior do paciente como também diminui o tempo entre as consultas de revisão (Khanal *et al.*, 2021).

A satisfação na RMP tem sido descrita como a sensação alcançada quando uma expectativa é atingida. Este é um conceito bastante subjetivo e de difícil mensuração. A satisfação do paciente com o atendimento médico tem uma associação pouco definida com a qualidade deste, uma vez que o paciente não possui

a capacidade de julgamento adequada para avaliar a competência do médico. A satisfação implica que foi atingido um objetivo a ser alcançado, mas não que tenha sido da melhor e mais adequada forma do ponto de vista acadêmico (Williams, 1994).

No âmbito administrativo, porém, a satisfação do paciente tem permitido mapear as áreas do atendimento médico que necessitam de melhoria. Neste contexto seria conveniente, portanto, extrapolar que a qualidade do atendimento médico interfere na satisfação do paciente e que a satisfação, por conseguinte, seria um bom marcador de qualidade do atendimento médico (Heidegger; Saal; Nuebling, 2006).

Vários elementos têm sido relacionados ao grau de satisfação do paciente, tais como o seu grau de expectativa, quadro de saúde, crenças, experiências prévias e confiança no médico. Outros fatores também passíveis de interferir na satisfação com a consulta médica seriam a idade do médico e a organização do atendimento associado a aspectos físicos do ambiente de consulta (Welch, 2010).

Dos aspectos previamente mencionados como capazes de interferir na satisfação do paciente, a maior parte deles não pode ser alterada, porém um elemento de grande peso e modelável é o comportamento médico, inserido e determinante da RMP.

Um estudo publicado em 2018 por De Waard e colegas, identificou a relação entre a satisfação do paciente e a RMP. Quanto melhor a percepção do paciente desta relação, maior a satisfação pelo atendimento médico. A RMP foi independente de outros fatores considerados no estudo, tais como idade, sexo, doença, e número de encontros prévios com o médico. Esta pesquisa também demonstrou que os aspectos formais desta relação têm pouca implicação na percepção de qualidade desta, ao contrário dos parâmetros afetivos, tais como tratar o paciente como ser individual e único. O estudo conclui que com o implemento da atenção e do cuidado ao paciente de forma centrada e singularizada na RMP, pode-se alcançar maior índice de satisfação do paciente (De Waard *et al.*, 2018).

A adesão compreende o seguimento por parte do paciente das recomendações dadas pelo médico. Através desta é que é atingido o objetivo fim do tratamento que é a melhora clínica do paciente. O médico ao consultar um paciente elabora um plano terapêutico de acordo com sua patologia, porém para que o tratamento prescrito seja efetivamente concretizado é fundamental que o paciente siga corretamente o uso do agente prescrito. A adesão por parte do paciente é indispensável para que se alcance

o resultado almejado, e para que esta ocorra, o papel do médico é de suma importância (Cramer *et al.*, 2008).

A adesão do paciente ao tratamento tem sido uma constante preocupação do médico. A OMS descreve a adesão ao tratamento como algo mais abrangente do que apenas tomar a medicação de forma correta e contínua. A adesão estaria implicada em um conjunto de outras medidas que abrangem também o retorno de forma assídua às consultas, obediência às orientações sobre imunizações e adoção de estilo de vida saudável (OMS, 2005).

A avaliação quanto à adesão ao tratamento deve englobar não apenas o ato do paciente tomar o medicamento prescrito corretamente, o que seria uma visão bastante reduzida da questão. A adesão ao tratamento deve ser analisada e avaliada em um contexto mais amplo, envolvendo e considerando também o contexto socioeconômico e cultural do paciente, o que a doença significa para ele, suas necessidades individuais e crenças.

A boa RMP é o ponto fundamental para o estabelecimento de um diagnóstico preciso. Através desta relação, o médico obterá acesso a informações importantes sobre o paciente, essenciais para a definição terapêutica. A qualidade da RMP também influencia diretamente na adesão ao tratamento pelo paciente, pois esta somente ocorrerá quando uma boa relação entre ambos for estabelecida.

A adesão ao tratamento é o ponto crucial para a cura ou controle de doenças crônicas. Mensurar o quanto o paciente aderiu ao tratamento, porém, é quesito bastante difícil. A variação pode ser muito grande indo de nenhuma adesão, a adesão parcial associada a medicações por conta própria, ou adesão completa. A adesão ao tratamento torna-se mais difícil quando abrange mudanças de hábitos de vida, como cessar o tabagismo, iniciar atividade física, dieta alimentar, etc.

A doença traz apreensão e vulnerabilidade, porém quando se trata de doenças silenciosas, que não trazem consigo nenhum sintoma, torna-se mais difícil a adesão do paciente ao tratamento. Essa dificuldade decorre na maior parte das vezes pelo desconhecimento sobre a doença e as possíveis consequências da falta do tratamento adequado. Neste entrave sobre a adesão do paciente ao tratamento instituído pelo médico, devemos considerar também a condição socioeconômica do paciente. De uma forma geral, é menor a adesão quanto menor é este nível. Isto pode ser decorrente do difícil acesso aos serviços de saúde que poderiam em alguns casos prover os medicamentos, o alto custo destes e seus efeitos adversos. Somam-se aos

fatores descritos os elementos psíquicos e crenças individuais, assim como a necessidade do estabelecimento de uma RMP satisfatória (Machado, 2008).

Deve ser considerado também como é difícil para o paciente aceitar que grande parte dos hábitos por ele adotados ao longo da vida, ou alguns muito arraigados e emocionalmente ancorados, devem ser modificados ou adaptados para prevenção e controle da doença em questão. Some-se a este argumento o fato de que frequentemente ele não apresenta nenhum sintoma que se altera instantaneamente pela mudança do hábito. A mudança no estilo de vida, requerida em alguns tratamentos, é bastante difícil, pois significa ter que abdicar de elementos prazerosos e desprazerosos, como a relação com alguns alimentos, cigarro, álcool e atividade física. O uso contínuo de algum medicamento também se configura como fator de angústia para o paciente, com ênfase para aqueles que possam lhe conferir efeitos adversos. Aqui vale-se de grande peso a RMP, estabelecida em uma base sólida de confiança.

A maneira como os profissionais de saúde entende e aborda a adesão ao tratamento pode influenciar a forma como os pacientes percebem seu tratamento e suas próprias responsabilidades em relação a ele. A adesão deve ser encarada como um processo complexo, que envolve fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais. Portanto, é importante que os profissionais de saúde busquem compreender os valores e crenças dos pacientes em relação à saúde, à doença e ao tratamento. Além disso, a não adesão não deve ser entendida pelos médicos como comportamento irracional e desviante de sua conduta. Muitas vezes, a não adesão é motivada por fatores que estão fora do controle do paciente, como dificuldades financeiras, falta de acesso aos serviços de saúde ou estigma social.

Essa visão é importante porque destaca a necessidade de uma abordagem humanizada sobre este tema. Os profissionais de saúde devem se preocupar em entender as necessidades e os desafios dos pacientes, e não apenas impor um plano de tratamento. Essa abordagem humanizada é essencial para promover maior adesão ao tratamento e assim afetar os resultados do tratamento na saúde dos pacientes (Leite; Vasconcelos, 2003).

Algumas estratégias têm sido empregadas para promover a adesão do paciente ao tratamento, dentre as quais destacam-se atividades educativas, estratégias organizacionais e intervenções diretas com o paciente ou com os cuidadores. Estas ações partem do princípio de que conhecer a etiologia, o tratamento

e prognóstico da doença pode facilitar o comportamento de adesão (Lustosa; Alacaires; Costa, 2011).

Nota-se também a importância de se contemplar a individualidade e o contexto social da pessoa. O profissional de saúde deve ter a função de encorajar os indivíduos que tenham alguma doença a assumir a responsabilidade de proteção de sua saúde. O médico deve ajudá-lo a buscar, no âmbito de suas possibilidades, a adoção de hábitos de vida saudáveis, no intuito de promover o controle e a prevenção de agravos de sua doença.

A atuação de uma equipe interdisciplinar assume grande importância para o aumento da adesão ao tratamento. O trabalho conjunto de outros profissionais da equipe de saúde pode atentar para as dificuldades encontradas pelo paciente em seguir as diretrizes traçadas por seu médico. A partir deste conhecimento pode contribuir para uma maior integração na RMP e auxiliar com alternativas aos impedimentos encontrados pelo paciente no cuidado com sua saúde (Ferreira, 2006).

A não-adesão ao tratamento médico é um problema sério que afeta marcadamente a saúde da população. Na busca pela resolução desse problema é necessário um esforço conjunto de profissionais de saúde, pacientes e governos.

Os governos devem assumir sua parcela de responsabilidade na não-adesão do paciente ao tratamento, implementando políticas e programas que promovam a saúde e o bem-estar da população. Algumas ações específicas que os governos podem tomar incluem aumentar o acesso à saúde primária, promover ações educativas e conscientização sobre a importância da saúde, apoiar programas de prevenção e controle de doenças e investir em pesquisas sobre não-adesão. A não-adesão ao tratamento é um problema complexo, mas pode ser resolvido com esforço conjunto de todos os setores da sociedade (Leite; Vasconcelos, 2003).

A formação do profissional da saúde também é outro fator que interfere na adesão ao tratamento. Os médicos precisam estar capacitados para comunicarem-se de forma clara e acessível com os pacientes. Isso inclui o uso de uma linguagem simples e acessível, a explicação dos termos técnicos e a escuta atenta às dúvidas e preocupações dos pacientes. A falta de comunicação e a escuta efetiva entre profissionais de saúde e pacientes são fatores que contribuem para a não-adesão ao tratamento médico.

Os profissionais de saúde precisam estar dispostos a ouvir os pacientes de forma integral, considerando suas experiências, sentimentos e valores. Isso pode

ajudar a construir uma relação de confiança e colaboração, que é essencial para o sucesso do tratamento. Para melhorar a comunicação e a escuta entre profissionais de saúde e pacientes, é necessário investir na educação e formação desses profissionais. Isso inclui o desenvolvimento de programas de capacitação que trabalhem sobre os seguintes temas: a comunicação eficaz, escuta ativa, empatia, relacionamento interpessoal e subjetividade do ser humano.

Além dos aspectos educacionais é também importante criar condições que permitam aos profissionais de saúde exercerem suas funções de forma mais tranquila e produtiva. Isso inclui melhorar a remuneração e reduzir o ritmo de trabalho. Ao melhorar a comunicação e a escuta entre profissionais de saúde e pacientes, é possível reduzir a não-adesão ao tratamento médico e melhorar a qualidade da atenção à saúde (Lustosa, Alacaires; Costa, 2011).

O tipo de doença tratada, a forma como o paciente a vê e a complexidade do tratamento são fatores que podem contribuir para a não-adesão ao tratamento médico. As doenças assintomáticas têm maior probabilidade de não promoverem adesão ao tratamento. Isso ocorre porque o paciente não percebe a necessidade do tratamento e, portanto, não tem motivação para segui-lo. Doenças crônicas, que exigem tratamento de longo prazo, também podem conferir menor adesão, porque o paciente pode se desmotivar com a necessidade de seguir o tratamento por um longo período.

Tratamentos complexos, que exigem mudanças no estilo de vida ou que apresentem efeitos colaterais, também têm maior probabilidade de não adesão, tanto pelas dificuldades em segui-los quanto pelos efeitos indesejados. Para melhorar a adesão ao tratamento médico, é importante que os profissionais de saúde considerem esses fatores, trabalhando junto com os pacientes, buscando compreender sua visão da doença, para desenvolver um plano de tratamento que seja realista e factível (Ferreira, 2006).

A comunicação afetuosa do médico está positivamente relacionada com o envolvimento do paciente no cuidado, com a competência percebida por este sobre o médico, com a disposição do paciente para se comunicar com o médico, com a amplitude de abertura do paciente e sua adesão ao tratamento. Existe uma relação positiva entre a comunicação feita de forma afetuosa pelo médico na percepção do paciente e no êxito do tratamento.

A forma como o médico se comunica com o paciente influencia sobremaneira o resultado do tratamento. Através de uma boa RMP estabelecida advém a confiança no médico e a crença no tratamento prescrito. Desta forma, o médico constitui-se na parte mais importante do tratamento medicamentoso. Estudos dos últimos 60 anos vem repetidamente demonstrando que a boa RMP é o principal fator na melhora do paciente.

Hesse e Rauscher (2018) publicaram um artigo onde analisam a relação entre a comunicação afetuosa entre médicos e pacientes e a percepção do paciente sobre a consulta médica e seu desfecho (resultados).

Um estudo publicado em 2014 sobre esse tema encontrou uma correlação positiva entre a comunicação de afeto e o modelamento do sistema imune (Floyd *et al.*, 2014).

Hojat *et al.* (2011) publicaram um estudo com 891 pacientes ambulatoriais em que se evidenciou que médicos com escores elevados de empatia apresentaram probabilidade significativamente maior de obter melhores controles da glicemia em pacientes diabéticos do que os médicos com escores mais baixos. Após análises do estudo empregando regressão logística, a empatia dos médicos mostrou estar implicada como contribuição única na previsão dos resultados clínicos.

Kelley *et al.* (2014) realizaram uma revisão sistemática e metanálise de treze ensaios clínicos randomizados, pela qual se demonstrou que a RMP é capaz de interferir no resultado do tratamento de forma estatisticamente significativa.

A RMP é uma relação humana especial, que envolve uma gama variada de sentimentos e emoções. Para uma compreensão mais profunda sobre esta relação, torna-se indispensável um olhar mais abrangente sobre os elementos que a compõem. O paciente, que se encontra doente, traz consigo para a consulta inseguranças, anseios, apreensões e deposita a expectativa de solucionar suas questões de saúde no médico, que é o profissional responsável por seu tratamento. Essa relação se inicia no exame clínico, em especial na anamnese, que é quando se estabelece um canal de comunicação onde o paciente expõe suas queixas e sintomas e o médico obtém informações sobre a história da doença, hábitos e crenças do paciente.

A boa RMP é o elemento fundamental para o estabelecimento de um diagnóstico preciso e tratamento pertinente. Através da RMP o médico tem acesso a informações importantes da vida do paciente, essenciais para essa definição. Desta

relação também depende de forma crucial a adesão ao tratamento pelo paciente, pois esta somente ocorrerá quando uma boa RMP for estabelecida.

Para melhor compreender e lapidar essa relação faz-se mister a aquisição de saberes relacionados às humanidades tais como psicologia, filosofia, antropologia, sociologia, dentre outras. Dessa forma, reconhecemos que a RMP se estende para além do âmbito das manifestações biológicas, onde de forma costumaz se faz reduzida e restrita a atuação do médico (Porto, 2012).

A importância do contato humano no tratamento médico é demonstrada no efeito placebo. Quando o paciente acredita que o tratamento irá funcionar, ele tem mais chances de se recuperar. O médico deve estar ciente dessa influência e buscar estabelecer uma relação de confiança e empatia com o paciente. Isso pode ajudar a melhorar o resultado do tratamento e a qualidade de vida do paciente. O médico não é apenas um técnico que prescreve medicamentos. Ele também é um agente terapêutico que pode influenciar na evolução clínica do paciente através da maneira como essa relação se estabelece. O contato humano é um componente essencial do tratamento médico e o médico deve estar ciente dessa importância e buscar estabelecer uma relação positiva com o paciente.

O médico pode influenciar no resultado do tratamento de forma positiva, como efeito placebo, ou negativa, como efeito nocebo. Quando o paciente acredita que o tratamento irá funcionar, existe uma chance maior de isso de fato acontecer. Isso ocorre porque a crença do paciente pode desencadear uma série de mecanismos biológicos e psicológicos que contribuem para o processo de cura. O médico deve estar ciente dessa influência e buscar estabelecer uma relação de confiança e empatia com seu paciente, contribuindo para o resultado positivo do tratamento. Por outro lado, quando não é estabelecida uma boa RMP, o paciente pode apresentar uma resposta inadequada ao tratamento. Este fato pode decorrer da não adesão ao tratamento, mas também da falta de crença na conduta do médico. Mecanismos neuroendócrinos desencadeados pela ansiedade e outros fatores de estresse no paciente, podem influenciar a resposta ao tratamento prejudicando seu efeito.

Doença e padecimento são dois conceitos distintos, mas complementares. A doença é um estado somático anormal, caracterizado por alterações biológicas. Já o padecimento é o sentimento de mal-estar que a doença provoca no paciente. Os médicos devem estar aptos para tratar de ambos. O tratamento da doença envolve a prescrição de medicamentos ou outros métodos para curar a doença. Já o tratamento

do padecimento requer do médico, através da RMP, ajudar o paciente a lidar com o seu mal-estar, escutando-o com atenção e compreensão e oferecendo-lhe seu apoio e orientação sobre como lidar com o padecimento, com a ansiedade e o estresse causados pela doença (Teixeira, 2006).

A RMP é elemento de grande relevância para o sucesso do tratamento medicamentoso. As informações fornecidas pelo médico ao paciente devem ser claras e precisas, para que possa compreender o que é a doença, o tratamento e os possíveis efeitos colaterais. O médico deve trabalhar em parceria com o paciente, tornando-o participante ativo no tratamento. Ciente da importância dessa relação, o médico deve buscar se aperfeiçoar e melhorar a qualidade do seu atendimento.

A RMP humanizada, com comunicação clara e respeito mútuo, pode aumentar a satisfação do paciente, melhorar a adesão e os resultados do tratamento. Um paciente que se sente ouvido e respeitado pelo médico é mais propenso a seguir as orientações prescritas. Da mesma forma, um paciente que compreende sobre a doença que lhe acomete e o tratamento definido é mais propenso a aderir ao tratamento. Neste contexto, quando além da compreensão, o paciente participa ativamente da decisão sobre o tratamento, maior é o seu comprometimento e melhores são os resultados alcançados.

A RMP deve ser repensada e reestruturada, considerando seus aspectos multifatoriais. Dentre esses e com maior relevância está a forma como o médico é percebido pelo paciente, como isso irá implicar em sua percepção sobre a relação entre ambos, sobre a doença, sobre a adesão ao tratamento e conseqüentemente sobre sua melhora clínica.

## 4 RESULTADOS

Conforme descrito na seção “**Material e Métodos**”, para atingir o objetivo do presente estudo, foi aplicado um questionário espelhado a médicos e pacientes oriundos da mesma consulta médica, imediatamente após o término desta. Este questionário foi formado por 12 questões objetivas de múltipla escolha dispostas em uma escala de valores do tipo Likert e uma pergunta aberta no final para o paciente. Os questionários foram separados em duas seções, sendo a primeira parte focada na coleta de dados sociodemográficos (idade, sexo e especialidade médica consultada) e a segunda seção composta por questões que se relacionam aos elementos de relevância na construção da impressão intersubjetiva sobre a consulta. São eles: atenção, escuta, confiança, comunicação do paciente, empatia, conectividade, compaixão, comunicação do médico, TDC, satisfação, adesão ao tratamento e melhora clínica.

Os questionários foram aplicados em 100 médicos e 100 pacientes e foram respondidos em sua totalidade, ou seja, não ocorreram respostas em branco ou nulas. Não houve exclusão de nenhum participante do estudo. Os questionários foram respondidos no período aproximado de 240 dias.

As variáveis investigadas no estudo através do questionário foram analisadas individualmente e, posteriormente, foi realizado o cruzamento destas respostas buscando os aspectos da intersubjetividade. Em cada resposta foi verificado o grau de convergência, coincidência e divergência da percepção de pacientes e médicos sobre a mesma consulta.

As variáveis numéricas, em estudo, não apresentaram distribuição normal (Gaussiana), pelo teste de Shapiro-Wilk nem pela análise gráfica do histograma segundo as propriedades da curva de Gauss. Neste caso, as medidas mais adequadas para sumarização desses dados é através dos quartis (mediana e intervalo interquartilício: Q1 – Q3).

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos 100 pacientes em estudo.

Os dados foram expressos pela frequência (n) e porcentagem (%) para dados categóricos e pela mediana e intervalo interquartilício para dados numéricos.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	n	%
<b>SEXO</b>		
masculino	24	24,0
feminino	76	76,0
<b>IDADE P</b>		
< 25 anos	17	17,0
25-40 anos	23	23,0
41-60 anos	34	34,0
61-80 anos	22	22,0
> 80 anos	4	4,0
<b>IDADE M</b>		
< 25 anos	0	0,0
25-40 anos	25	25,0
41-60 anos	48	48,0
61-80 anos	26	26,0
> 80 anos	1	1,0
<b>ESPECIALIDADE</b>		
Psiquiatria	40	40,0
Ortopedia	20	20,0
Homeopatia	14	14,0
Dermatologia	5	5,0
Acupuntura	5	5,0
Oftalmologia	3	3,0
Geriatria	3	3,0
Otorrino	2	2,0
Ginecologia	2	2,0
Endocrinologia	2	2,0
Urologia	1	1,0
Mastologia	1	1,0
Cardiologia	1	1,0
Angiologia	1	1,0

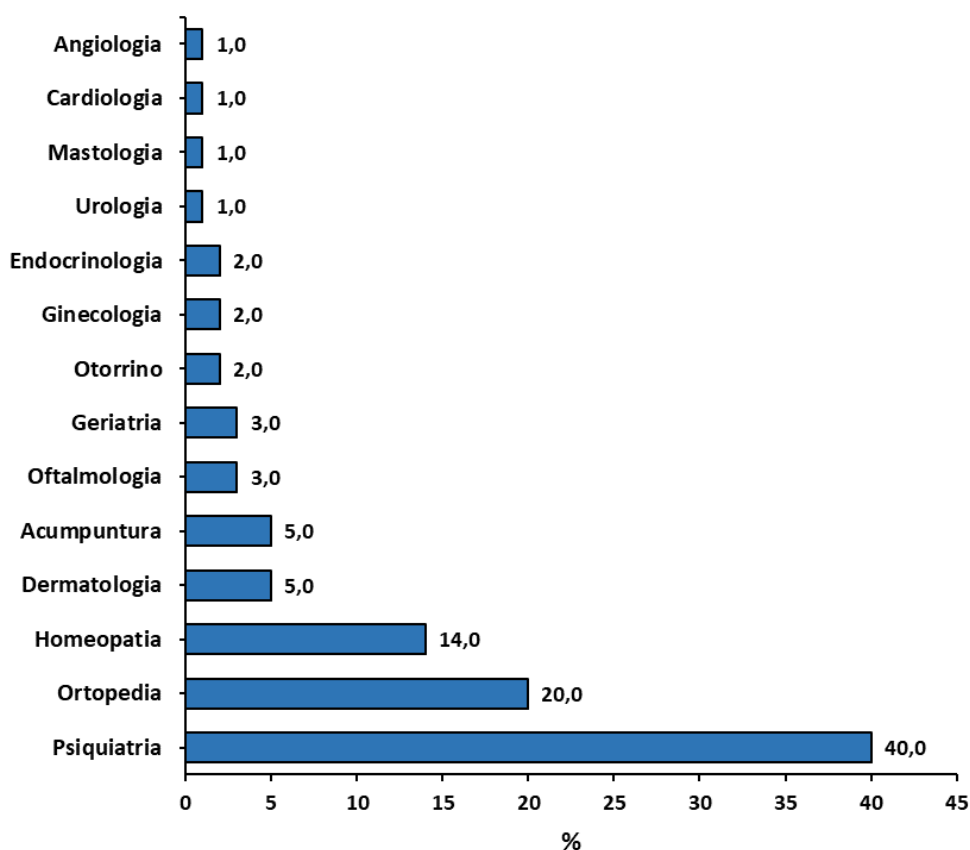
Fonte: A autora (2024)

A Tabela 1 acima demonstra o predomínio de pacientes do sexo feminino, na faixa etária entre 41-60 anos na amostra estudada. A faixa etária dos médicos também

prevaleceu nesta faixa entre 41-60 anos. As especialidades médicas com maior número de consultas avaliadas foram respectivamente: psiquiatria (40%), seguidas pela ortopedia (20%), homeopatia (14%), dermatologia (5%), acupuntura (5%), oftalmologia (3%), geriatria (3%), otorrinolaringologia (2%), ginecologia (2%), endocrinologia (2%), urologia (1%), mastologia (1%), cardiologia (1%) e angiologia (1%).

O Gráfico 1 ilustra a distribuição decrescente das especialidades médicas na amostra total.

Gráfico 1 – Distribuição decrescente das especialidades na amostra total.



Fonte: A autora (2024).

O gráfico acima apresenta a distribuição das especialidades médicas cujas consultas foram avaliadas nesta pesquisa. Cabe ressaltar que esta distribuição não reflete o predomínio de consultas nesta ou naquela especialidade, mas a disponibilidade da equipe de pesquisa em aplicar os questionários.

As Tabela 2 apresenta a descritiva das variáveis analisadas no estudo, na amostra total (médicos e pacientes). Os dados foram expressos pela frequência (n) e porcentagem (%).

Tabela 2 – Distribuição dos itens de percepção segundo paciente e médico.

ITENS DE PERCEPÇÃO	PACIENTE		MÉDICO	
	n	%	n	%
<b>ATENÇÃO</b>				
2-	1	1,0	0	0,0
1-	0	0,0	0	0,0
1+	13	13,0	25	25,0
2+	86	86,0	75	75,0
<b>ESCUTA</b>				
2-	0	0,0	0	0,0
1-	0	0,0	0	0,0
1+	19	19,0	24	24,0
2+	81	81,0	76	76,0
<b>CONFIANÇA</b>				
2-	0	0,0	0	0,0
1-	4	4,0	5	5,0
1+	28	28,0	47	47,0
2+	68	68,0	48	48,0
<b>COMUNICAÇÃO PAC</b>				
2-	1	1,0	0	0,0
1-	3	3,0	1	1,0
1+	26	26,0	33	33,0
2+	70	70,0	66	66,0
<b>EMPATIA</b>				
2-	2	2,0	1	1,0
1-	2	2,0	0	0,0
1+	18	18,0	29	29,0
2+	78	78,0	70	70,0

Fonte: A autora (2024).

Tabela 2 – Distribuição dos itens de percepção segundo paciente e médico (*cont.*).

ITENS DE PERCEPÇÃO	PACIENTE		MÉDICO	
	n	%	n	%
<b>CONECTIVIDADE</b>				
2-	1	1,0	1	1,0
1-	1	1,0	5	5,0
1+	35	35,0	49	49,0
2+	63	63,0	45	45,0
<b>COMPAIXÃO</b>				
2-	1	1,0	1	1,0
1-	1	1,0	0	0,0
1+	27	27,0	43	43,0
2+	71	71,0	56	56,0
<b>COMUNICAÇÃO MED</b>				
2-	1	1,0	1	1,0
1-	1	1,0	3	3,0
1+	24	24,0	31	31,0
2+	74	74,0	65	65,0
<b>TDC</b>				
2-	4	4,0	0	0,0
1-	3	3,0	7	7,0
1+	36	36,0	47	47,0
2+	57	57,0	46	46,0
<b>SATISFAÇÃO</b>				
2-	1	1,0	0	0,0
1-	2	2,0	1	1,0
1+	16	16,0	37	37,0
2+	81	81,0	62	62,0
<b>PERCEPÇÃO *</b>				
positiva (> 12 pontos)	93	93,0	92	92,0
negativa (≤ 12 pontos)	7	7,0	8	8,0

\* Obtido a partir da soma de pontos dos itens com percepção positiva (valor máximo de 24 pontos).

Fonte: A autora (2024).

A Tabela 2 evidencia as variáveis do estudo com suas respectivas pontuações registradas por pacientes e médicos.

Observamos que houve alta predominância de casos com pontuação positiva em todos os itens tanto para médicos quanto para pacientes.

A variável mais pontuada pelo paciente foi **atenção**, seguida por **escuta, satisfação, comunicação do médico, empatia, compaixão, comunicação do paciente, confiança, conectividade e TDC**.

A variável mais pontuada pelo médico foi **escuta**, seguida por **atenção, empatia, comunicação do paciente, satisfação, comunicação do médico, compaixão, confiança e conectividade e TDC**.

Essa tabela também demonstra a percepção do paciente e do médico em relação à **tomada de decisão compartilhada (TDC)**. Observa-se que 57% dos pacientes acreditam que participaram muito da tomada de decisão na consulta, 36% acreditam que participaram suficientemente, 3% acreditam que participaram pouco e 4% que não participaram da tomada de decisão durante a consulta médica.

Na percepção do médico, 46% dos pacientes participaram totalmente da tomada de decisão, 47% participaram suficientemente, 7% participaram pouco e nenhum paciente deixou de participar da tomada de decisão durante a consulta médica.

Em relação à **satisfação** com a consulta médica, 81% dos pacientes se manifestaram muito satisfeitos, 16% se manifestaram suficientemente satisfeitos, 2% pouco satisfeitos e 1% nada satisfeitos.

Na percepção do médico, 62% dos pacientes ficaram muito satisfeitos com a consulta, 37% suficientemente satisfeitos, 1% pouco satisfeitos e nenhum paciente ficou nada satisfeito.

Em relação à percepção sobre a RMP, 93% dos pacientes a **perceberam positivamente**, enquanto entre médicos esse percentual foi de 92%. A **percepção negativa** de pacientes sobre a RMP foi de 7% e a de médicos de 8%.

Para fins comparativos, devido a forte predominância de casos com pontuação positiva (1+ e 2+) na grande maioria dos itens (vide Tabela 2), foi definido categorizar os itens de percepção do paciente em adesão ótima e não ótima. A categoria ótima foi definida quando se atribuiu a pontuação 2+ e a categoria não ótima para as demais (2-, 1- e 1+).

As Tabelas 3 e 4 abaixo, fornecem a descritiva das variáveis categóricas e numéricas, respectivamente, segundo a adesão do paciente (ótima e não ótima) e o correspondente nível descritivo ( $p$  valor) do teste estatístico.

Os dados categóricos (Tabela 3) foram expressos pela frequência ( $n$ ) e porcentagem (%) e comparados pelo *teste de qui-quadrado* ( $\chi^2$ ) ou *exato de Fisher*. Os dados numéricos (Tabela 4) foram expressos pela mediana e intervalo interquartilício (Q1 – Q3) e comparados pelo *teste de Mann-Whitney*, pois não apresentaram distribuição normal (Gaussiana).

A mediana é a medida mais adequada para sumarizar os dados, mas devido à alta ocorrência de valores nulos (zeros), os dados foram expressos também pela média na Tabela 4, para facilitar a interpretação dos resultados.

Para fins de consulta, o Apêndice D contém as tabelas A1 e A2, que fornecem a descritiva completa da média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartilício mínimo e máximo (Q1 – Q3) das variáveis numéricas para os subgrupos com melhora ótima e não ótima, respectivamente.

Tabela 3 – Associação das variáveis categóricas com a adesão do paciente.

Variável	ADESÃO ótima		ADESÃO não ótima		<i>p valor</i>
	n	%	n	%	
<b>SEXO</b>					
masculino	17	26,2	7	20,0	0,49
feminino	48	73,8	28	80,0	
<b>IDADE P</b>					
< 25 anos	9	13,8	8	22,9	0,79
25-40 anos	15	23,1	8	22,9	
41-60 anos	22	33,8	12	34,3	
61-80 anos	16	24,6	6	17,1	
> 80 anos	3	4,6	1	2,9	
<b>IDADE M</b>					
< 25 anos	0	0,0	0	0,0	0,32
25-40 anos	14	21,5	11	31,4	
41-60 anos	34	52,3	14	40,0	
61-80 anos	17	26,2	9	25,7	
> 80 anos	0	0,0	1	2,9	
<b>PERCEÇÃO P</b>					
positiva	63	<b>96,9</b>	30	<b>85,7</b>	<b>0,049</b>
negativa	2	3,1	5	14,3	
<b>RELAÇÃO DA PERCEÇÃO</b>					
divergente	8	12,3	5	14,3	0,50
convergente	57	87,7	30	85,7	

Os dados foram expressos pela frequência (n) e porcentagem (%) e comparados pelo teste de  $\chi^2$  ou exato de Fisher.

Fonte: A autora (2024).

Tabela 3 – Associação das variáveis categóricas com a adesão do paciente (cont.).

Variável	ADESÃO ótima		ADESÃO não ótima		p valor
	n	%	n	%	
<b>ATENÇÃO P</b>					
ótima	57	87,7	29	82,9	0,35
ñ ótima	8	12,3	6	17,1	
<b>ESCUITA P</b>					
ótima	54	83,1	27	77,1	0,47
ñ ótima	11	16,9	8	22,9	
<b>CONFIANÇA P</b>					
ótima	51	<b>78,5</b>	17	<b>48,6</b>	<b>0,002</b>
ñ ótima	14	21,5	18	51,4	
<b>COMUNICAÇÃO pac P</b>					
ótima	53	<b>81,5</b>	17	<b>48,6</b>	<b>0,0006</b>
ñ ótima	12	18,5	18	51,4	
<b>EMPATIA P</b>					
ótima	57	<b>87,7</b>	21	<b>60,0</b>	<b>0,001</b>
ñ ótima	8	12,3	14	40,0	
<b>CONECTIVIDADE P</b>					
ótima	51	<b>78,5</b>	12	<b>34,3</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
ñ ótima	14	21,5	23	65,7	
<b>COMPAIXÃO P</b>					
ótima	53	<b>81,5</b>	18	<b>51,4</b>	<b>0,001</b>
ñ ótima	12	18,5	17	48,6	
<b>COMUNICAÇÃO med P</b>					
ótima	52	80,0	22	62,9	0,062
ñ ótima	13	20,0	13	37,1	
<b>TDC P</b>					
ótima	47	<b>72,3</b>	10	<b>28,6</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
ñ ótima	18	27,7	25	71,4	
<b>SATISFAÇÃO P</b>					
ótima	56	86,2	25	71,4	0,073
ñ ótima	9	13,8	10	28,6	

Os dados foram expressos pela frequência (n) e porcentagem (%) e comparados pelo teste de  $\chi^2$  ou exato de Fisher.

Fonte: A autora (2024).

As tabelas 3 e 4 destacam em negrito os resultados onde ocorreu associação estatisticamente significativa ( $p$  valor  $\leq 0,05$ ).

A Tabela 3 apresenta as variáveis categóricas relacionando-as à adesão do paciente.

Na Tabela 3, podemos observar que as variáveis **sexo do paciente**, **idade do paciente** e **idade do médico** não apresentaram relação significativa com a **adesão ótima** ao tratamento.

Foi demonstrada uma relação estatisticamente significativa entre a **percepção positiva** do paciente sobre a consulta com a **adesão ótima** do paciente ao tratamento ( $p=0,049$ ).

A **percepção divergente** ou **convergente** entre paciente e médico em relação à consulta não apresentou relação estatisticamente significativa com a **adesão** ao tratamento.

A Tabela 3 apresenta as variáveis que se associaram à **adesão ótima** do paciente. Estas variáveis foram respectivamente **conectividade** ( $p < 0,0001$ ), **TDC** ( $p < 0,0001$ ), **comunicação do paciente** ( $p = 0,0006$ ), **compaixão** ( $p = 0,001$ ), **empatia** ( $p = 0,001$ ) e **confiança** ( $p = 0,002$ ).

Não foi identificada associação estatisticamente significativa entre as variáveis **comunicação do médico** e **satisfação** do paciente com a **adesão ótima** ao tratamento.

A Tabela 4 apresenta a descritiva das variáveis numéricas segundo a adesão do paciente (ótima e não ótima) e o correspondente nível descritivo ( $p$  valor) do teste estatístico.

Tabela 4 – Associação das variáveis numéricas com a adesão do paciente.

Variável	ADESÃO ótima			ADESÃO não ótima			p valor
	média	mediana	IIQ	média	mediana	IIQ	
Respostas convergentes (mesma direção)	11,3	12	11 - 12	10,9	12	11 - 12	0,16
Respostas divergentes (direção oposta)	0,58	0	0 - 1	1,0	0	0 - 1	0,17
Respostas coincidentes	7,0	7	4 - 10	6,3	7	4 - 9	0,30
Pontuação das respostas positivas P	21,5	<b>23</b>	21 - 24	17,3	<b>19</b>	14 - 20	<b>&lt; 0,0001</b>
Pontuação das respostas positivas M	18,8	19	16 - 23	19,1	19	16 - 23	0,72
Pontuação das respostas negativas P	0,32	0	0 - 0	0,74	0	0 - 1	0,057
Pontuação das respostas negativas M	0,33	0	0 - 0	0,37	0	0 - 0	0,96

Oos dados foram expresso pela mediana e intervalo interquartilico (IIQ: Q1 - Q3) e comparados pelo teste de Mann-Whitney.

Fonte: A autora (2024).

Na Tabela 4, pode-se observar que o subgrupo com **adesão ótima** apresentou relação estatisticamente significativa apenas com a **pontuação das respostas positivas** do paciente ( $p < 0,0001$ ).

A **pontuação das respostas negativas** dos pacientes e as respostas **convergentes, divergentes ou coincidentes** entre médicos e pacientes não se relacionaram com a **adesão** do paciente ao tratamento.

A **pontuação das respostas positivas e negativas** do médico, não se associaram de forma estatisticamente significativa à **adesão** do paciente ao tratamento.

A **adesão ótima** do paciente foi observada em 65% dos pacientes e **não ótima** em 35 % dos pacientes.

Devido à forte predominância de casos com pontuação positiva (1+ e 2+) na grande maioria dos itens (Tabela 2), para fins comparativos, foi proposto categorizar os 10 itens de percepção do paciente em melhora ótima e não ótima. A categoria melhora ótima foi definida quando se atribuiu a pontuação 2+ e a categoria não ótima para as demais (2-, 1- e 1+).

A Tabela 5 abaixo fornece a descritiva das variáveis categóricas e numéricas, respectivamente, segundo a melhora do paciente (ótima e não ótima) e o correspondente nível descritivo ( $p$  valor) do teste estatístico.

Os dados categóricos (Tabela 5) foram expressos pela frequência (n) e porcentagem (%) e comparados pelo *teste de qui-quadrado* ( $\chi^2$ ) ou *exato de Fisher*.

Os dados numéricos (Tabela 6) foram expressos pela média, mediana e intervalo interquartilício (Q1 – Q3) e comparados pelo *teste de Mann-Whitney*, pois não apresentaram distribuição normal (Gaussiana),

A mediana é a medida mais adequada para sumarizar os dados, mas devido à alta ocorrência de valores nulos (zeros), os dados foram expressos também pela média (Tabela 6) para facilitar a interpretação dos resultados.

Para fins de consulta, o Apêndice E contém as tabelas B1 e B2, que fornecem a descritiva completa da média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartilício mínimo e máximo (Q1 – Q3) das variáveis numéricas para os subgrupos com melhora ótima e não ótima, respectivamente.

Tabela 5 – Associação das variáveis categóricas com a melhora do paciente.

Variável	MELHORA ótima		MELHORA não ótima		<i>p valor</i>
	n	%	n	%	
<b>SEXO</b>					
masculino	14	23,7	10	24,4	0,94
feminino	45	76,3	31	75,6	
<b>IDADE P</b>					
< 25 anos	11	18,6	6	14,6	0,28
25-40 anos	9	15,3	14	34,1	
41-60 anos	21	35,6	13	31,7	
61-80 anos	15	25,4	7	17,1	
> 80 anos	3	5,1	1	2,4	
<b>IDADE M</b>					
< 25 anos	0	0,0	0	0,0	0,81
25-40 anos	13	22,0	12	29,3	
41-60 anos	30	50,8	18	43,9	
61-80 anos	15	25,4	11	26,8	
> 80 anos	1	1,7	0	0,0	
<b>PERCEPÇÃO P</b>					
positiva	57	96,6	36	87,8	0,098
negativa	2	3,4	5	12,2	
<b>RELAÇÃO DA PERCEPÇÃO</b>					
divergente	3	<b>5,1</b>	10	<b>24,4</b>	<b>0,005</b>
convergente	56	94,9	31	75,6	
<b>ADESÃO P</b>					
ótima	44	<b>74,6</b>	21	<b>51,2</b>	<b>0,016</b>
ñ ótima	15	25,4	20	48,8	

Os dados foram expressos pela frequência (n) e porcentagem (%) e comparados pelo teste de  $\chi^2$  ou exato de Fisher.

Fonte: A autora (2024).

Tabela 5 – Associação das variáveis categóricas com a melhora do paciente (cont.).

Variável	MELHORA ótima		MELHORA não ótima		p valor
	n	%	n	%	
<b>ATENÇÃO P</b>					
ótima	55	<b>93,2</b>	31	<b>75,6</b>	<b>0,012</b>
ñ ótima	4	6,8	10	24,4	
<b>ESCUITA P</b>					
ótima	52	<b>88,1</b>	29	<b>70,7</b>	<b>0,029</b>
ñ ótima	7	11,9	12	29,3	
<b>CONFIANÇA P</b>					
ótima	42	71,2	26	63,4	0,41
ñ ótima	17	28,8	15	36,6	
<b>COMUNICAÇÃO pac P</b>					
ótima	49	<b>83,1</b>	21	<b>51,2</b>	<b>0,0006</b>
ñ ótima	10	16,9	20	48,8	
<b>EMPATIA P</b>					
ótima	51	<b>86,4</b>	27	<b>65,9</b>	<b>0,014</b>
ñ ótima	8	13,6	14	34,1	
<b>CONNECTIVIDADE P</b>					
ótima	43	<b>72,9</b>	20	<b>48,8</b>	<b>0,014</b>
ñ ótima	16	27,1	21	51,2	
<b>COMPAIXÃO P</b>					
ótima	50	<b>84,7</b>	21	<b>51,2</b>	<b>0,0002</b>
ñ ótima	9	15,3	20	48,8	
<b>COMUNICAÇÃO med P</b>					
ótima	48	<b>81,4</b>	26	<b>63,4</b>	<b>0,044</b>
ñ ótima	11	18,6	15	36,6	
<b>TDC P</b>					
ótima	37	62,7	20	48,8	0,16
ñ ótima	22	37,3	21	51,2	
<b>SATISFAÇÃO P</b>					
ótima	53	<b>89,8</b>	28	<b>68,3</b>	<b>0,007</b>
ñ ótima	6	10,2	13	31,7	

Os dados foram expressos pela frequência (n) e porcentagem (%) e comparados pelo teste de  $\chi^2$  ou exato de Fisher.

Fonte: A autora (2024).

As tabelas 5 e 6 destacam em negrito os resultados onde ocorreu associação estatisticamente significativa ( $p$  valor  $\leq 0,05$ ).

A Tabela 5 apresenta as variáveis categóricas relacionando-as à melhora do paciente. Nela, podemos observar que as variáveis **sexo do paciente**, **idade do paciente** e **idade do médico** não apresentaram relação significativa com a **melhora ótima** do tratamento.

A **percepção positiva** ou **negativa** do paciente não se associou de forma estatisticamente significativa à sua **melhora ótima**.

Observa-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre a **percepção divergente** entre médico e paciente sobre a consulta com a **melhora não ótima** do paciente ( $p=0,005$ ).

A **adesão ótima** do paciente ao tratamento se relacionou de forma estatisticamente significativa com a **melhora ótima** do paciente ( $p=0,001$ ).

A Tabela 5 apresenta as variáveis que se associaram à **melhora ótima** do paciente. Estas variáveis foram respectivamente: **compaixão** ( $p = 0,0002$ ), **comunicação do paciente** ( $p = 0,0006$ ), **satisfação** ( $p = 0,007$ ), **atenção** ( $p = 0,012$ ), **empatia** ( $p = 0,014$ ), **conectividade** ( $p = 0,014$ ), **escuta** ( $p = 0,029$ ) e a **comunicação do médico** ( $p = 0,044$ ).

A Tabela 6 apresenta a descritiva das variáveis numéricas segundo a melhora do paciente (ótima e não ótima) e o correspondente nível descritivo ( $p$  valor) do teste estatístico.

Tabela 6 – Associação das variáveis numéricas com a melhora do paciente.

Variável	MELHORA ótima			MELHORA não ótima			p valor
	média	mediana	IIQ	média	mediana	IIQ	
Respostas convergentes (mesma direção)	11,4	<b>12</b>	12 - 12	10,9	<b>11</b>	11 - 12	<b>0,004</b>
Respostas divergentes (direção oposta)	0,53	<b>0</b>	0 - 0	1,02	<b>1</b>	0 - 1	<b>0,001</b>
Respostas coincidentes	7,5	<b>8</b>	5 - 10	5,8	<b>5</b>	4 - 9	<b>0,012</b>
Pontuação das respostas positivas P	21,6	<b>23</b>	20 - 24	17,8	<b>19</b>	14 - 21	<b>&lt; 0,0001</b>
Pontuação das respostas positivas M	19,5	20	17 - 23	17,9	17	14 - 24	0,10
Pontuação das respostas negativas P	0,24	<b>0</b>	0 - 0	0,80	<b>0</b>	0 - 1	<b>&lt; 0,0001</b>
Pontuação das respostas negativas M	0,32	<b>0</b>	0 - 0	0,39	<b>0</b>	0 - 0	0,72

Oos dados foram expresso pela média, mediana e intervalo interquartilico (IIQ: Q1 - Q3) e comparados pelo teste de Mann-Whitney.

Fonte: A autora (2024).

Na Tabela 6, observa-se que o subgrupo com **melhora ótima** apresentou relação estatisticamente significativa com as **respostas convergentes** entre médicos e pacientes ( $p = 0,004$ ), com as **respostas coincidentes** ( $p = 0,012$ ), e com a **pontuação das respostas positivas** do paciente ( $p < 0,0001$ ).

As **respostas divergentes** ( $p = 0,001$ ) e a **pontuação das respostas negativas do paciente** ( $p < 0,0001$ ) se relacionaram significativamente com o subgrupo **melhora não ótima**.

A **pontuação das respostas negativas** e das **respostas positivas** do médico não se associaram com a **melhora** do paciente.

A **melhora ótima** do paciente foi observada em 59 pacientes e a **não ótima** em 41 pacientes.

A Tabela 7 abaixo apresenta a distribuição do tipo de relação de percepção entre médicos e pacientes, expressos pela frequência (n) e porcentagem (%).

Foram estabelecidos 4 tipos de relação entre médicos e pacientes a respeito da mesma consulta médica. Na relação **tipo 1**, pacientes e médicos apresentaram percepção positiva sobre a consulta. Na relação **tipo 2**, o paciente percebeu a consulta positivamente e o médico negativamente. Na relação **tipo 3**, de forma inversa, o paciente percebeu negativamente a consulta e o médico positivamente e na relação **tipo 4**, pacientes e médicos perceberam a consulta de forma negativa.

Tabela 7 – Distribuição dos tipos de relação de percepção entre pacientes e médicos

RELAÇÃO DE PERCEPÇÃO	n	%
Tipo 1 (PP+ e PM+)	86	86,0
Tipo 2 (PP+ e PM-)	7	7,0
Tipo 3 (PP- e PM+)	6	6,0
Tipo 4 (PP- e PM-)	1	1,0

Fonte: A autora (2024).

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos tipos de relação de percepção entre pacientes e médicos.

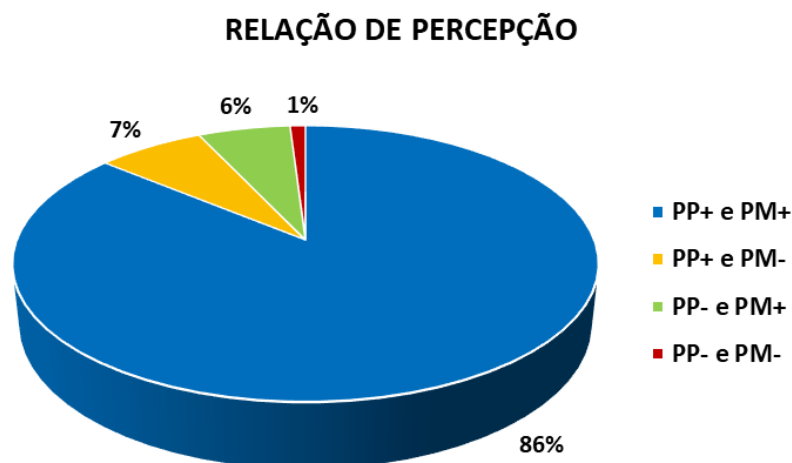
Pode-se observar que houve o predomínio da relação **tipo 1** na amostra, com distribuição de 86%, seguida pelo **tipo 2** com 7%, **tipo 3** com 6% e **tipo 4** com 1%.

As relações **tipo 1** e **tipo 4** são convergentes, isto é, refletem uma mesma percepção (positiva ou negativa) sobre a mesma consulta. Já as relações **tipo 2** e

**tipo 3** são divergentes, isto é, refletem uma percepção diferente (divergente) sobre a mesma consulta.

O Gráfico 2 abaixo ilustra a distribuição da relação de percepção sobre a consulta entre pacientes e médicos.

Gráfico 2 – Distribuição da relação de percepção entre pacientes e médicos.



Fonte: A autora (2024).

O Gráfico 2 ilustra a distribuição da porcentagem de acordo com cada tipo de relação. Dos 100% de pacientes, 87% demonstram percepções convergentes (todos positivos ou todos negativos) e 13% percepções divergentes.

A Tabela 8 abaixo apresenta a descritiva da mediana e IIQ das variáveis analisadas (respostas convergentes, divergentes e coincidentes e pontuação de respostas positivas e negativas de pacientes e médicos) na amostra total.

Tabela 8 – Descritiva das respostas convergentes, divergentes e coincidentes e pontuação das respostas positivas e negativas de pacientes e médicos.

Variável	mediana	IIQ
Respostas convergentes (mesma direção)	12	11 - 12
Respostas divergentes (direção oposta)	0	0 - 1
Respostas coincidentes	7	4 - 10
Pontuação das respostas positivas P	21	18 - 24
Pontuação das respostas positivas M	19	16 - 23
Pontuação das respostas negativas P	0	0 - 0
Pontuação das respostas negativas M	0	0 - 0

IIQ: intervalo interquartilico (Q1 - Q3).

Fonte: A autora (2024).

Na tabela acima podemos novamente observar que houve um predomínio de **respostas convergentes** (mediana=12) e de pontuação **das respostas positivas** (mediana = 21 para pacientes e mediana = 19 para médicos, respectivamente) entre pacientes e médicos.

A **pontuação das respostas negativas** tanto para pacientes quanto para médicos apresentou mediana = 0.

Para fins de consulta, o Apêndice F contém a tabela C que fornece a descritiva completa da média, desvio padrão, mediana, intervalo interquartilico mínimo e máximo (Q1 – Q3) das variáveis numéricas na amostra total.

A Tabela 9 abaixo apresenta a distribuição das variáveis mais observadas como resultado da análise do discurso do paciente. O resultado é apresentado de forma decrescente e expresso pela frequência (n) e porcentagem (%).

Tabela 9 – Distribuição das variáveis na análise de discurso do paciente.

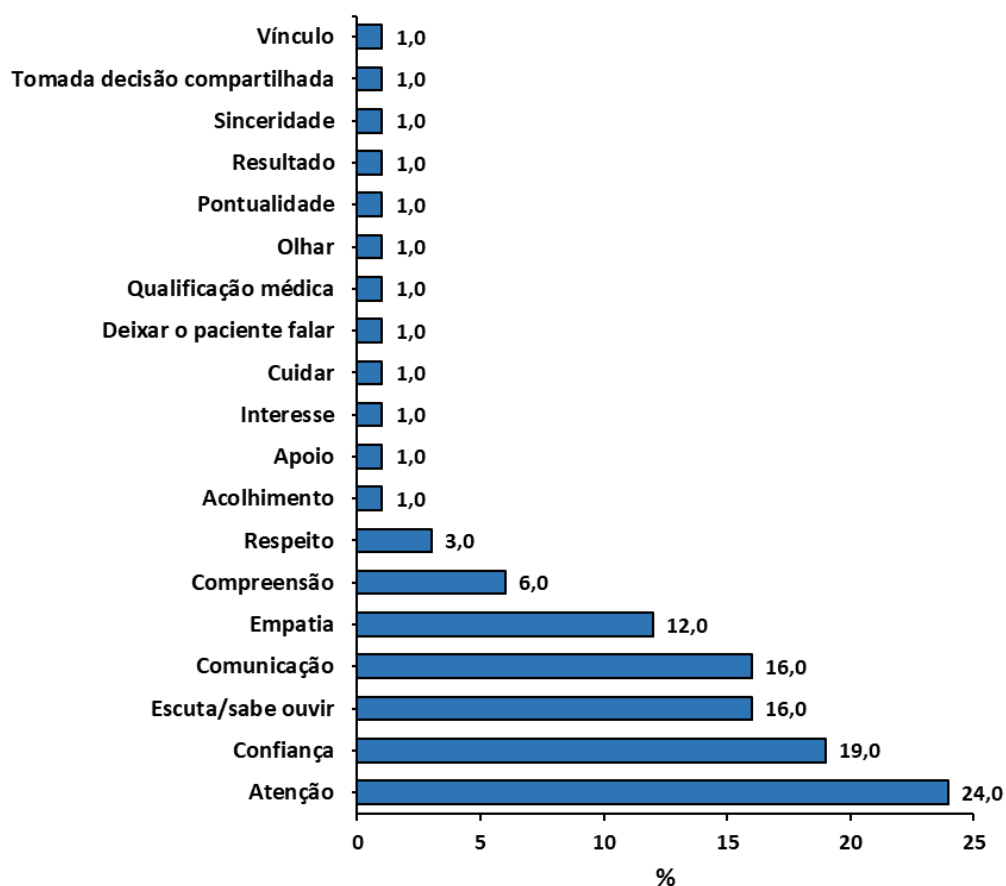
ASPECTO	n	%
Atenção	24	24,0
Confiança	19	19,0
Escuta/sabe ouvir	16	16,0
Comunicação	16	16,0
Empatia	12	12,0
Compreensão	6	6,0
Respeito	3	3,0
Acolhimento	1	1,0
Apoio	1	1,0
Interesse	1	1,0
Cuidar	1	1,0
Deixar o paciente falar	1	1,0
Qualificação médica	1	1,0
Olhar	1	1,0
Pontualidade	1	1,0
Resultado	1	1,0
Sinceridade	1	1,0
Tomada decisão compartilhada	1	1,0
Vínculo	1	1,0

Fonte: A autora (2024)

De acordo com a Tabela 9, observa-se que a variável observada mais frequente na análise do discurso do paciente foi a **atenção** (24%), seguida por **confiança** (19%), **escuta/saber ouvir e comunicação** (16%), **empatia** (12%), **compreensão** (6%), **respeito** (3%) e **acolhimento, apoio, interesse, cuidar, deixar o paciente falar, qualificação médica, olhar, pontualidade, resultado, sinceridade, TDC e vínculo** (1%).

O Gráfico 3 abaixo ilustra a distribuição percentual das variáveis da análise de discurso dos pacientes.

Gráfico 3 – Distribuição percentual das variáveis da análise de discurso do paciente



Fonte: A autora (2024).

O Gráfico 3 ilustra graficamente a distribuição percentual das variáveis da análise de discurso do paciente, expresso em porcentagem.

## 5 DISCUSSÃO

Esse trabalho foi realizado no Ambulatório Escola São Lucas, do Departamento de Medicina e Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio).

As variáveis selecionadas na pesquisa para avaliação da percepção de pacientes e médicos sobre a mesma consulta realizada foram analisadas.

Analisando a RMP, observamos que analogicamente ao processo hermenêutico, esta se estrutura no processo de compreensão e explicação, como etapas recorrentes e que se complementam mutuamente.

Médicos e pacientes encontram-se envolvidos na posição de se explicarem e se compreenderem entre eles e a si mesmos. Assumindo e assimilando esse conhecimento, o médico se torna mais próximo do paciente, passando a buscar diferentes origens para explicar e compreender as situações que se apresentam. Nessa busca o médico pode encontrar e associar à sua análise, elementos de sua própria história de vida (Caprara, 1999).

Hjorland (2007) postula que a informação pode ser compreendida de forma objetiva, como um sinal, ou, de forma subjetiva, como uma substância ou uma coisa, tema esse de conflito entre as diferentes narrativas das teorias da informação. Ele argumenta que compreender a informação como vinculada a determinada situação ou temática seria mais pertinente, no contexto da ciência da informação.

A análise dos dados foi iniciada com a observação do perfil sociodemográfico da amostra. Percebe-se a predominância de pacientes do sexo feminino, na faixa etária entre 41-60 anos. A faixa etária dos médicos também foi mais predominante nesta mesma faixa.

Segundo Carneiro, Adjuto e Alves (2019), a possível explicação para o predomínio do sexo feminino no atendimento à saúde se baseia na associação entre cuidado com saúde e fragilidade, em uma sociedade culturalmente machista e patriarcal. A imagem do homem estaria associada à força e virilidade, não valorizando o autocuidado.

A predominância de atendimentos em saúde do sexo feminino e nessa faixa etária se repete em outros estudos dessa natureza.

Heinz *et al.* (2015) analisou o perfil dos usuários dos serviços de saúde de um hospital em Santa Catarina, Paraná. Da amostra estudada de 145 pacientes, 69,6% foram do gênero feminino e a faixa etária mais predominante foi entre 40 e 59 anos.

Constatou-se, através da análise estatística deste estudo, que o perfil sociodemográfico da amostra não apresentou relação significativa com a adesão ao tratamento nem tampouco com a melhora do paciente.

As variáveis analisadas no estudo de uma forma geral, foram pontuadas predominantemente de forma positiva, tanto pelos pacientes quanto pelos médicos. A análise das percepções de médicos e pacientes demonstrou que 93% dos pacientes e 92% dos médicos apresentaram percepção positiva sobre a RMP e somente 7% dos pacientes e 8% dos médicos percepção negativa. Esse resultado traduz homogeneidade nas percepções entre médico e paciente e uma percepção predominantemente positiva sobre a RMP.

A variável mais pontuada pelo paciente nos questionários foi **atenção**, seguida por **escuta**, **satisfação**, **comunicação do médico**, **empatia**, **compaixão**, **comunicação do paciente**, **confiança**, **conectividade** e **TDC**.

A variável mais pontuada pelo médico foi **escuta**, seguida por **atenção**, **empatia**, **comunicação do paciente**, **satisfação**, **comunicação do médico**, **compaixão**, **confiança**, **conectividade** e **TDC**.

Analisando este resultado, podemos evidenciar que médicos e pacientes pontuaram de forma muito semelhante suas percepções sobre as variáveis analisadas no estudo, demonstrando convergência em suas percepções.

As variáveis mais marcadamente pontuadas pelos pacientes, foram em primeiro lugar a **atenção** e em segundo, a **escuta** médica. Os resultados demonstraram que 86% dos pacientes perceberam o médico como muito atencioso, 13% suficientemente atencioso e 1% como pouco ou nada atencioso. Em relação à escuta médica, 81% dos pacientes perceberam o médico muito disponível para escutá-lo e 19% perceberam o médico suficientemente disponível na escuta de suas queixas.

De forma análoga, as variáveis mais fortemente pontuadas pelos médicos foram em primeiro lugar a **escuta** médica e em segundo, a **atenção**. 75% dos médicos acreditaram ter sido muito atenciosos e 25% suficientemente atenciosos. Em relação à escuta médica, 76% dos médicos se manifestaram muito disponíveis para escutar o paciente e 24% suficientemente disponíveis na escuta.

Este resultado traduz a forte consonância entre médicos e pacientes, que identificaram os mesmos elementos informacionais analisados na RMP como aqueles mais predominantemente percebidos na RMP.

Rinaldi (2000), descreve a escuta do profissional de saúde como elemento de suma importância no cuidado do paciente. Em sua concepção, a escuta teria uma função terapêutica, demonstrando interesse, acolhimento e cuidado com o paciente. A RMP se inicia na escuta das queixas do paciente. Porém o médico muitas vezes apenas ouve o paciente sem escutá-lo. Escutar envolve a abertura de espaço para um interesse verdadeiro em ouvir o que está sendo dito pelo outro (Ayres, 2004).

Souza e Silveira (2019) publicaram um estudo qualitativo onde analisaram a importância da escuta para o profissional de saúde. Os resultados evidenciaram o reconhecimento da relevância da escuta no atendimento em saúde. Os profissionais entrevistados ressaltaram a importância da escuta do profissional de saúde. A escuta favoreceria na obtenção de acesso mais amplo às informações do paciente, suas necessidades e angústias e assim na elaboração de um tratamento individualizado e mais assertivo.

Um artigo de revisão publicado sobre a satisfação do paciente e os indicadores de qualidade na assistência em saúde, demonstrou que elementos comunicacionais elencados na atenção e escuta do médico promovem apoio e acolhimento ao paciente, influenciando em sua avaliação de qualidade do atendimento médico (Almeida; Góis, 2020).

A atenção numa consulta médica é vital para construir confiança, alcançar diagnósticos precisos, facilitar uma comunicação eficaz e garantir o bem-estar geral dos pacientes (Anderson; Wescom; Carlos, 2016).

A **satisfação** com a consulta médica, foi a terceira variável mais pontuada pelos pacientes. 81% dos pacientes se manifestaram muito satisfeitos, 16% se manifestaram suficientemente satisfeitos, 2% pouco satisfeitos e 1% nada satisfeito com a consulta.

Podemos observar que a grande maioria dos pacientes demonstrou estar satisfeito com a consulta médica (97%) e somente um pequeno percentual (3%) se disse pouco ou nada satisfeito com o atendimento médico recebido.

Esta percepção de satisfação do paciente também foi igualmente percebida pelo médico, que identificou 99% de pacientes satisfeitos com a consulta e somente 1% pouco satisfeitos.

Os resultados demonstram um grau elevado de satisfação do paciente em relação à consulta médica. Esta análise também evidencia grande convergência na percepção de ambos (médicos e pacientes) em relação a esta variável estudada.

Outros estudos realizados em instituições semelhantes demonstraram resultados similares.

Ferreira *et al.* (2019) realizaram um estudo sobre a qualidade do atendimento médico em uma clínica popular em Maceió. A população estudada foi predominantemente do gênero feminino (66,7%). Em relação à qualidade do atendimento médico prestado no estabelecimento, 98,3% dos pacientes estavam satisfeitos e relataram que suas expectativas foram atendidas.

Uma pesquisa realizada em 2016 analisou a satisfação e a lealdade de pacientes oriundos de clínicas populares no Ceará. A população de estudo foi predominantemente do sexo feminino (74,5%), e na faixa etária acima de 53 anos (24,8%). Este estudo demonstrou que 94,4% dos pacientes entrevistados estavam satisfeitos com a consulta médica (Melo; Macedo; Graça Filho, 2016).

Gabe *et al.* (2018) realizaram uma pesquisa em uma clínica escola em Santa Catarina que avaliou o nível de satisfação dos pacientes atendidos na clínica em diferentes especialidades. Foram analisados 349 questionários, dos quais predominantemente do sexo feminino com idade média de 49,2 anos. Destes pacientes, 98,3% estavam satisfeitos com o atendimento médico recebido e a insatisfação identificada foi em relação à dificuldade de marcação de consulta (30,5%).

Médicos e pacientes também descreveram suas percepções em relação à **TDC** durante a consulta, que foi a variável menos pontuada para ambos. Na percepção do paciente, 57% dos pacientes participaram totalmente da tomada de decisão, 36% participaram suficientemente, 3% participaram pouco e 4% não participaram da tomada de decisão durante a consulta médica.

Na percepção do médico, 46% dos pacientes participaram totalmente da tomada de decisão, 47% participaram suficientemente, 7% participaram pouco e nenhum paciente deixou de participar da tomada de decisão durante a consulta médica.

Essa análise demonstra que 93% dos médicos e igualmente 93% dos pacientes perceberam positivamente a participação ativa do paciente na tomada de decisão durante a consulta e somente 7% de pacientes e médicos perceberam o contrário.

Esse resultado expressa uma convergência na percepção de ambos a respeito da participação do paciente na consulta, e elevado grau de atuação direta do paciente no direcionamento e escolha do seu tratamento.

A **TDC** tem em sua essência a participação ativa do paciente e sua autodeterminação e o médico deve apoiá-lo neste processo, informando-o e respeitando sua autonomia e individualidade.

Os valores informacionais sofrem diferentes atos de seleção e de julgamento, e são compostos pela imposição da estrutura indecível da informação. Essa imprevisibilidade estrutural é consequência da composição de ações voluntárias de grupos ou individuais, buscando a tomada de decisão (Gonzalez de Gomez, 1999).

Driever *et al.* (2022) publicaram um estudo onde demonstraram que a maior parte dos pacientes gostaria de participar mais do processo de tomada de decisão a respeito de seu tratamento ou de sua conduta durante a consulta médica. Este estudo também evidenciou que os pacientes percebem que os médicos tomam mais decisões sem envolvê-los do que gostariam.

Uma pesquisa nacional, realizada em 2021 e atualizada em 2022, pela Comissão de Qualidade de Cuidados (*Care Quality Commission*) em pacientes internados no Reino Unido, demonstrou que 74% dos pacientes entrevistados a respeito de sua participação na tomada de decisão sobre seu tratamento, disseram ter se envolvido nas decisões.

Os resultados apresentados neste estudo evidenciam um percentual elevado de participação do paciente na **tomada de decisão** durante a consulta médica.

Esta pesquisa também evidenciou as variáveis analisadas que se associaram de forma estatisticamente significativa com a **adesão ótima** do paciente ao tratamento. Foram elas: **TDC** ( $p < 0,0001$ ), **conectividade** ( $p < 0,0001$ ), a capacidade **comunicacional do paciente** ( $p = 0,0006$ ), **empatia** ( $p = 0,001$ ), **compaixão** ( $p = 0,001$ ) e **confiança** ( $p = 0,002$ ).

Pode-se observar que estas variáveis relacionadas à adesão ótima do paciente ao tratamento são componentes essenciais para a edificação de uma boa RMP.

Esses resultados reforçam a importância da construção de um elo de confiança entre o médico e o paciente, para que este possa vir a executar o plano terapêutico estabelecido durante a consulta. Neste sentido, os elementos comunicacionais desempenham papel de extrema importância, sejam estes verbais ou não. A empatia e a compaixão demonstradas pelo médico sobre os problemas trazidos pelo paciente, são capazes de promover uma conexão entre ambos, ampliando as possibilidades de diálogo e exposição de ideias por parte do paciente, e sua participação ativa na tomada de decisão e, por conseguinte, da adesão.

Em 2008, Barros, Rocha e Santa Helena realizaram um estudo com 341 pessoas (67,4% do gênero feminino) com idade média de 59,4 anos. Neste estudo, foi identificado que 92,9% dos pacientes estavam satisfeitos com o atendimento médico, e que a não-adesão ao tratamento se mostrou associada ao grau de insatisfação do paciente ( $p < 0,05$ ). O estudo demonstrou que pessoas mais satisfeitas parecem apresentar maior adesão ao tratamento médico proposto.

Oliveira (2004) publicou um estudo feito em adolescentes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre sobre a comunicação médico-paciente e a adesão ao tratamento. Neste estudo, concluiu-se que o grau de excelência da comunicação entre médicos e pacientes é determinante da qualidade da adesão ao tratamento proposto.

Em 2022, foi publicado um trabalho em cardiologia sobre como melhorar a adesão do paciente ao tratamento farmacológico para hipertensão arterial. A TDC foi uma das formas citadas como capazes de promover maior adesão ao tratamento, através do envolvimento do paciente em seu tratamento (Kulkarni; Graggaber, 2022).

A comunicação, quando ocorre de forma eficaz, afeta substancialmente os resultados. Através de uma boa RMP estabelecida durante a consulta médica, onde o processo de comunicação se fez de forma assertiva, maior e melhor será o vínculo estabelecido entre ambos, o que promoverá maior satisfação do paciente e por conseguinte maior adesão ao tratamento estabelecido. Os pacientes são mais propensos a seguir as recomendações médicas e a se sentirem satisfeitos com seus cuidados quando se sentem compreendidos e respeitados (Anderson; Wescom; Carlos, 2016).

Identificamos neste estudo, que a participação ativa do paciente em sua trajetória terapêutica foi uma realidade expressiva e que esta se relacionou com o maior grau de adesão do paciente ao tratamento.

Um paciente mais esclarecido sobre seu problema, participativo e integrado na discussão a respeito de seu quadro clínico e possíveis condutas terapêuticas têm uma chance maior de seguir corretamente o tratamento preconizado pelo médico. A TDC está relacionada com maior autonomia do paciente, maior adesão ao tratamento, decisões tomadas de melhor qualidade e melhores resultados no tratamento dos pacientes (Légaré *et al.*, 2020; Bomhof-Roordink *et al.*, 2019).

Os resultados da pesquisa elucidaram que a **percepção positiva** do paciente sobre a RMP ( $p=0,049$ ) e a **pontuação das respostas positivas** do paciente

( $p < 0,0001$ ) apresentaram relação estatisticamente significativa com a **adesão ótima** do paciente ao tratamento.

Estes achados traduzem que, quanto mais bem pontuadas pelos pacientes as variáveis analisadas no estudo, mais positiva é sua percepção na RMP, o que irá favorecer sua adesão ao tratamento.

A **pontuação das respostas negativas e positivas do médico** não apresentaram associação com a adesão ao tratamento.

A **pontuação das respostas negativas dos pacientes** e as **respostas convergentes, divergentes** ou **coincidentes** entre médicos e pacientes não se relacionaram com a adesão do paciente ao tratamento.

Estes resultados podem ser compreendidos pelo fato de que, quem definirá ou não a adesão ao tratamento proposto será o paciente. Dessa forma, a percepção do médico sobre a RMP não irá interferir sobre a decisão ou não do paciente aderir à terapêutica proposta.

Nesta pesquisa, a taxa de **adesão ótima** ao tratamento foi de 65% e não ótima, 35%.

Lustosa, Alacaires e Costa (2011), descreveram em seu estudo sobre a adesão do paciente ao tratamento, as taxas de adesão em diferentes países. Os índices de adesão ao tratamento foram respectivamente de 65% no Japão, 58% na Noruega, 51% nos Estados Unidos da América, 43% na China, 32,2% na Alemanha, 27% na Gâmbia, 26% em Seychelles, 15% na Grécia e 7% na Eslováquia.

Em relação à **melhora ótima**, os resultados deste estudo identificaram que esta se relacionou significativamente com as seguintes variáveis: **compaixão** ( $p = 0,0002$ ), aspectos **comunicacionais do paciente** ( $p = 0,0006$ ), **satisfação** ( $p = 0,007$ ), **atenção** do médico durante a consulta ( $p = 0,012$ ), **empatia** ( $p = 0,014$ ), com o grau de **conectividade** ( $p = 0,014$ ), com a **escuta** ( $p = 0,029$ ) e com os aspectos **comunicacionais do médico** ( $p = 0,044$ ).

Estes resultados demonstram que, quando o paciente obteve a percepção de que o médico durante a consulta foi atencioso, demonstrou empatia, compaixão e disponibilidade para escutá-lo e se conectar com seu sofrimento, esses fatores também influenciaram e se relacionaram de forma estatisticamente significativa com sua melhora. Estes achados corroboram a importância do médico no resultado do tratamento, baseado na percepção do paciente.

A RMP pode influenciar diretamente no efeito do tratamento, quando frutificada em uma relação sólida embasada na confiança. A atenção do médico, sua empatia e disponibilidade possibilitam a maior abertura do paciente e assim a transmissão de informação mais detalhada sobre seu quadro clínico. Esses elementos informacionais transmitidos de forma mais abrangente e elaborada podem auxiliar em um diagnóstico mais acurado e tratamento mais assertivo.

Alguns estudos publicados analisaram os efeitos da empatia na evolução clínica do paciente. Steinhausen *et al.* (2014) analisaram a evolução de pacientes vítimas de trauma que foram submetidos à cirurgia após a alta hospitalar. Aqueles pacientes que identificaram seus cirurgiões como muito empáticos na escala CARE apresentaram evolução melhor com o tratamento instituído do que aqueles que julgaram seus médicos pouco empáticos. Este estudo concluiu que a empatia do médico é forte preditor de melhores resultados na evolução clínica do paciente, na avaliação subjetiva do paciente. Os elementos possivelmente atuantes nestes resultados são aqueles inerentes à relação interpessoal estabelecida entre médico e paciente.

Em 2016, Mercer, Reilly e Watt publicaram um estudo sobre a empatia dos médicos generalistas e a evolução dos pacientes. Os pacientes foram abordados após sua consulta com o médico e registrado o grau de empatia do médico percebido pelo paciente. Os pacientes foram revistos após 1 mês em consultas ambulatoriais e das variáveis analisadas somente a empatia demonstrou estar relacionada à melhora dos sintomas e do bem-estar dos pacientes estudados. Assim, a percepção do paciente sobre a empatia do médico foi preditor de resultados de saúde.

Rakel *et al.* (2011) realizaram um ensaio clínico randomizado com 719 pacientes onde analisaram os efeitos da RMP na evolução e gravidade de pacientes com resfriado. Os pacientes foram randomizados em 3 grupos diferentes onde um grupo não tinha interação com o médico, o segundo grupo tinha uma interação padronizada com o médico e o último grupo uma interação mais profunda e otimizada com o médico. Foi demonstrado que quando a relação com o médico durante a consulta era percebida pelo paciente com grau elevado de empatia, contato visual, aperto de mão e positividade os pacientes evoluíam com quadros mais brandos e duração mais curta da doença. Os níveis da citocina inflamatória IL8 também foram dosados nos grupos de pacientes estudados e seus níveis foram mais baixos naqueles que perceberam seus médicos mais empáticos. Desta forma, concluíram

que a empatia do médico percebida pelo paciente se relacionou com a gravidade e a evolução do resfriado comum.

A **adesão ótima** do paciente ao tratamento também apresentou relação significativa estatisticamente com a **melhora ótima** do paciente ( $p=0,001$ ).

Este resultado corrobora os achados da literatura, que demonstram que um paciente que percebe a consulta de forma positiva irá aderir mais ao tratamento preconizado e o fato de seguir corretamente o tratamento o levará a ter maior chance de evoluir com melhora clínica.

Quando o paciente se sente valorizado e compreendido em suas vulnerabilidades, um canal de comunicação se abre entre ambos, expandindo fronteiras e possibilidades. Um médico disponível, atento e empático, dotado de compaixão por suas dores, estabelece um laço de conexão entre ambos. A boa RMP estabelecida durante a consulta levaria à satisfação do paciente e por conseguinte à adesão ao tratamento proposto e este à melhora clínica.

Cramer *et al.* (2008) destacam os aspectos comunicacionais, com ênfase para a escuta atenta do médico, na adesão do paciente ao tratamento. Se o paciente se sente escutado e compreendido pelo seu médico, tenderá a ouvir e seguir suas orientações. Um paciente satisfeito com a consulta médica, portanto, tem uma chance maior de aderir ao tratamento proposto, implicando na maior possibilidade de alcançar a melhora do quadro clínico.

Ao envolver os pacientes no seu plano de cuidados e respeitar as suas preferências, os médicos podem aumentar a satisfação dos pacientes e a adesão ao tratamento. Uma RMP bem estruturada, baseada na confiança, é essencial para o sucesso do tratamento (Anderson; Wescom; Carlos, 2016).

Através da prática médica centrada na pessoa, com o compartilhamento de direitos, deveres e responsabilidades, é formado um elo terapêutico, onde a comunicação exerce papel de destaque na construção da RMP.

Vários estudos têm demonstrado que o cuidado médico com foco na pessoa, através da identificação das necessidades individuais e estabelecimento de um tratamento personalizado, está relacionado a melhores resultados e maior bem-estar do paciente. Estes resultados foram relacionados à maior adesão do paciente ao tratamento (Rauscher, 2019; Epstein *et al.*, 2010).

Os resultados da pesquisa apresentaram uma relação estatisticamente significativa entre a **pontuação das respostas positivas** do paciente com o

subgrupo **melhora ótima** ( $p < 0,0001$ ) e a **pontuação das respostas negativas do paciente** com o subgrupo **melhora não ótima** ( $p < 0,0001$ ).

A **pontuação das respostas negativas** e das **respostas positivas** do médico não se associaram com a melhora do paciente.

Podemos depreender deste resultado, que quanto maior ou menor a pontuação dos pacientes nas variáveis analisadas no estudo, melhor ou pior terá sido a sua percepção sobre a RMP. Dessa forma, uma RMP melhor ou pior percebida pelo paciente, poderá afetar o resultado do tratamento. A avaliação do médico sobre a RMP não interferiu na melhora do paciente, demonstrando que os aspectos subjetivos do paciente em relação a esta percepção da RMP é que estariam implicados nos resultados.

Os aspectos comunicacionais do médico têm grande implicação na percepção do paciente. Hesse (2008) publicou um estudo sobre a comunicação do médico e sua implicação na percepção do paciente e no resultado do tratamento. O autor demonstrou que os elementos comunicacionais do médico contribuem para a elaboração da percepção do paciente sobre a RMP, afetando seu desejo de se comunicar, sua satisfação e aderência ao tratamento.

A **melhora ótima** do paciente foi observada em 59 % dos pacientes e a não ótima em 41% dos pacientes.

Estudos realizados sobre a evolução clínica de pacientes com o tratamento médico, identificaram taxas respectivamente de 65,9% e 72% de melhora clínica. Na consideração destes resultados, foram mencionados fatores como abandono do tratamento e uso correto da medicação (Diniz *et al.*, 2003; Oliveira, 2005).

Devem ser considerados, para os índices de melhora clínicas encontrados neste estudo, as taxas de adesão ao tratamento pelo paciente e o correto uso dos medicamentos prescritos pelo médico.

Alguns recursos educativos têm sido descritos para aumentar os índices de adesão ao tratamento. Entre esses, estão o emprego de manuais com orientações de tratamento, lembretes sobre as instruções dadas durante a consulta, solicitações ao paciente ou a seu cuidador para que repita oralmente as instruções ao final da consulta, e até associações das recomendações a episódios da vida diárias, como tomar o medicamento após o programa preferido de televisão (Lustosa, 2011).

Esta pesquisa evidenciou que, embora concernentes ao mesmo tema, as percepções individuais de médicos e pacientes podem variar. Cada indivíduo possui

sua bagagem pregressa de vivências e seus componentes cognitivos, que irão atuar diretamente no processo de interpretação da informação recebida.

Hjørland (2007) discorre sobre algumas teorias a respeito da natureza dos conceitos e suas relações semânticas. A teoria semântica profunda se refere às estruturas cognitivas-relações a priori e à teoria dos primitivos semânticos, segundo a qual, toda palavra pode ser dividida em núcleos primitivos de significado. Já na teoria semântica específica, para determinadas linguagens empíricas, as línguas seriam estruturas onde as palavras classificariam o mundo em diferentes formas, sendo aqui exigido o conhecimento do domínio em questão.

Um trabalho realizado em 2 diferentes hospitais terciários na Índia avaliou as percepções de médicos e pacientes sobre elementos relevantes do cuidado centrado no paciente (CCP). Aspectos como valores do paciente, comunicação e suporte emocional foram avaliados, sendo identificado que, embora seja crescente a valorização e conscientização sobre a importância do CCP, as percepções de médicos e pacientes no estudo ainda diferem em vários aspectos referentes a esses cuidados, tais como confiança, informação, privacidade e compreensão sobre as necessidades do paciente (Bhoomadevi *et al.*, 2019).

A comunicação não tem sido a competência melhor desenvolvida nas escolas médicas. Como a comunicação se estabelece entre dois ou mais indivíduos, um emissor e o outro receptor da mensagem, pode haver ruídos e conseqüentemente dissonâncias em sua interpretação. Um estudo publicado em 2002 identificou incongruências nas percepções de médicos e pacientes a respeito de uma mesma consulta médica. Pacientes e médicos responderam a um questionário espelhado avaliando a comunicação entre ambos, e houve grande disparidade nas respostas encontradas nos dois grupos estudados, com ênfase nos aspectos como saber ouvir e cuidar (Frymoyer; Frymoyer, 2002).

O processamento da informação e o estabelecimento de seu significado é formado através das conexões hipotetizadas entre os conteúdos informacionais. Esse processo seria dinâmico, ocorrendo a todo momento. Os códigos de comunicação previamente estabelecidos pelo indivíduo, atuariam relacionando os diferentes significados advindos dessa primeira análise, organizando essa informação no decorrer do tempo em uma estrutura não estática, mas que serão afetadas e alteradas no decorrer da trajetória de cada indivíduo (Leydesdorff, 2010).

Esta pesquisa classificou os tipos de relação entre médicos e pacientes de acordo com suas percepções em **tipo 1**, quando pacientes e médicos apresentaram percepção positiva sobre a consulta, **tipo 2**, quando o paciente percebeu a consulta positivamente e o médico negativamente), **tipo 3**, quando o paciente percebeu negativamente a consulta e o médico positivamente) e **tipo 4**, quando pacientes e médicos perceberam a consulta de forma negativa.

Os resultados demonstraram a predominância da relação **tipo 1**, com distribuição de 86%, seguida pelo **tipo 2** com 7%, **tipo 3** com 6% e **tipo 4** com 1%.

Este resultado evidenciou a forte predominância de percepções positivas e convergentes sobre a RMP. Do total de 100 pacientes, 87% demonstraram percepções convergentes (todos positivos ou todos negativos) e 13% percepções divergentes, demonstrando que houve um predomínio de homogeneidade na percepção de médicos e pacientes e na positividade sobre a percepção da consulta.

A teoria semântica da informação se apoia nas dimensões situacionais, abordando o conceito de que de um mesmo sinal podem decorrer diferentes interpretações, dependendo do contexto no qual se encontra inserido. A informação não seria algo estático e idêntico para quem a emite ou recebe, mas construída de forma fluida e dinâmica no processo comunicacional (Capurro, 2007).

Os resultados desta pesquisa demonstraram que quando médicos e pacientes apresentaram **respostas convergentes** às perguntas ( $p = 0,004$ ) ou **respostas coincidentes** ( $p = 0,012$ ), houve relação estatisticamente significativa com a **melhora ótima**.

Quando as **respostas** foram **divergentes** ( $p = 0,001$ ) ou suas **percepções** sobre a consulta foram **divergentes**, houve relação estatisticamente significativa com a **melhora não ótima** ( $p=0,005$ ).

Destes resultados, podemos depreender que quando médicos e pacientes percebem de forma semelhante ou coincidente os aspectos situacionais e emocionais relacionados à RMP, os resultados do tratamento são melhores. O contrário também se sucede, corroborando a importância da consonância na RMP. Pacientes e médicos integrados e uníssonos colaboram para que o melhor resultado aconteça.

A comunicação entre médico e paciente, quando adequada, promove menos erros na interpretação das mensagens emitidas e decifradas pelo receptor. A relação interpessoal é construída de forma contínua, através de um conjunto de linguagens e interpretações. O conjunto de conceitos e valores em comum irão estabelecer elos

entre aqueles que compartilharam alguma vivência em comum (Merleau-Ponty, 1999; 2014).

A comunicação rege as relações interpessoais, as quais se baseiam na linguagem empregada, e é moldada pela intenção e forma de discurso do orador.

As partes envolvidas no processo de comunicação devem estar envolvidas e comprometidas para que possa haver a transmissão de conteúdo informacional com troca de significados. Neste contexto, os fatores sociais, culturais e os elementos subjetivos assumem papel de destaque. Os princípios da intersubjetividade se apoiam nas trocas entre os sujeitos de uma relação e é através dessa interação interpessoal que é potencializada a formação de novos objetos. O indivíduo transforma e é transformado através das relações (Rabello, 2015; Penteado 1993).

A comunicação na RMP, quando eficiente, é capaz de promover maior satisfação tanto no médico quanto no paciente. Com base nos elementos comunicacionais, são estabelecidos laços que irão favorecer a maior participação do paciente nas tomadas de decisão sobre seu tratamento, maior adesão ao tratamento e obtenção de melhores resultados (Frymoyer; Frymoyer, 2002).

Fazendo um breve resumo a respeito dos resultados apresentados sobre a parte objetiva da pesquisa, esta pesquisa demonstrou a forte predominância da **percepção positiva** do paciente sobre a RMP e, neste contexto, as variáveis mais observadas e que contribuíram para essa percepção foram a **atenção** do médico, seguida pela **escuta** médica.

Este estudo também identificou os elementos comunicacionais que se associaram significativamente à **adesão** ao tratamento, sendo estes respectivamente a **TDC**, a **conectividade** entre médicos e pacientes, os aspectos **comunicacionais do paciente**, a **empatia** do médico, a **compaixão** e a **confiança** estabelecida entre ambos.

Os resultados também nomearam as variáveis que se associaram significativamente à **melhora** clínica, nomeados a seguir: a **compaixão** do médico, os elementos **comunicacionais do paciente**, a **satisfação** do paciente, a **atenção** do médico, a **empatia**, a **conectividade**, a **escuta** do médico e os aspectos **comunicacionais do médico**.

Através da análise da intersubjetividade, esta pesquisa também identificou o índice de 13% de divergência entre as percepções de médicos e pacientes na RMP e

essas percepções divergentes apresentaram relação estatisticamente significativa com a melhora não ótima do paciente.

Lustosa (2011) identificou em seu estudo a grande influência da RMP na adesão do paciente ao tratamento. A autora argumenta que uma atitude empática e humanizada do profissional, com foco na comunicação eficaz e na individualização do tratamento, é fundamental para que o paciente se sinta motivado a seguir as recomendações médicas.

A adesão ao tratamento é uma questão complexa que envolve uma variedade de fatores. No entanto, a relação entre o profissional de saúde e o paciente é elemento preponderante, podendo contribuir significativamente para esta adesão.

A atenção recebida do médico durante a consulta médica é um dos componentes que contribui para uma percepção positiva sobre o tratamento médico (Malin; Hemminki; Räikkönen, 2001).

Uma boa RMP, construída com base em uma comunicação eficiente, pode desempenhar efeito terapêutico no paciente, promovendo melhorias em sua saúde física e mental. Através do comportamento atento e empático do médico, é possível obter informações mais elaboradas sobre o estado de saúde do paciente e alcançar diagnósticos mais precisos. A abordagem atenta do médico conduz a tomadas de decisões mais precisas, diminuindo o risco de diagnósticos e condutas terapêuticas errôneas, aumentando, portanto, a chance de êxito no tratamento (Anderson; Wescom; Carlos, 2016).

Esta pesquisa envolveu também um viés subjetivo em sua análise sobre a percepção do paciente a respeito da RMP. A última pergunta do questionário do paciente foi composta por uma questão aberta sobre a consulta, onde foi verificada a frequência e a repetição de palavras e ideias bem como seus significados. Foi empregada a técnica de análise temática de discurso, onde são identificadas as ideias centrais e as expressões-chave que dão formato ao discurso do sujeito coletivo, síntese das expressões-chave identificadas e correspondentes a cada ideia central (Hulley *et al.*, 2003).

Essa análise das respostas a tais questões buscou a interpretação da vivência da experiência por cada indivíduo, a partir de suas percepções sobre a RMP.

Observou-se que a variável de maior predominância na análise do discurso do paciente foi a **atenção** (24%), seguida por **confiança** (19%), **escuta/saber ouvir e comunicação** (16%), **empatia** (12%), **compreensão** (6%), **respeito** (3%) e

**acolhimento, apoio, interesse, cuidar, deixar o paciente falar, qualificação médica, olhar, pontualidade, resultado, sinceridade, TDC e vínculo (1%).**

Este resultado demonstra que prevaleceram os elementos atrelados aos aspectos subjetivos e emocionais da relação, em detrimento daqueles que se referem às suas perspectivas objetivas, na construção da percepção do paciente sobre seu encontro com o médico. Aspectos como resultado do tratamento, qualificação médica ou pontualidade, foram menos valorizados pelo paciente na RMP do que a atenção, escuta ou empatia.

Os achados da pesquisa objetiva, com o predomínio da percepção positiva sobre as variáveis analisadas, foram ao encontro dos resultados da análise de discurso, que sublinharam a valorização destes mesmos elementos subjetivos na RMP. Esse encontro de perspectivas (idealizadas e percebidas) podem justificar os resultados favoráveis obtidos na pesquisa.

Na abordagem fenomenológica da pesquisa, sem considerar as variáveis relacionadas aos aspectos objetivos da RMP (resultado, pontualidade e qualificação médica), observa-se que as variáveis menos identificadas no discurso se tratam de palavras possivelmente não menos consideradas pelo paciente, mas tão somente sinônimos daquelas observadas em maior número, talvez de mais difícil elaboração, tais como vínculo, acolhimento, apoio, interesse, olhar, cuidar, sinceridade, deixar o paciente falar e TDC.

O que cada indivíduo experimenta e depreende sobre suas experiências de vida se relaciona aos seus órgãos sensoriais, que traduzem os significados de cada vivência. Estes significados são influenciados pelo ambiente sociocultural que o envolve. O médico deve considerar estes aspectos subjetivos da significação das experiências do indivíduo, para que de fato possa atuar no cerne das questões envolvidas em sua saúde.

Thellefsen e Thellefsen (2013), em seu estudo sobre a emoção, a informação e a cognição e suas possíveis consequências para a ciência da informação, apresentam seu conceito sobre a informação baseado na semiótica como fundamental para o estabelecimento do significado. Os outros elementos também implicados na criação do significado seriam a cognição e a emoção. Em sua concepção, existiriam o mundo exterior, representado pela informação, o mundo interior, composto pela emoção, e a cognição, que atuaria fazendo a ponte entre ambos. Os autores analisaram as 3 abordagens no processo informacional,

concluindo que, para abranger o complexo encadeamento de formação de significado no contexto da informação, todas essas perspectivas devem ser consideradas.

A informação se relaciona com as limitações e as circunstâncias de quem a recebe, sendo afetada pelo seu grau de conhecimento prévio (Dretske, 1981).

A fenomenologia não traz respostas absolutas às questões analisadas, mas abre possibilidades para o aprofundamento que promoverá reflexões sobre os conceitos derivados de sua análise. Conceituar o saber e o conhecimento como componentes separáveis, em uma visão fenomenológica, se baseia no conceito de separação de corpo e consciência, de sujeito e objeto. A fenomenologia busca caminhos para essa ideação dualística. Em sua concepção, existe um fenômeno que é percebido em determinado local e momento e apenas isso pode ser observado. A fenomenologia se atém a se aprofundar no que é demonstrado no fenômeno, que não seria algo fixo e imutável, mas uma das formas de se expressar (Zahavi, 2007).

No âmbito da medicina, a fenomenologia promove a valorização da percepção do paciente sobre si mesmo e sua concepção sobre a doença. O médico deve buscar a identificação da patologia que acomete o paciente e também dos elementos integrantes do seu ambiente interno e externo, capazes de atuar influenciando no processo de adoecer.

A comunicação na RMP, baseada em sentimentos de empatia e na atenção e escuta do médico, assume papel relevante no processo de adesão do paciente ao tratamento e de sua evolução clínica. Neste contexto, a abordagem mais ampla do médico, considerando os elementos subjetivos desta relação, pode auxiliar o paciente na busca por sua homeostase, atuando positiva e sinergicamente no processo de cura.

O exercício da medicina depende da RMP, que é o campo onde esta se define. Nela, o médico desponta como o principal elemento terapêutico. Neste cenário, de certa forma, toma menor vulto a doença em si que conduziu o paciente à consulta, e mais a maneira como esta foi traduzida para ele pelo médico. O sucesso do tratamento medicamentoso está diretamente relacionado a de que forma a RMP se estabeleceu. O comportamento médico durante a consulta influencia diretamente na adesão e mesmo no resultado do tratamento por ele proposto.

Deste encontro com o médico, um paciente antes repleto de angústia e desesperança emerge sorridente e confiante simplesmente por ter-se sentido escutado, respeitado e amparado. Nem sempre pela esperança da cura, mas pela

compreensão do problema que o acomete e por não se sentir mais sozinho no percurso dessa doença. Haja o que houver seu médico estará com ele, seja qual for o caminho a percorrer ou seu desfecho.

Na medicina, existe uma inter-relação única entre o paciente, o médico e a doença. Os aspectos humanísticos constituintes dessa relação, mergulhados nos seus elementos emocionais, permitem uma reflexão profunda do médico sobre a história da medicina e sobre sua trajetória. Reflexão essa sobre os próprios caminhos traçados e escolhas em seu exercício profissional, sobre sua forma de atuar e além, sobre os desígnios da medicina e da arte de curar (Gonzalez, 1998).

Este estudo finaliza com o conceito sobre a modernidade líquida de Bauman (2005), que descreve que a vida e a sociedade modernas são líquidas, não podendo permanecer no mesmo curso ou forma para sempre.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou investigar as dimensões comunicacionais existentes no âmbito da relação médico-paciente (RMP), abordando a percepção de ambos os lados desta relação e, também, confrontando-as, na intersubjetividade. Na dimensão interpessoal, foram aferidos os resultados advindos dessas percepções convergentes, coincidentes ou divergentes. Esse encontro ou desencontro de percepções sobre a consulta médica foi aferido e analisado em suas diferentes repercussões nas variáveis do estudo.

Neste estudo, buscou-se identificar a relação entre os elementos capazes de integrar o processo comunicacional, configurando e emoldurando uma boa RMP. Tais elementos são constituídos pela **atenção, escuta, empatia, conectividade, tomada de decisão compartilhada (TDC), satisfação, e compaixão**. A conexão destes elementos ou não com a adesão ao tratamento e a melhora clínica foram analisados.

Esta pesquisa permitiu analisar as hipóteses levantadas e atingir os objetivos definidos:

Foram exploradas as dimensões da RMP nos meandros da consulta médica, o que permitiu a caracterização da percepção do paciente sobre esta relação.

A análise das variáveis possibilitou identificar quais elementos da percepção do paciente influenciaram na adesão do paciente ao tratamento e afetaram sua respectiva efetividade.

Foram observadas as percepções do médico e do paciente sobre a RMP, tendo como referência a mesma consulta médica realizada, e o processo de intersubjetividade.

Foram analisadas as possibilidades de influência negativa da percepção divergente entre médico e paciente sobre o resultado do tratamento.

Por meio da análise dos resultados, percebemos que esta pesquisa possibilitou a compreensão sobre a RMP como fator definidor da prática médica, e o médico como principal medicamento a ser considerado em todo e qualquer tratamento. Essa consideração ocorreu diante da percepção de que o sucesso terapêutico pode se relacionar diretamente com a forma como essa relação ocorre.

Considerando o exposto, é necessário que, em qualquer tipo de atendimento, o médico tenha a exata dimensão da importância do contato humano ali estabelecido, como ficou evidente no presente estudo.

Baseando-se nos achados descritos, é premente um espaço para reflexão entre os médicos sobre o exercício de suas práticas, com a revisão de suas atitudes aprendidas na prática médica. Os médicos devem ressignificar e readequar seu papel, diante do conhecimento do potencial de suas habilidades e atitudes no contexto informacional de sua relação com o paciente interferir na efetividade do tratamento.

Os resultados obtidos nesta pesquisa apontam para a importância da ampliação do campo de estudos das interações humanas e da intersubjetividade na ciência da informação, abrangendo diferentes dimensões, canais e tipos de informação e suas relações recíprocas.

Como desdobramento deste estudo, pode-se sugerir o implemento de ações cujo objetivo seja atentar os médicos para a necessidade de aprimorarem as competências humanísticas constituintes de uma boa RMP.

As limitações desta pesquisa são descritas a seguir. A abordagem da RMP ter sido realizada predominantemente de forma objetiva entre médicos e pacientes possibilitou uma abrangência maior de participantes, porém limitou a interpretação mais profunda e fidedigna de cada elemento estrutural da RMP analisada no estudo; para a análise estatística foi realizada a fusão de grupos devido à distribuição desigual de integrantes entre os grupos analisados, o que impossibilitava a análise inferencial. Este feito pode ter interferido nos resultados obtidos na pesquisa; o questionário empregado foi construído com base em instrumentos validados e adaptados para o referido estudo, contendo uma questão somente para cada variável analisada. Esta abordagem singular para cada elemento da RMP estudada permitiu um número maior de participantes na pesquisa, dado o tempo exíguo para a aplicação do questionário, porém, a avaliação de cada variável foi realizada de forma menos abrangente.

Atualmente, são considerados no adoecimento do indivíduo e na doença os aspectos emocionais, através da somatização. Desta maneira, é premente a existência de uma relação direta entre os conteúdos internos do indivíduo, entendidos como os pensamentos e sentimentos, e o organismo físico. Neste âmbito, ambos se encontrariam interligados e, dependendo um do outro, se modificariam mutuamente (Pereira; Farnese, 2004).

De acordo com Cassel (1982), a tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa humana. Isso significa que a medicina deverá se preocupar não apenas com o corpo físico, mas também com a mente, as emoções e o espírito do paciente.

A medicina do amanhã, segundo Schestatsky (2020), irá se concentrar no paciente, que se tornará protagonista de sua doença. Mas para isso acontecer, considera importante que algumas mudanças ocorram. Dentre elas, a RMP deve se tornar horizontalizada, ressaltando a autonomia do paciente e o existir do amplo acesso às tecnologias inovadoras. O autor estabelece cinco etapas que, em sua concepção, integrarão a medicina do futuro, também chamadas de 5p's: preditiva, preventiva, proativa, personalizada e parceira.

Preditiva, através da predição de exames clínicos e laboratoriais e atuando preventivamente nos resultados; preventiva, atuando para prevenir doenças crônicas de grande representatividade na atualidade como hipertensão e diabetes; proativa, buscando identificar sinais ou fatores de risco de patologias antes que estas se estabeleçam; personalizada, através de condutas individualizadas baseadas nas características únicas de cada um; e parceira, sendo inclusiva, tendo o paciente como parte integrante da trajetória do tratamento da doença.

Como pesquisadora, estes fundamentos me permitem conceber que a medicina do amanhã deve prever que, cada vez menos as medicações e mais o próprio paciente seja capaz de manejar seu corpo, sua saúde e suas doenças. O autoconhecimento, a meditação e a espiritualidade são ferramentas que poderão auxiliá-lo a tornar-se cada vez mais ativo em prol de seu bem-estar.

O médico deve refletir sobre a responsabilidade de suas atitudes no contexto individual, consigo mesmo, e no coletivo, no contexto da RMP. Este comportamento demanda um mergulho em si mesmo, adentrando as questões de sua existência, e nas dimensões humanas, no âmbito das relações interpessoais, considerando a grande complexidade e subjetividade humana e seu papel no processo do adoecimento.

As dimensões informacionais, abrangendo os meandros da comunicação inter e intrapessoal, assumem aqui posição de destaque no aperfeiçoamento das relações, seja esta pessoa a pessoa, ou subjetivamente, através da busca pelo autoconhecimento.

Devemos repensar não apenas como o conhecimento é gerado, mas também do que consiste, quem o gerou, como se legitimou e se tornou acessível. O papel da Universidade do século XXI deverá ser o de legitimar e disseminar o conhecimento de formas e dimensões jamais imaginadas, envolvendo tecnologias e comunidades não antes envolvidas com a criação global do conhecimento. E o florescimento desta nova

era de geração de conhecimento e comunicação, mais rico será, quanto mais permanecer livre e plural (Presner, 2010).

Desta forma poderemos vislumbrar uma medicina que verdadeiramente integre ciência e comunicação, incorporando e valorizando as dimensões informacionais no contexto da RMP, e assim consolidando a prática médica como singular e integral, voltada para o universo contextual do indivíduo.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. A Lei do Ato Médico: Notas sobre suas influências para a educação médica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 47-54, jan./abr. 2006. DOI: 10.1590/S0100-55022006000100008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/Zdq3hWQTVBJbsBKtvxtnCgy/>. Acesso em: 23 fev. 2024.
- AHLUWALIA, S. *et al.* A heartbeat moment: qualitative study of GP views of patients bringing health information from the internet to a consultation. **The British Journal of General Practice**, [Londres], v. 60, n. 571, p. 88-94, fev. 2010. DOI: 10.3399/bjgp10X483120. PMID: 20132702. PMCID: PMC2814261. Disponível em: <https://bjgp.org/content/60/571/88>. Acesso em: 23 fev. 2024
- AHMAD, F. *et al.* Are physicians ready for patients with Internet-based health information? **Journal of Medical Internet Research**, [Toronto], v. 8, n. 3, e22, set. 2006. DOI: 10.2196/jmir.8.3.e22. PMID: 17032638. PMCID: PMC2018833. Disponível em: <https://www.jmir.org/2006/3/e22/>. Acesso em: 23 fev. 2024
- ALGHAMDI, K. M.; MOUSSA, N. A. Internet use by the public to search for health-related information. **International Journal of Medical Informatics**, [S.l.], v. 81, n. 6, p. 363-373, 2012. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2011.12.004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1386505611002644?via%3Dihub>. Acesso em: 23 fev. 2024
- ALMEIDA H, GÓIS R. Avaliação da satisfação do paciente: indicadores assistenciais de qualidade. **Revista de Administração em Saúde (On-line)**, São Paulo, v. 20, n. 81, e244, out./dez. 2020. DOI: 10.23973/ras.81.244. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/244>. Acesso em: 23 fev. 2024
- ALMEIDA, J. L. T. Da Moral Paternalista ao Modelo de Respeito à Autonomia do Paciente: os Desafios para o Ensino da Ética Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan/abr. 2000. Disponível em: <https://repositorio.ucb.br:9443/jspui/handle/123456789/7750>. Acesso em: 23 fev. 2024
- ALMEIDA, M. J. *et al.* (org.). **Educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec, 1999. 2 v.
- ALVES, V. L. *et al.* Emoção e soma (des) conectadas em páginas de revista: As categorias temáticas do discurso prescritivo sobre os fenômenos da vida e da doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 18, n. 2, p. 537-543, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232013000200025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MkRjnyWsfLTKTMJkrx3QLjs/?lang=pt#>. Acesso em: 23 fev. 2024
- AMATUZZI, M. M. Pesquisa fenomenológica em psicologia. *In*: BRUNS, A. F.; HOLANDA, A. F. H. (orgs.). **Psicologia e pesquisa fenomenológica**: reflexões e perspectivas. São Paulo: Alínea, 2003. p. 17-25.

ANDERSON, P. F.; WESCOM, E.; CARLOS, R. C. Difficult doctors, difficult patients: building empathy. **Journal of the American College of Radiology**, [Reston], v.13, p. 1590-1598, 2016. DOI: 10.1016/j.jacr.2016.09.015. Disponível em: [https://www.jacr.org/article/S1546-1440\(16\)30917-6/fulltext](https://www.jacr.org/article/S1546-1440(16)30917-6/fulltext). Acesso em: 23 fev. 2024

ARAGAKI, S. S.; SPINK, M. J. O lugar da psicologia na educação médica. **Interface**, [s.l.], v. 13, n. 28, p. 85-98, 2009. DOI: 10.1590/S1414-32832009000100008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/V3qcmsQmd4g3rjgssHVQCSN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2024

ARORA, N. K. Interacting with cancer patients: The significance of physicians' communication behavior. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 57, 791–806, 2003. DOI: 10.1016/S0277-9536(02)00449-5. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953602004495?via%3Dihub>. Acesso em: 23 fev. 2024

ARRUDA, E. A. Integralidade: Realidade ou Utopia?. **Revista da ESAB**, [Vila Velha, ES], v. 2, n. 5, 2012.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface**, [Botucatu], v. 8, n. 14, p. 73-91, fev. 2004. DOI: 10.1590/S1414-32832004000100005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jNFBpg8J6MzRcBGt5F6B5tn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2024

AZEVEDO, R. C. V. **Estudo do proteoma sérico na sepse**. 2008. Dissertação (Mestrado em Medicina [Clínica Médica]) – Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: [https://minerva.ufrj.br/F/?func=direct&doc\\_number=000706986&local\\_base=UFR01](https://minerva.ufrj.br/F/?func=direct&doc_number=000706986&local_base=UFR01). Acesso em: 23 fev. 2024

BAI, H. Modernizing Medical Education through Leadership Development. **Yale Journal of Biology and Medicine**, [New Haven, CT], v. 93, n. 3, p. 433-439, ago. 2020. PMID: 32874150. PMCID: PMC7448395. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7448395/>. Acesso em: 23 fev. 2024

BAKER, S. C., WATSON, B. M. How patients perceive their doctors' communication: Implications for patient willingness to communicate. **Journal of Language and Social Psychology**, [s.l.], v. 34, n. 6, p. 621–639, 2015. DOI: 10.1177/0261927X15587015. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0261927X15587015>. Acesso em: 23 fev. 2024.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu, 1975. 332 p.

BALLEIRO, E. M.; BALLEIRO, C. O. Efeito Placebo e o Efeito Nocebo nos Procedimentos Terapêuticos. *In: Cibersaúde* [Blog], abr. 2000. Disponível em <http://www.cibersaude.com.br/index1.asp>. Acesso em: 23 fev. 2024.

- BALLONE, G. J.; ORTOLANI, I. V. O Placebo e a arte de curar. *In: PsiqWeb* [Website], 2003. Disponível em: <http://www.virtualpsy.org/trats/placebo.html>. Acesso em: 23 fev. 2024.
- BARROS, A. C.; ROCHA, M.; SANTA HELENA, E. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 37, n. 1, p. 54-62, 2008.
- BASTOS, G. A. N.; FASOLO, L. B. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [São Paulo], v. 16, n. 1, p. 114-124, mar. 2013. DOI: 10.1590/S1415-790X2013000100011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/pB9SZMHT6vMGHZCHQDBhkcT/abstract/?lang=pt#>. ISSN 1980-5497. Acesso em: 10 dez. 2022
- BAUMAN, Z. **Liquid life**. Cambridge: Polity Press, 2005. 161 p.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. Beneficência. *In: \_\_\_\_\_*. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola; 2002. p. 296-308.
- BECKMAN, H. B. *et al.* The doctor patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. **Archives of Internal Medicine**, [Chicago], v. 154, p. 1365-1370, 1994. DOI: 10.1001/archinte.1994.00420120093010. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/618939>. Acesso em: 23 fev. 2024.
- BEIER, M. Algumas considerações sobre o paternalismo hipocrático. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, [Belo Horizonte], v. 20, n. 2, p. 246-254, 2010. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/vol/154/pg/1365>. Acesso em: 23 fev. 2024.
- BENEDETTI, F. *et al.* Neurobiological mechanisms of the placebo effect. **The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience**, [S.], v. 25, n. 45, p. 10390–10402, nov. 2005. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.3458-05.2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6725834/pdf/10390.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2024
- BERGSTEIN, G. **A informação na relação médico-paciente**. São Paulo: Saraiva, 2013.
- BHOOMADEVI, A.; GANESH, M.; PANCHANATHAM, N. Improving the healthcare using perception of health professional and patients: need to develop a patients centered structural equation model. **International Journal of Healthcare Management**, [London], v. 14, n. 1, 2021. DOI: 10.1080/20479700.2019.1607014. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20479700.2019.1607014>. Acesso em: 23 fev. 2024

BIENTZLE, M. *et al.* Impact of scientific versus emotional wording of patient questions on doctor–patient communication in an internet forum: a randomized controlled experiment with medical students. **Journal of Medical Internet Research**, [Pittsburgh, PA], v. 17, n. 11, e268. DOI: 10.2196/jmir.4597. Disponível em: <https://www.jmir.org/2015/11/e268/>. Acesso em: 23 fev. 2024

BIKKER, A. P.; MERCER, S. W.; REILLY, D. A pilot prospective study on the consultation and relational empathy, patient enablement, and health changes over 12 months in patients going to the Glasgow Homoeopathic Hospital. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, [Nova York], v. 11, n. 4, p. 591-600, 2005. DOI: 10.1089/acm.2005.11.591. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/acm.2005.11.591>. Acesso em: 23 fev. 2024.

BIOLCHINI, J. Tecnologias de informação e comunicação na cognição situada. *In*: REGIS, F. *et al.* (org.). **Tecnologias de comunicação e cognição**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 305-327.

BOMHOF-ROORDINK, H. *et al.* Key components of shared decision making models: a systematic review. **BMJ Open**, [Londres], v. 9, n. 12, e031763, 2019. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-031763. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/lookup?view=long&pmid=31852700>.

BOWLING, A. C. Placebos and nocebos: Techniques to optimize MS management? **Healthy**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 45–48, 2011.

BOYATZIS, R. An overview of intentional change from a complexity perspective. **Journal of Management Development**, [Bradford], v. 25, n. 7, p. 607-623, 2006. Disponível em: <https://www.proquest.com/docview/216354280?sourcetype=Scholarly%20Journals>. Acesso em: 23 fev. 2024.

BRAUER, D. G.; FERGUSON, K. J. The integrated curriculum in medical education: AMEE guide no. 96. **Medical Teacher**, [Londres], v. 37, n. 4, p. 312-322, 2015. DOI: 10.3109/0142159X.2014.970998. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2014.970998>. Acesso em: 23 fev. 2024

BROOM, A. Virtually he@lthy: the impact of internet use on disease experience and the doctor-patient relationship. **Qualitative Health Research**, [Newbury Park-CA], v. 15, n. 3, p. 325-345, mar. 2005. DOI: 10.1177/1049732304272916. PMID: 15761103. Disponível em: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732304272916?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732304272916?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed). Acesso em: 23 fev. 2024.

BRUGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [São Paulo], v. 42, n. 3, p. 563-568, set. 2008. DOI: 10.1590/S0080-62342008000300021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/wRcfDRsqkfyzm5f5CMYVMm7M/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2024.

BUCKLAND, M. K. Information as a thing. **Journal of the American Society for Information Science (JASIS)**, [Nova York], v. 45, n. 5, p. 351-360, 1991. Disponível em: <https://ppggoc.eci.ufmg.br/downloads/bibliografia/Buckland1991.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2024.

BUJA, L. M. Medical education today: all that glitters is not gold. **BMC Medical Education**, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 110, abr. 2019. DOI: 10.1186/s12909-019-1535-9. PMID: 30991988. PMCID: PMC6469033. Disponível em: <https://bmcomededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-019-1535-9>.

BUSS, D. M. The great struggles of life: Darwin and the emergence of evolutionary psychology. **The American Psychologist**, [Washington-DC], v. 64, n. 2, p. 140-148, 2009. DOI: 10.1037/a0013207. Disponível em: <http://content.apa.org/journals/amp/64/2/140>. Acesso em: 23 fev. 2024.

CABRAL, R. V.; TREVISOL, F. S. A influência da Internet na relação médico-paciente na percepção do médico. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 4, p. 416-420, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-685640>. Acesso em: 23 fev. 2024.

CALDIN, C. H. A leitura como função terapêutica: biblioterapia. **Encontros Bibli - Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, [Florianópolis], v. 12, p. 32-44, 2001. DOI: 10.5007/1518-2924.2001v6n12p32. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2001v6n12p32>. Acesso em: 23 fev. 2024.

CAMARGO Jr, K. R. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: O estilo de pensamento dos clínicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p.1163-1174, jul./ago. 2003. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/download/2073/4134>. Acesso em: 23 fev. 2024.

CAMPOS, F. E. *et al.* Caminhos para Aproximar a Formação de profissionais de Saúde das necessidades da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-59, 2001. DOI: 10.1590/1981-5271v25.2-007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/tRzxXSmgY8pbcWqHkyZcQw/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2024.

CAMPOS, F. E. La equidad y la relación entre la universidad, los servicios de salud y la comunidad. Educación Superior y sociedade. **Revista Educación Superior y Sociedad**, [s.l.], v. 7, n. 2, p. 5-12, 1996. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109966>. Acesso em: 23 fev. 2024.

CAPRARA, A. A Relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004. DOI: 10.1590/S1413-81232004000100014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rXYfSjZY6H3cz7WMghp89dk/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 23 fev. 2024.

CAPRARA, A. Building the relationship: medical doctors and patients in the family medicine programme of Ceará, Brazil. 2001. In: CHALLENGES OF PRIMARY CARE ORIENTED HEALTH SYSTEMS: innovations by Educational Institutions, health professions and health services, 2001, Londrina. **Anais** [...]. Londrina: Network of Educational Institutions, WHO, 2001.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, set. 1999. DOI: 10.1590/S0102-311X1999000300023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4DbnYJBFqM3XV5N5px9jL5C/abstract/?lang=pt>.

CAPURRO, R. **Hermeneutik der Fachinformation** [Hermeneutics of scientific information]. Freiburg: Alber, 1986.

CAPURRO, R. On the genealogy of information. In: KORNWACHS, K.; JACOBY, K. (ed.). **Information: New questions to a multidisciplinary concept**. Berlin: Akademie, 1996. p. 259-270. Disponível em: <http://www.capurro.de/cottinf.htm>. Acesso em: 15 agosto 2015.

CAPURRO, R.; HJORLAND, B. O conceito de informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, [Belo Horizonte], v. 12, n. 1, p. 148-207, jan./abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pci/a/j7936SHkZJkpHGH5ZNYQXnC/?format=pdf>. Acesso em: 23 fev. 2024.

CARE QUALITY COMMISSION. Adult inpatient survey 2021. In: **Care Quality Comission** [Website], 2 Jul. 2022. Disponível em: <https://www.cqc.org.uk/publications/surveys/adult-inpatient-survey-2021>. Acesso em: 23 fev. 2024.

CARNEIRO, V. S. M.; ADJUTO, R. N. P.; ALVES, K. A. P. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arquivos de ciências da saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 1, p. 35-40, 2019 DOI: 10.25110/arqsaude.v23 i1.2019.6521. Disponível em: <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6521/3728>. Acesso em: 23 fev. 2024.

CASSEL, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine. **The New England Journal of Medicine**, [Boston-EUA], v. 18, n. 11, p. 639-645, mar. 1982. DOI: 10.1056/NEJM198203183061104. PMID: 7057823. Disponível em: [https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM198203183061104?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM198203183061104?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed). Acesso em: 23 fev. 2024.

CASTIEL, L. D. Psicossomática e eficácia: além do Princípio do Placebo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 40, n. 5, p. 267-272, jun. 1991.

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação, p. 346-390. In: MARINS, J. J. N. *et al.* **Educação médica em transformação**: instrumento para construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2004.

CHAGAS, L. A. R. **Influência da relação médico paciente no tratamento medicamentoso**: uma revisão de literatura. 2013. 29 p. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/13384>. Acesso em: 23 fev. 2024.

CHAPUT, D. M.; HERXHEIMER, A. Harnessing placebo effects in health care. **Lancet**, [Londres], v. 344, p. 995-998, 1994.

CHAUUA, R. Sobre África: questões, tradições e ubuntu: pensando os ritos de iniciação em Moçambique. **Revista Teias**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 35, p. 38-53, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistateias/article/view/24402/17380>. Acesso em: 23 fev. 2024.

CHAUI, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2005.

CHIPIDZA, F. E.; WALLWORK, R. S.; STERN, T. A. Impact of the Doctor-Patient Relationship. **The Primary Care Companion for CNS Disorders**, [Memphis, TN], v. 17, n. 5, out. 2015. DOI: 10.4088/PCC.15f01840. PMID: 26835164. PMCID: PMC4732308. Disponível em: <https://www.psychiatrist.com/pcc/impact-doctor-patient-relationship/>. Acesso em: 23 fev. 2024.

CHOPRA, D. A. **Cura Quântica**: o poder da mente e da consciência na busca da saúde integral. São Paulo: Best Seller, 1989. 225 p.

CHRISTENS, B. Ultrasociality and Intersubjectivity. **American Journal of Community Psychology**, [s.l.], v. 65, n.1-2, p. 187-200, mar. 2020. DOI: 10.1002/ajcp.12391. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajcp.12391>. Acesso em: 23 fev. 2024.

COELHO FILHO, J. Relação médico-paciente: a essência perdida. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 631-633, 2007. DOI: 10.1590/S1414-32832007000300018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/xX8ndK3yxHVdfZ8mtG5gNdc/>. Acesso em: 23 fev. 2024.

COELHO, T. A patient advocate's perspective on patient-centered comparative effectiveness research. **Health Affairs**, [Millwood, Va.], v. 29, n. 10, p. 1885-1890, 2010. DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0632. Disponível em: [https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2010.0632?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2010.0632?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed). Acesso em: 23 fev. 2024.

CONNELLY, L. M. What is phenomenology? **Medsurg Nursing**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 96-100, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BRASIL). **Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009**. Código de Ética Médica. Brasília-DF: CFM, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2023

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 38, 9 nov. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2024.

COOK, D. J. *et al.* Clinical recommendations using levels of evidence for antithrombotic agents. **Chest**, [Chicago], v. 108, supl. 4, p. 227S-30S, out. 1995. DOI: 10.1378/chest.108.4\_supplement.227s. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0012369216338958>. Acesso em: 23 fev. 2024.

COOKE, M. *et al.* American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. **The New England Journal of Medicine**, [Londres], v. 355, p. 1339-1344, set. 2006. DOI: 10.1056/NEJMra055445. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra055445>.

COSTA, F. D.; AZEVEDO, R. C. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília-DF, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2010. DOI: 10.1590/S0100-55022010000200010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DXLM4sxwdBNtjGcvBCSZrSJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2024.

CRAMER, J. A. *et al.* Medication compliance and persistence: terminology and definitions. **Value in Health**, [Malden-MA], v. 2, n. 1, p. 44-47, 2008. DOI: 10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1098-3015\(10\)60495-0](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1098-3015(10)60495-0). Acesso em: 23 fev. 2024

CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2007.

CUMMINS, R. A.; GULLONE, E. Why we should not use 5-point Likert scales: the case for subjective quality of life measurement. *In*: INTERNATIONAL CONFERENCE ON QUALITY OF LIFE IN CITIES, 2., 2000, Singapore. **Anais** [...]. Singapore: National University of Singapore, 2000. p. 74-93. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/285682151\\_Why\\_we\\_should\\_not\\_use\\_5-point\\_Likert\\_scales\\_The\\_case\\_for\\_subjective\\_quality\\_of\\_life\\_measurement](https://www.researchgate.net/publication/285682151_Why_we_should_not_use_5-point_Likert_scales_The_case_for_subjective_quality_of_life_measurement). Acesso em: 23 fev. 2024

DALAI LAMA. **Essence of the heart sutra**: the Dalai Lama's heart of wisdom teachings. USA: Wisdom Publications, 2005.

DALAI LAMA. **The power of compassion**. New Delhi: HarperCollins, 1995.

DANG, B. N. *et al.* Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship: a longitudinal qualitative study. **BMC Medical Education**, [Londres], v. 17, n. 1, p. 32, fev. 2017. DOI: 10.1186/s12909-017-0868-5. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-0868-5>. Acesso em: 23 fev. 2024.

DANG, B. N. *et al.* Retaining HIV patients in care: the role of initial patient care experiences. **AIDS Behavior**, [Nova York], v. 20, n. 10, p. 2477-2487, 2016. DOI: 10.1007/s10461-016-1340-y. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1340-y>. Acesso em: 23 fev. 2024.

DAVIDSON, R. J.; SUTTON, S. K. Affective neuroscience: the emergence of a discipline. **Current Opinion in Neurobiology**, [Londres], v. 5, n. 2, p. 217-224, abr. 1995. DOI: 10.1016/0959-4388(95)80029-8. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0959438895800298?via%3DiHub>. Acesso em: 23 fev. 2024.

DE WAARD, C. S. *et al.* Perceived doctor-patient relationship and satisfaction with general practitioner care in older persons in residential homes. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, [Estocolmo], v. 36, n. 2, p. 189-197, jun. 2018. DOI: 10.1080/02813432.2018.1459229. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2018.1459229>. Acesso em: 23 fev. 2024.

DEAN, M.; STREET, R. L. A 3-stage model of patient-centered communication for addressing cancer patients' emotional distress. **Patient Education and Counseling**, [Princeton], v. 94, n. 2, p. 143-148, fev. 2014. DOI: 10.1016/j.pec.2013.09.025. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S073839911300400X?via%3DiHub>. Acesso em: 23 fev. 2024.

DECASTRO, T. G.; GOMES, W. B. Aplicações do método fenomenológico à pesquisa em psicologia: tradições e tendências. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 28, n. 2, p. 153-162, jun. 2011. DOI: 10.1590/S0103-166X2011000200003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/HY5BkwhGFWzzkxjVdYQQ9Fd/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 23 fev. 2024.

DEL CANALE, S. *et al.* The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. **Academic Medicine**, [Filadelfia], v. 87, n. 9, p. 1243-1249, set. 2012. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182628fbf. Disponível em: [https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2012/09000/the\\_relationship\\_between\\_physician\\_empathy\\_and.26.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2012/09000/the_relationship_between_physician_empathy_and.26.aspx). Acesso em: 23 fev. 2024.

DETILLION, C. E. *et al.* Social facilitation of wound healing. **Psychoneuroendocrinology**, [Oxford], v. 29, n. 8, p. 1004-1011, set. 2004. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2003.10.003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306453003001902?via%3DiHub>. Acesso em: 23 fev. 2024.

DEVRIES, A. C. *et al.* 2006 Curt P. Richter award winner: Social influences on stress responses and health. **Psychoneuroendocrinology**, [Oxford], v. 32, n. 6, p. 587-603, jul. 2007. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2007.04.007. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306453007000844?via%3Di> hub. Acesso em: 23 fev. 2024.

DIEGO, M. A.; FIELD, T. Moderate pressure massage elicits a parasympathetic nervous system response. **International Journal of Neuroscience**, [Nova York], v. 119, n. 5, p. 630-638, 2009. DOI: 10.1080/00207450802329605. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00207450802329605>. Acesso em: 23 fev. 2024.

DIMATTEO, M. R.; REITER, R. C.; GAMBONE, J. C. Enhancing medication adherence through communication and informed collaborative choice. **Health Communication**, [Londres], v. 6, n. 4, p. 253–265, 2009. DOI:10.1207/s15327027hc0604\_2. Disponível em: [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327027hc0604\\_2](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327027hc0604_2). Acesso em: 23 fev. 2024.

DINC, L.; GASTMANS, C. Trust in nurse-patient relationships: a literature review. **Nursing Ethics**, [Londres], v. 20, n. 5, p. 501-516, 2013. DOI: 10.1177/0969733012468463. Disponível em: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733012468463?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733012468463?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed). Acesso em: 23 fev. 2024.

DINIZ, L. S. *et al.* Efetividade do tratamento de tuberculose em 22 municípios de capitais brasileiras e Distrito Federal. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, [Rio de Janeiro], v. 11, n. 1, p 5-14, 2003.

DRETSKE, F. I. **Knowledge and the flow of information**. Cambridge, MA: MIT, 1981.

DU, L. *et al.* Rebuild doctor-patient trust in medical service delivery in China. **Scientific Reports**, [Londres], v. 10, n. 1, 21956, dez. 2020. DOI: 10.1038/s41598-020-78921-y. PMID: 33319841. PMCID: PMC7738514. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-78921-y>. Acesso em: 23 fev. 2024.

EL DIB, R. P. Como praticar a medicina baseada em evidências. **Jornal Vascular Brasileiro**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 1-4, mar. 2007. DOI: 10.1590/S1677-54492007000100001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jvb/a/Dhy8TqBdZJgGcL7SwCmBK6r/>. Acesso em: 23 fev. 2024.

EPSTEIN, R. M. *et al.* Measuring patient centered communication in patient-physician consultations: Theoretical and practical issues. **Social Science and Medicine**, [Oxford], v. 61, p. 1516-1528, 2015. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.02.001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953605000833?via%3Di> hub. Acesso em: 23 fev. 2024.

EPSTEIN, R. M. *et al.* Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. **Health Affairs**, [Milwood], v. 29, p. 1489–1495, 2010. DOI: 10.1377/hlthaff.2009.0888. Disponível em:

[https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2009.0888?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed](https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2009.0888?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed). Acesso em: 23 fev. 2024.

EZE, M. O. I am Because You Are: cosmopolitanism in the age of xenophobia. **Philosophical Papers**, [s.l.], v. 46, n. 1, p. 85-109, mar. 2017. DOI: 10.1080/05568641.2017.1295617. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/05568641.2017.1295617>. Acesso em: 23 fev. 2024.

FENOMENOLOGIA BRASIL. **Palestra de Tommy Akira Goto: introdução à fenomenologia e a psicologia fenomenológica (partes I a IV)**, set. 2014a. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=\\_RR9dHtF3e4&t=226s](https://www.youtube.com/watch?v=_RR9dHtF3e4&t=226s). Acesso em: 14 set. 2017.

FENOMENOLOGIA BRASIL. **Palestra de Tommy Akira Goto: teoria do conhecimento, fenomenologia e historicismo**, set. 2014b. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=dnX5Yox4iJU>. Acesso em: 14 set. 2017.

FERNANDES, J. C. A quem interessa a relação médico paciente? **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 21-27, 1993.

FERRAZ, M. N. **Introdução à biblioterapia**. Batatais: Claretiano, 2018.

FERREIRA, E. A. P. Adesão ao Tratamento em Psicologia Pediátrica. In: CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M.; PEDROSA, G. B. (Org). **Temas em Psicologia Pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 147-189.

FERREIRA, M.; LIMA, M.; FERREIRA NETO, M. A qualidade do atendimento em uma clínica médica popular na percepção de seus usuários. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 16, 2019. DOI: 10.21450/rahis.v16i1.5628. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/5628>. Acesso em: 23 fev. 2024.

FIELD, T. Touch for socioemotional and physical well-being: a review. **Developmental Review**, [s.l.], v. 30, n. 4, p. 367-383, 2010. DOI: 10.1016/j.dr.2011.01.001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0273229711000025>. Acesso em: 23 fev. 2024.

FIUZA, R. M. **A consciência: uma viagem pelo cérebro**. Rio de Janeiro: Di Livros, 2012.

FLOYD, K. **Communicating affection**: Interpersonal behavior and social context. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. 222 p. DOI: 10.4324/9780511606649. Disponível em: <https://asu.elsevierpure.com/en/publications/communicating-affection-interpersonal-behavior-and-social-context>. Acesso em: 23 fev. 2024.

FLOYD, K.; HESSE, C.; GENEROUS, M. A. Affection exchange theory: A bio-evolutionary look at affectionate communication. In: BRAITHWAITE, D. O.; SUTER, E. A.; FLOYD, K. (eds.). **Engaging theories in family communication: multiple perspectives**. 2 ed. New York: Routledge, 2018. p. 312-323.

FLOYD, K.; HESSE, C.; HAYNES, M. T. Human affection exchange: XV. Metabolic and cardiovascular correlates of trait expressed affection. **Communication Quarterly**, [S.l.], v. 55, p. 79–94, 2007. DOI: 10.1080/01463370600998715. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01463370600998715>. Acesso em: 23 fev. 2024.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, jan. 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVByhrN/#>. Acesso em: 23 fev. 2024.

FOSTER, T.; HAWKINS, J. The therapeutic relationship: dead or merely impeded by technology? **British Journal of Nursing**, [Londres], v. 14, n. 13, p. 698-702, 2005. DOI: 10.12968/bjon.2005.14.13.18449. Disponível em: <https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2005.14.13.18449>. Acesso em: 23 fev. 2024.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Medicina Social**: microfísica do poder. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREDRICKSON, B. L. *et al.* Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. **Journal of Personality and Social Psychology**, [Washington-DC], v. 95, n. 5, p. 1045–1062, nov. 2008. DOI: 10.1037/a0013262. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0013262>. Acesso em: 23 fev. 2024.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

FRYMOYER, J. W.; FRYMOYER, N. P. Physician-patient communication: a lost art? **The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons**, [Filadelfia], v. 10, n. 2, p.95-105, mar./abr. 2002. DOI: 10.5435/00124635-200203000-00005. PMID: 11929204. Disponível em: [https://journals.lww.com/jaaos/abstract/2002/03000/physician\\_patient\\_communication\\_\\_a\\_lost\\_art\\_.5.aspx](https://journals.lww.com/jaaos/abstract/2002/03000/physician_patient_communication__a_lost_art_.5.aspx). Acesso em: 23 fev. 2024.

GABE, M. *et al.* Avaliação do grau de satisfação de pacientes atendidos no serviço de medicina de uma clínica escola. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 47, n. 3, p. 146-158, 2018. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/462>. Acesso em: 23 fev. 2024.

GERBER, B. S.; EISER, A. R. The patient-physician relationship in the Internet age: future prospects and the research agenda. **Journal of Medical Internet Research**,

[Pittsburgh-CA], v. 3, n. 2, e842, abr. 2001. DOI: DOI: 10.2196/jmir.3.2.e15. Disponível em: <https://www.jmir.org/2001/2/e15/>. Acesso em: 23 fev. 2024.

GONZÁLEZ DE GOMEZ, M. N. O caráter seletivo das ações de informação. **Informare**, [s.l.], v. 5, n. 2, p.7-35, 1999.

GONZÁLEZ, M. A. S. **História, Teoria y Método de la Medicina**: introducción al Pensamiento Médico. Barcelona: Masson. 1998. 592p.

GOPNIK, A.; MELTZOFF, A. Imitation, cultural learning and the origins of "theory of mind". **Commentary. Behavioral and Brain Sciences**, [s.l.], v. 16, p. 521-523, 1993.

GOUIN, J. P. *et al.* Marital behavior, oxytocin, vasopressin, and wound healing. **Psychoneuroendocrinology**, [Oxford], v. 35, n. 7, p. 1082-1162, ago. 2010. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2010.01.009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306453010000259?via%3Dihub>. Acesso em: 23 fev. 2024.

GREENBERG, S. *et al.* Temporal properties of spontaneous speech--a syllable-centric perspective. **Journal of Phonetics**, [s.l.], v. 31, p. 465-485, 2003. DOI: 10.1016/j.wocn.2003.09.005. Disponível em: <https://ccc.inaoep.mx/~villasen/bib/tempProp.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2024.

GREENHALGH, T.; HOWICK, J.; MASKREY, N. Evidence based medicine: a movement in crisis? **BMJ**, [Londres], v. 348, g3725, 2014. DOI: 10.1136/bmj.g3725. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/348/bmj.g3725>. Acesso em: 23 fev. 2024.

GROSSEMAN, S.; STOLL, C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília-DF, v. 32, n. 3, set. 2008. DOI: 10.1590/S0100-55022008000300004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/LLSwQffgVmYYC4KV8TdJ7wb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2024.

GUASTELLA AJ, MITCHELL PB, DADDS MR. Oxytocin increases gaze to the eye region of human faces. **Biological Psychiatry**, [Nova York], v. 63, n. 1, p. 3-5, jan. 2008. DOI: 10.1016/j.biopsych.2007.06.026. Disponível em: [https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(07\)00617-8/abstract](https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(07)00617-8/abstract). Acesso em: 23 fev. 2024.

GUNDRY, J. **Knowledge management**. Disponível em: <http://www.knowab.co.uk/kma.html>. Acesso em: 15 ago. 2017.

HARARI, Y. N. **Homo deus**: a brief history of tomorrow. New York, NY: HarperCollins, 2017.

HARARI, Y. N. **Sapiens**: a brief history of humankind. New York, NY: HarperCollins, 2015.

HARDEY, M. Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise. **Sociology of Health & Illness**, [s.l.], v. 21, n. 6, p. 820-835, nov. 1999. DOI:10.1111/1467-9566.00185. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Doctor-in-the-house%3A-the-Internet-as-a-source-of-to-Hardey/5309dfd5568ca6a7ec9af27ca2b06865240b9459>. Acesso em: 23 fev. 2024.

HASSON, U. *et al.* Brain-to-brain coupling: a mechanism for creating and sharing a social world. **Trends in Cognitive Sciences**, [Oxford], v. 16 n. 2, p. 114-121, fev. 2012. DOI: 10.1016/j.tics.2011.12.007. PMID: 22221820. PMCID: PMC3269540. Disponível em: [https://www.cell.com/trends/cognitive-sciences/abstract/S1364-6613\(11\)00258-0?\\_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS136466131100258%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/trends/cognitive-sciences/abstract/S1364-6613(11)00258-0?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS136466131100258%3Fshowall%3Dtrue). Acesso em: 23 fev. 2024.

HEIDEGGER, T.; SAAL, D.; NUEBLING, M. Patient satisfaction with anaesthesia care: what is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction? **Best practice & research. Clinical anaesthesiology**, [Amsterdam], v. 20, p. 331-346, jun. 2006. DOI: 10.1016/j.bpa.2005.10.010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521689605000832?via%3Dihub>. Acesso em: 23 fev. 2024.

HEINZ, M. *et al.* Perfil dos usuários de uma unidade básica de saúde do meio-oeste catarinense. **Unoesc & Ciência - Acbs**, Joaçaba, v. 6, n. 2, p. 223-230, jul./dez., 2015. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/download/7919/pdf/31375>. Acesso em: 23 fev. 2024.

HESSE, C.; RAUSCHER, E. A. The Relationships Between Doctor-Patient Affectionate Communication and Patient Perceptions and Outcomes. **Health Communication**, [Londres], v. 34, n. 8, p. 881-891, fev. 2018. DOI: 10.1080/10410236.2018.1439269. PMID: 29461101. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10410236.2018.1439269>. Acesso em: 23 fev. 2024.

HJØRLAND, B. Semantics and knowledge organization. **Annual Review of Information Science and Technology**, [s.l.], v. 41, p. 367-405, 2007. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/aris.2007.1440410115>. Acesso em: 28 ago. 2018.

HJØRLAND, B. Information: objective or subjective/situational? **Journal of The American Society for Information Science and Technology**, [S.l.], v. 58, n. 10, p. 1448-1456, 2007.

HOJAT, M. *et al.* Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. **Academic Medicine**, [Filadelfia], v. 86, n. 3, p. 359-364, 2011. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1. Disponível em: [https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2011/03000/physicians\\_\\_empathy\\_and\\_clinical\\_outcomes\\_for.26.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2011/03000/physicians__empathy_and_clinical_outcomes_for.26.aspx). Acesso em: 23 fev. 2024.

HONAVAR, S. G. Patient-physician relationship - Communication is the key. **Indian Journal of Ophthalmology**, [Bombay], v. 66, n. 11, p. 1527-1528, nov. 2018. DOI: 10.4103/ijo.IJO\_1760\_18. PMID: 30355854. PMCID: PMC6213668. Disponível em: [https://journals.lww.com/ijo/fulltext/2018/66110/patient\\_physician\\_relationship\\_\\_\\_communication\\_is.1.aspx](https://journals.lww.com/ijo/fulltext/2018/66110/patient_physician_relationship___communication_is.1.aspx). Acesso em: 23 fev. 2024.

HOU, J.; SHIM, M. The role of provider-patient communication and trust in online sources in Internet use for health-related activities. **Journal of Health Communication**, [Washington-DC], v. 15, supl. 3, p. 186-199, 2010. DOI: 10.1080/10810730.2010.522691. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10810730.2010.522691>. Acesso em: 23 fev. 2024.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

JASPERS, K. **Il Medico nell'Età della Tecnica**. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1991.

KABA, R.; SOORIAKUMARAN, P. The evolution of the doctor-patient relationship. **International Journal of Surgery**, Londres, v. 5, n. 1, p. 57-65, fev. 2007. DOI: 10.1016/j.ijso.2006.01.005. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919106000094?via%3Dihub>. Acesso em: 23 fev. 2024.

KALLERGIS, G. The contribution of the relationship between therapist-patient and the context of the professional relationship. **Psichiatriki**, Atenas-GR, v. 30, n. 2, p. 165-174, abr./jun. 2019. DOI: 10.22365/jpsych.2019.302.165. Disponível em: [https://www.psichiatriki-journal.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1519&Itemid=1063&lang=en](https://www.psichiatriki-journal.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=1519&Itemid=1063&lang=en). Acesso em: 23 fev. 2024.

KANOV, J. M. *et al.* (2004). Compassion in Organizational Life. **American Behavioral Scientist**, [Princeton], v. 47, n. 6, p. 808-827, fev. 2004. DOI: 10.1177/000276420326021. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0002764203260211>. Acesso em: 23 fev. 2024.

KARA-JUNIOR, N. Medicina baseada em evidências. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 1, p. 5-6, 2014. DOI: 10.5935/0034-7280.20140001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbof/a/ZkwpDG73DJPkTvrQJXGjmr/>. Acesso em: 23 fev. 2024.

KARA-JUNIOR, N. O valor da análise crítica da literatura para a atualização médica continuada. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 3, p. 155-156, 2013. DOI: 10.1590/S0034-72802013000300001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbof/a/QKsXZtvhcYhsmtnQ3gv5sPn/?lang=pt#>. Acesso em: 23 fev. 2024.

KELLEY, J. M. *et al.* The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **PLoS One**, [San Francisco-CA], v. 9, e94207, 2014. DOI: 10.1371/journal.pone.0094207. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0094207>. Acesso em: 23 fev. 2024.

KELSO, J. A. S. **Dynamic patterns**: the self-organization of brain and behavior. Cambridge: MIT Press, 1995.

KHANAL, M. C. *et al.* Patient Satisfaction in Doctor Patient Communication in a Tertiary Care Hospital of Kathmandu: a descriptive cross-sectional study. **Journal of the Nepal Medical Association**, [Kathmandu], v. 59, n. 236, p. 317-321, abr. 2021. DOI: 10.31729/jnma.6289. PMID: 34508528. PMCID: PMC8369583. Disponível em: <http://www.jnma.com.np/jnma/index.php/jnma/article/view/6289>. Acesso em: 23 fev. 2024.

KISIL, M.; CHAVES, M. **Programa UNI**: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994. 140 p.

KITSON, A. L.; MUNTILINATHLIN, A.; CONROY, T. Anything but basic: nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs. **Journal of Nursing Scholarship**, [Indianapolis], v. 46, n. 5, p. 331-339, set. 2014. DOI: 10.1111/jnu.12081. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12081>. Acesso em: 23 fev. 2024.

KOOTSTRA, T. J. M. *et al.* Is Physician Empathy Associated With Differences in Pain and Functional Limitations After a Hand Surgeon Visit? **Clinical orthopaedics and related research**, [Filadelfia], v. 476, n. 4, p. 801-807, abr. 2018. DOI: 10.1007/s11999.0000000000000077. Disponível em: [https://journals.lww.com/clinorthop/fulltext/2018/04000/is\\_physician\\_empathy\\_associated\\_with\\_differences.31.aspx](https://journals.lww.com/clinorthop/fulltext/2018/04000/is_physician_empathy_associated_with_differences.31.aspx). Acesso em: 23 fev. 2024.

KOTTOW, M. Some thoughts on phenomenology and medicine. **Medicine, health care, and philosophy**, [Dordrecht], v. 20, n. 3, p. 405-412, 2017. DOI: 10.1007/s11019-017-9763-4. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-017-9763-4>. Acesso em: 23 fev. 2024.

KRZYNARIC, R. **O poder da empatia**: a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

KULKARNI, S; GRAGGABER, J. How to improve compliance to hypertension treatment. **e-Journal of Cardiology Practice**, [s.l.], v. 22, n. 6, mar. 2022. Disponível em: <https://www.escardio.org/Journals/E-Journal-of-Cardiology-Practice/Volume-22/how-to-improve-compliance-to-hypertension-treatment>. Acesso em: 23 fev. 2024.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. 209 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

LÉGARÉ, F. *et al.* Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], v. 7, n. 7, CD006732, jul. 2018. DOI: 10.1002/14651858.CD006732.pub4. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006732.pub4/full>. Acesso em: 23 fev. 2024.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 8, n. 3, p. 775- 782, 2003. DOI: 10.1590/S1413-81232003000300011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/d4kmGvjwkZHfJJ9B8nM4GrD/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 23 fev. 2024.

LENT, R. **Cem bilhões de neurônios**: conceitos fundamentais de neurociência. São Paulo: Atheneu, 2010.

LEYDESDORFF, L. The Communication of Meaning and the Structuration of Expectations: Giddens' "Structuration Theory" and Luhmann's "Self-Organization". **Journal Of The American Society For Information Science And Technology**, [Hoboken NJ], v. 61, n.10, p. 2138-2150, out. 2010. DOI: 10.1002/asi.21381. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/asi.21381>. Acesso em: 23 fev. 2024.

LIMA, A. B. M. (ed.). **Ensaio sobre a fenomenologia: Husserl, Heidegger e Merleau-Ponty**. Ilhéus: Editus, 2014.

LU, X. *et al.* Relationship between internet health information and patient compliance based on trust: empirical study. **Journal Of Medical Internet Research**, [Pittsburgh, PA], v. 20, e253, ago. 2018. DOI: 10.2196/jmir.9364. Disponível em: <https://www.jmir.org/2018/8/e253/>. Acesso em: 23 fev. 2024.

LUECKEN, L. J.; LEMERY, K. Early caregiving and adult physiological stress responses. **Clinical Psychology Review**, [Nova York], v. 24, p. 171–191, 2004. DOI: 10.1016/j.cpr.2004.01.003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735804000170?via%3Di> hub. Acesso em: 23 fev. 2024.

LUSTOSA, M. A.; ALCAIRES, J.; COSTA, J. C. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 27-49, dez. 2011. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 27 out. 2023.

MACHADO, C. A. Adesão ao tratamento – Tema cada vez mais atual. **Revista Brasileira de Hipertensão**, [s.l.], v.15, n. 4, p. 220-221, 2008. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-4/11-comunicacao-breve%20.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MACHLUP, F.; MANSFIELD, U. (ed.). **The study of information: Interdisciplinary messages**. Nova York, NY: Willey, 1983.

MACPHERSON, H. *et al.* Empathy, enablement, and outcome: an exploratory study on acupuncture patients' perceptions. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, Nova York, v. 9, n. 6, p. 869-876, dez. 2003. DOI: 10.1089/107555303771952226. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/107555303771952226>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MALIN, M.; HEMMINKI, E.; RÄIKKONEN, O. What do women want? Women's experiences of infertility treatment. **Social Science and Medicine**, [Oxford], v. 53, n. 1, p. 123-33, jul. 2001. DOI: 10.1016/s0277-9536(00)00317-8. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953600003178?via%3Di%3Dhub>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MALTA, M.; CARMO, E. D. A escuta ativa como condição de emergência da empatia no contexto do cuidado em saúde. **Atas de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 9, p. 41-51, jan./dez. 2020. Disponível em: <https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/download/2371/1611/8184>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MANGANARO, P. **A fenomenologia da relação: a pessoa humana de Edith Stein**. Curitiba: Juruá, 2016.

MANGIONE, S. *et al.* Assessment of empathy in different years of internal medicine training. **Medical Teacher**, [Londres], v. 24, n. 4, p. 370-3, jul. 2002. DOI: 10.1080/01421590220145725. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01421590220145725>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MANTOVANI, D. *et al.* Respostas emocionais e seu efeito sobre a satisfação dos usuários com a assistência médica. **RACE - Revista de Administração, Contabilidade e Economia**, Joaçaba, v. 13, n. 3, p. 1149-1178, set./dez. 2014. Disponível em: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/race>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MARTINS, A. Biopolitics: medical power and patient autonomy in a new conception of health. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 21-32, fev. 2004. DOI: 10.1590/S1414-32832004000100003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XvyfPqLMDFRdRjxQDj3DS6M/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MARTON, C.; WEI CHOO, C. A review of theoretical models of health information seeking on the web. **Journal of Documentation**, [Londres], v. 68, n. 3, p. 330-352, abr. 2012. DOI: 10.1108/00220411211225575. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/00220411211225575/full/html>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MELO, J. M.; MACEDO, S. T.; GRAÇA FILHO, J. Satisfação e lealdade dos clientes de clínicas médicas populares. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, [Belo Horizonte], v. 13, n. 2, 2016. DOI: 10.21450/rahis.v13i2.3371. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/67-81>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MENON, S. Medicine and law: comparative perspectives on professional conduct and discipline. **Annals Academy of Medicine**, Singapore, [2018?]. Disponível em: [http://www.annals.edu.sg/PDF/SundareshMenon/LectureCJMarch2018\\_2.pdf](http://www.annals.edu.sg/PDF/SundareshMenon/LectureCJMarch2018_2.pdf). Acesso em: 15 maio 2018.

MERCER, S. W. *et al.* General Practitioners' Empathy and Health Outcomes: a prospective observational study of consultations in areas of high and low deprivation. **Annals of Family Medicine**, [Leewood-KS], v. 14, n. 2, p. 117-124, mar. 2016. DOI: 10.1370/afm.1910. PMID: 26951586. PMCID: PMC4781514. Disponível em: <https://www.annfammed.org/content/14/2/117>.

MERCER, S. W.; REILLY, D.; WATT, G. C. M. The importance of empathy in the enablement of patients attending the Glasgow Homoeopathic Hospital. **British Journal of General Practice**, [Londres], v. 52, n. 484, p. 901-905, nov. 2002. Disponível em: <https://bjgp.org/content/52/484/901.long>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MERCIER, H.; SPERBER, D. Why do humans reason? Arguments for an argumentative theory. **Behavioral and Brain Sciences**, [Nova York], v. 34, n. 2, p. 57-111, 2011. DOI: 10.1017/S0140525X10000968. Disponível em: <https://hal.science/hal-00904097/document>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MERLEAU-PONTY, M. **O visível e o invisível**. São Paulo: Perspectiva, 2014.

MEZZICH, J. *et al.* Toward Person-Centered Medicine: from disease to patient to person. **Mount Sinai Journal of Medicine**, [Nova York], v. 77, n. 3, p. 304-306, maio/jun. 2010. DOI: 10.1002/msj.20187. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/msj.20187>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MILES, A. On a medicine of the whole person: away from scientific reductionism and towards the embrace of the complex in clinical practice. **Journal of Evaluation of Clinical Practice**, [Oxford], v. 15, n. 6, p. 941-949, dez. 2009. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2009.01354.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2753.2009.01354.x>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MINOSSI, J. G. Prevenção de conflitos médico legais no exercício da medicina. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, [Rio de Janeiro], v. 36, n. 1, p. 90-95, fev. 2009. DOI: 10.1590/S0100-69912009000100016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/dphXmXMMJkjqGQt4JkqYdTB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MINOSSI, J. G.; SILVA, A. L. Medicina defensiva: uma prática necessária? **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, [Rio de Janeiro], v. 40, n. 6, dez. 2013. DOI: 10.1590/S0100-69912013000600013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/76mch8K6Bvymmj3Cc5m5NCg/>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MONTAGUE, P. R. *et al.* Hyperscanning: simultaneous fMRI during linked social interactions. **Neuroimage**, [Orlando-FL], v. 16, n. 4, p. 1159-1164, ago. 2002. DOI: 10.1006/nimg.2002.1150. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S105381190291150X?via%3Dihub>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MONZILLO, E.; GRONOWICZ, G. New insights on therapeutic touch: a discussion of experimental methodology and design that resulted in significant effects on normal human cells and osteosarcoma. **Explore**, Nova York, v. 7, n. 1, p. 44-51, jan./fev. 2011. DOI: 10.1016/j.explore.2010.10.001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1550830710002168?via%3Dihub>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MORRISON, I.; BJORNSDOTTER, M.; OLAUSSON, H. Vicarious responses to social touch in posterior insular cortex are tuned to pleasant caressing speeds. **Journal of Neuroscience**, [Baltimore], v. 31, n. 26, p. 9554-9562, jun. 2011. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.0397-11.2011. Disponível em: <https://www.jneurosci.org/content/31/26/9554>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MOUSTAKAS, C. **Phenomenological research methods**. Thousands Oaks, CA: Sage, 1994.

MURRAY, E. *et al.* The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship: patient perceptions. **Archives of Internal Medicine**, [Chicago], v. 163, n. 14, p. 1727-1734, jul. 2003. DOI: 10.1001/archinte.163.14.1727. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/215906>. Acesso em: 23 fev. 2024.

NEFF, K. D. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. **Self and Identity**, [Washington-DC], v. 2, n. 2, p. 85-101, 2003. DOI: 10.1080/15298860309032. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2003-03727-001>. Acesso em: 23 fev. 2024.

NEMEROFF, C. B. Neurobiological consequences of childhood trauma. **Journal of Clinical Psychiatry**, [Memphis-TN], v. 65, supl. 1, p. 18-28, 2004. Disponível em: <https://www.psychiatrist.com/jcp/neurobiological-consequences-childhood-trauma/>. Acesso em: 23 fev. 2024.

OGLE, J.; BUSHNELL, J. A.; CAPUTI, P. Empathy is related to clinical competence in medical care. **Medical Education**, [Oxford], v. 47, n. 8, p. 824–831, ago. 2013. DOI: 10.1111/medu.12232. Disponível em: <https://asmepublications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/medu.12232>. Acesso em: 23 fev. 2024.

OKEN, B. S. Placebo effects: clinical aspects and neurobiology. **Brain: A Journal of Neurology**, [Oxford], v. 131, n. 11, p. 2812-2823, nov. 2008. DOI: 10.1093/brain/awn116. Disponível em: <https://academic.oup.com/brain/article/131/11/2812/367445>. Acesso em: 23 fev. 2024.

OLIVEIRA, M. M. M. B. **Avaliação de desfecho do tratamento para tuberculose em pacientes com HIV/AIDS**. 2005. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Centro de Ciências Sociais, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/7407>. Acesso em: 23 fev. 2024.

OLIVEIRA, V.; GOMES, W. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 3, p. 459-469, dez. 2004. DOI: 10.1590/S1413-294X2004000300008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/kCnPHK6PWvJ5Fzdr5CqZFsG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2024.

OLIVER, R. L. Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. **Journal of Consumer Research**, Chicago, v. 20, n. 3, p. 418-430, dez. 1993. DOI: 10.1086/209358. Disponível em: <https://academic.oup.com/jcr/article-abstract/20/3/418/1838986?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 23 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Adherence to long-term therapies: evidence for actions**. Geneva: World Health Organization, 2005. Disponível em:

PAIVA, R. A empatia na relação médico-paciente e seu potencial transformador- Revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF. *No prelo*.

PAIVA, R. Metodologias de Aprendizagem Ativa no Curso de Pós-Graduação Médica em Cirurgia Plástica do Instituto Ivo Pitanguy: uma proposta inovadora. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF. *No prelo*.

PAPATHANASSOGLU, E. D. E.; MPOUZIKA, M. D. Interpersonal touch: physiological effects in critical care. **Biological Research for Nursing**, [Thousand Oaks-CA], v. 14, n. 4, p. 431-443, out. 2012. DOI: 10.1177/1099800412451312. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1099800412451312>. Acesso em: 23 fev. 2024.

PELLEGRINI, C. A. Trust: The keystone of the patient-physician relationship. **Journal of the American College of Surgeons**, [Chicago], v. 224, n. 2, p. 95-102, fev. 2017. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.10.032. Disponível em:

[https://journals.lww.com/journalacs/citation/2017/02000/trust\\_\\_the\\_keystone\\_of\\_the\\_patient\\_physician.1.aspx](https://journals.lww.com/journalacs/citation/2017/02000/trust__the_keystone_of_the_patient_physician.1.aspx). Acesso em: 23 fev. 2024.

PENTEADO, J. R. W. **A técnica da comunicação humana**. São Paulo: Pioneira, 1993.

PEREIRA, A. G. D. O Dever de Esclarecimento e Responsabilidade Médica. *In*: GONZÁLEZ, J. M. M. **Responsabilidade civil dos médicos**. Coimbra: Coimbra Editora, 2005.

PEREIRA, A.; FARNESE, C. Efeito placebo, efeito ocebo e psicoterapia: correlações entre os seus fundamentos. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília-DF, v. 2, n. 1, p. 1-151, jan./jun. 2004. DOI: 10.5102/ucs.v2i1.524. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/download/524/345>. Acesso em: 23 fev. 2024.

PERESTRELLO, D. **A Medicina da Pessoa**. 4 ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu Editora, 1989.

PÉREZ GUTIÉRREZ, M. **El fenómeno de la información: una aproximación conceptual al flujo informativo**. Madrid: Trotta, 2000.

PETERS, J. D. Information: notes toward a critical history. **Journal of Communication Inquiry**, [s.l.], v. 12, n. 2, p. 9-23, 1988. Disponível em: <https://www.deepdyve.com/lp/sage/information-notes-toward-a-critical-history-Un4n6b1vsT?key=sage>. Acesso em: 23 fev. 2024.

PETTICREW, M.; ROBERTS, H. **Systematic reviews in the social sciences: a practical guide**. 1 ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2006.

PICELLI, A. *et al.* Influence of physician empathy on the outcome of botulinum toxin treatment for upper limb spasticity in patients with chronic stroke: a cohort study. **Journal of Rehabilitation Medicine**, [Stockholm-SW], v. 49, n. 5, p. 410-415, maio 2017. DOI: 10.2340/16501977-2231. Disponível em: <https://medicaljournalssweden.se/jrm/article/view/10386>. Acesso em: 23 fev. 2024.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2012.

POŽGAIN, I.; POŽGAIN, Z.; DEGMEČIĆ, D. Placebo and nocebo effect: a mini-review. **Psychiatria Danubina**, [Zagreb-CR], v. 26, n. 2, p. 100-107, jun. 2014. Disponível em: [http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocs/Images/pdf/dnb\\_vol26\\_no2/dnb\\_vol26\\_no2\\_100.pdf](http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocs/Images/pdf/dnb_vol26_no2/dnb_vol26_no2_100.pdf). Acesso em: 23 fev. 2024.

PRESNER, Todd. Digital Humanities 2.0: a report on knowledge. *In*: BAILAR, M. (org.). **Emerging disciplines: shaping new fields of scholarly inquiry in and beyond the Humanities**. Houston: Rice University, 2010. Disponível em: <http://cnx.org/content/m34246/1.1/>. Acesso em: 23 mai. 2019.

RABELLO, R. Information actions in science and technology: institutionalities, agencies and subjects. **Perspectivas em Ciências da Informação**, [Belo

Horizonte], v. 20, n. 4, p.129-148, out./dez. 2015. DOI: 10.1590/1981-5344/2483. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pci/a/Hjz5bCmBRkvhwY79dHGKHdp/?lang=en>. Acesso em: 23 fev. 2024.

RAJASOORYA, C. Credat emptor: the sacrosanct doctor-patient relationship. **Annals of the Academy of Medicine**, Singapore, v. 47, n. 8, p. 275-277, ago. 2018. Disponível em: <http://www.annals.edu.sg/pdf/47VolNo8Aug2018/V47N8p275.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2024.

RAKEL, D. *et al.* Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. **Patient Education and Counseling**, [Princeton-NJ], v. 85, n. 3, p. 390-397, dez. 2011. DOI: 10.1016/j.pec.2011.01.009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399111000218?via%3Di> hub. Acesso em: 23 fev. 2024.

RAKEL, D. P.; *et al.* Practitioner empathy and the duration of the common cold. **Family Medicine**, [Kansas], v. 41, n. 7, p. 494-501, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2720820/>. Acesso em: 23 fev. 2024.

RAMOS, A. P.; BORTAGARAI, F. M. A comunicação não-verbal na área da saúde. **Revista CEFAC**, [Santa Maria], v. 14, n. 1, p. 164-170, 2012. DOI: 10.1590/S1516-18462011005000067. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/tvhH9gHRSnzJVkR76pmn6VL/>. Acesso em: 12 nov. 2022.

RAPAPORT, M. H.; SCHETTLER, P.; BREESE, C. A preliminary study of the effects of a single session of Swedish massage on hypothalamic-pituitary-adrenal and immune function in normal individuals. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, [S.l.], v. 16, n. 10, p. 1079-1088, out. 2010. DOI: 10.1089/acm.2009.0634. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/acm.2009.0634>. Acesso em: 23 fev. 2024.

RIBEIRO JR., W. A. Aspectos reais e lendários da biografia de Hipócrates, o "pai da medicina". **Jornal Brasileiro de História da Medicina**, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 8-10, 2003. Disponível em: <https://warj.med.br/pdf/hipocrates.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2024.

RICHARDSON, M. J. *et al.* Rocking together: dynamics of intentional and unintentional interpersonal coordination. **Human Movement Science**, [Amsterdam-NE], v. 26, n. 6, p.867-891, dez. 2007. DOI: 10.1016/j.humov.2007.07.002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167945707000528?via%3Di> hub. Acesso em: 23 fev. 2024.

RIDD, M. *et al.* The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. **British Journal of General Practice**, [Londres], v. 59, n. 561, p. 116-133, abr. 2009. DOI: 10.3399/bjgp09X420248. Disponível em: <https://bjgp.org/content/59/561/e116>. Acesso em: 23 fev. 2024.

RINALDI, D. O acolhimento, a escuta e o cuidado: Algumas notas sobre o tratamento da loucura. **Em Pauta: Revista da Faculdade de Serviço Social da**

**UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 7-18, 2000. Disponível em: [http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/int-biblioteca/DRinaldi/Doris\\_Rinaldi\\_acolhimento\\_escuta\\_cuidado.pdf](http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/int-biblioteca/DRinaldi/Doris_Rinaldi_acolhimento_escuta_cuidado.pdf). Acesso em: 23 fev. 2024.

RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, [Maringá-PR], v. 8, n. 1, p. 13-22, jun. 2003. DOI: 10.1590/S1413-73722003000100003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/qtGrLmCP9kxQKxMmbCdPLHx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2024.

SÁNCHEZ ARRASTÍA, D.; CONTRERAS OLIVÉ, Y. La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. **Revista Cubana de Medicina Militar**, [Ciudad de la Habana], v. 43, n. 4, p. 528-533, out./dez. 2014. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572014000400011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000400011). Acesso em: 23 fev. 2024.

SANDKUHLER, J.; GRUBER-SCHOFFNEGGER, D. Hyperalgesia by synaptic long-term potentiation (LTP): an update. **Current Opinion in Pharmacology**, [Oxford], v. 12, n. 1, p. 18-27, fev. 2012. DOI: 10.1016/j.coph.2011.10.018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471489211002001?via%3Dihub>. Acesso em: 23 fev. 2024.

SAVOLAINEN, R. Emotions as motivators for information seeking: a conceptual analysis. **Library & Information Science Research**, [s.l.], v. 36, n. 1, p. 59–65, jan. 2014. DOI: 10.1016/j.lisr.2013.10.004. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/260441120\\_Emotions\\_as\\_motivators\\_for\\_information\\_seeking\\_A\\_conceptual\\_analysis](https://www.researchgate.net/publication/260441120_Emotions_as_motivators_for_information_seeking_A_conceptual_analysis). Acesso em: 23 fev. 2024.

SCHALKWIJK, F. A new conceptualization of the conscience. **Frontiers in Psychology**, [Pully-SW], v. 9, 1863, out. 2018. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01863. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2018.01863/full>. Acesso em: 23 fev. 2024.

SHELLES, S. A importância da linguagem não-verbal nas relações de liderança nas organizações. **Revista Esfera**, [S.l.], n. 1, jan./jun. 2008. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/267766699\\_A\\_importancia\\_da\\_linguagem\\_nao-verbal\\_nas\\_relacoes\\_de\\_lideranca\\_nas\\_organizacoes](https://www.researchgate.net/publication/267766699_A_importancia_da_linguagem_nao-verbal_nas_relacoes_de_lideranca_nas_organizacoes). Acesso em: 23 fev. 2024.

SCHESTATSKY, P. **Medicina do amanhã**: como a genética, o estilo de vida e a tecnologia podem juntos auxiliar na sua qualidade de vida. São Paulo: Editora Gente, 2020. 224p.

SCHIPPERS, M. B. *et al.* Mapping the information flow from one brain to another during gestural communication. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, [Washington-DC], v. 107, n. 20, p. 9388-9393, maio 2010. DOI: 10.1073/pnas.1001791107. Disponível em: <https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.1001791107>. Acesso em: 23 fev. 2024.

SCHORE, A. N. Relational trauma and the developing brain. An interface of psychoanalytic self psychology and neuroscience. **Annals of the New York Academy of Sciences**, [Nova York], v. 1159, p. 189-203, abr. 2009. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2009.04474.x. Disponível em: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-6632.2009.04474.x>. Acesso em: 23 fev. 2024.

SCHORE, A. N. The Interpersonal Neurobiology of Intersubjectivity. **Frontiers in Psychology**, [S.l.], v. 12, 648616, 2021. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.648616. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.648616/full>. Acesso em: 23 fev. 2024.

SCHORK, N. Personalized medicine: time for one-person trials. **Nature**, [Londres], v. 520, p. 609-611, 2015. DOI 10.1038/520609a. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/520609a>. Acesso em: 23 fev. 2024.

SCHUTZ, A. **Fenomenologia e relações sociais**: textos escolhidos de Alfred Schutz. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SHANNON, C.; WEAVER, W. **The mathematical theory of communication**. Urbana-IL: University of Illinois Press, 1972.

SHEPHERD, H. L.; TATTERSALL, M. H. N.; BUTOW, P. N. Physician-identified factors affecting patient participation in reaching treatment decisions. **Journal of Clinical Oncology**, [Nova York], v. 26, n. 10, p. 1724-1731, abr. 2008. DOI: 10.1200/JCO.2007.13.5566. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2007.13.5566>. Acesso em: 23 fev. 2024.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 3 ed. São Paulo: Loyola; 2002.

SINGER, T.; KLIMECKI, O. M. Empathy and compassion. **Current Biology**, [Londres], v. 24, n. 18, r875-r878, set. 2014. DOI: 10.1016/j.cub.2014.06.054. Disponível em: [https://www.cell.com/current-biology/fulltext/S0960-9822\(14\)00770-2?\\_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0960982214007702%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/current-biology/fulltext/S0960-9822(14)00770-2?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0960982214007702%3Fshowall%3Dtrue). Acesso em: 23 fev. 2024.

SOMMERHALDER, K. *et al.* Internet information and medical consultations: experiences from patients' and physicians' perspectives. **Patient Education And Counseling**, [Princeton-NJ], v. 77, n. 2, p. 266-271, nov. 2009. DOI: 10.1016/j.pec.2009.03.028. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399109001426?via%3Dlinkinghub>. Acesso em: 23 fev. 2024.

SOUZA, S.; SILVEIRA, L. (Re)Conhecendo a escuta como recurso terapêutico no cuidado à saúde da mulher. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, MS, v. 11, n. 1, p. 19-42, abr. 2019. DOI: 10.20435/pssa.v0i0.571. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2019000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000100002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 14 fev. 2024.

SPRECHER, S.; FEHR, B. Compassionate love for close others and humanity. **Journal of Social and Personal Relationships**, [s.l.], v. 22, n. 5, p. 629–651, 2005. DOI: 10.1177/0265407505056439. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0265407505056439>. Acesso em: 23 fev. 2024.

SQUIRE, L. R. *et al.* **Fundamental neuroscience**. 2 ed. New York: Academic Press, 2003.

STEINHAUSEN, S. *et al.* Short-and long-term subjective medical treatment outcome of trauma surgery patients: the importance of physician empathy. **Patient Preference and Adherence**, [Auckland-NZ], v. 8, p. 1239-1253, set. 2014. DOI: 10.2147/PPA.S62925. Disponível em: <https://www.dovepress.com/short--and-long-term-subjective-medical-treatment-outcome-of-trauma-su-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>. Acesso em: 23 fev. 2024.

STEVENS, C. D. Repeal and replace? a note of caution for medical school curriculum reformers. **Academic Medicine**, [Filadelfia], v. 93, n. 10, p. 1425-1427 out. 2018. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002219. Disponível em: [https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2018/10000/repeal\\_and\\_replace\\_a\\_note\\_of\\_caution\\_for\\_medical.11.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2018/10000/repeal_and_replace_a_note_of_caution_for_medical.11.aspx). Acesso em: 23 fev. 2024.

STEWART, Moira *et al.* **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. [Porto Alegre]: Artmed Editora, 2010.

STRAUSS, C., *et al.* What is compassion and how can we measure it? a review of definitions and measures. **Clinical Psychology Review**, [Nova York], v. 47, p. 15-27, jul. 2016. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.05.004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735816300216?via%3Dihub>. Acesso em: 23 fev. 2024.

STREET, J. R. *et al.* How does communication heal? pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. **Patient Education and Counseling**, [Princeton-NJ], v. 74, n. 3, p. 295–301, mar. 2009. DOI: 10.1016/j.pec.2013.05.004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399108006319?via%3Dihub>. Acesso em: 23 fev. 2024.

SUMBY, W. H.; POLLACK, I. Visual contribution to speech intelligibility in noise. **Journal of the Acoustical Society of America**, [Nova York], v. 26, p. 212-215, 1954. DOI: 10.1121/1.1907309. Disponível em: <https://pubs.aip.org/asa/jasa/article-abstract/26/2/212/598972/Visual-Contribution-to-Speech-Intelligibility-in?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 23 fev. 2024.

SVENAEUS, F. **Phenomenology and Medicine**. In: MARCUM, J. A. (ed.). *The Bloomsbury Companion to Contemporary Philosophy of Medicine*. [Londres]: Bloomsbury Publishing, 2017. p. 205-226

SVENAEUS, F. Illness as unhomelike being- in- the- world: Heidegger and the phenomenology of medicine. **Medicine, Health Care and Philosophy**, [Boston], v. 14, n. 3, p. 333-343, ago. 2011. DOI: 10.1007/s11019-010-9301-0. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-010-9301-0>. Acesso em: 23 fev. 2024.

TAN, S. S.; GOONAWARDENE, N. Internet Health Information Seeking and the Patient-Physician Relationship: a systematic review. **Journal of Medical Internet Research**, [Pittsburgh-CA], v. 19, n. 1, e9, jan. 2017. DOI: 10.2196/jmir.5729. Disponível em: <https://www.jmir.org/2017/1/e9/>. Acesso em: 23 fev. 2024.

TEIXEIRA, J. M. Efeito placebo. **International Journal of psychiatry in clinical practice-editorial**, [S.l.], jan. 2006. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/277147058\\_Efeito\\_placebo](https://www.researchgate.net/publication/277147058_Efeito_placebo). Acesso em: 23 fev. 2024.

THELLEFSEN, T.; THELLEFSEN, M. Emotion, information, and cognition, and some possible consequences for library and information science. **Journal of the American Society for Information Science and Technology**, [Nova York], v. 64, n. 8, p. 1735–1750, jun. 2013. DOI: 10.1002/asi.22858. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/asi.22858>. Acesso em: 23 fev. 2024.

THOM, D. Physician behaviors that predict patient trust. **The Journal of Family Practice**, [Parsippany-NJ], v. 50, n. 4, p. 323–328, abr. 2001. Disponível em: <https://www.mdedge.com/familymedicine/article/60513/physician-behaviors-predict-patient-trust>. Acesso em: 23 fev. 2024.

THOMAS, K. B. The consultation and the therapeutic illusion. **BMJ**, [Londres], . 1, n. 6123, p. 1327-1328, maio 1978. DOI: 10.1136/bmj.1.6123.1327. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/1/6123/1327>. Acesso em: 23 fev. 2024.

TONELLI, M. R.; SULLIVAN, M. D. Person-centred shared decision making. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, [Oxford], v. 25, n. 6, p. 1057-1062, dez. 2019. DOI: 10.1111/jep.13260. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.13260>. Acesso em: 23 fev. 2024.

TONGUE, J. R.; EPPS, H. R.; FORESE, L. L. Communication skills for patient centered care: research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients. **Journal of Bone & Joint Surgery**, [S.l.], v. 87, n. 3, p. 652-658, mar. 2005. Disponível em: <http://healthcarecomm.org/wp-content/uploads/2011/05/Tongue-2005-.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2024.

TOSTES, M. **(Des)encontro do médico com o paciente**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2014.

UVNAS-MOBERG, K.; PETERSSON, M. Oxytocin, a mediator of anti- stress, well-being, social interaction, growth and healing. **Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**, [Gottingen], v. 51, n. 1, p. 57-80, 2005. DOI: 10.13109/zptm.2005.51.1.57. Disponível em: <https://www.vr-elibrary.de/doi/10.13109/zptm.2005.51.1.57>. Acesso em: 23 fev. 2024.

VAN WEEL, C.; SCHELLEVIS, F. G. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. **Lancet**, [Londres], v. 367, n. 9510, p. 550-551, fev. 2006. DOI:

10.1016/S0140-6736(06)68198-1. Disponível em:  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68198-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68198-1/abstract). Acesso em: 23 fev. 2024.

VEGA-HURTADO, C. Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, [México-DF], v. 58, n. 2, p. 197-201, abr. 2020. DOI: 10.24875/RMIMSS.M20000017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457767703017/html/>. Acesso em: 23 fev. 2024.

VON ZUBEN, N. A. **Eu e Tu**: Martin Buber. São Paulo: Centauro, 2009.

WELCH, S. J. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. **American Journal of Medical Quality**, [Baltimore-MD], v. 25, p. 64-72, 2010. DOI: 10.1177/1062860609352536. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1062860609352536>. Acesso em: 23 fev. 2024.

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? **Social Science and Medicine**, [Oxford], v. 38, n. 4, p. 509-516, fev. 1994. DOI: 10.1016/0277-9536(94)90247-x. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369490247X?via%3Dihub>. Acesso em: 23 fev. 2024.

WOOLLEY, J. *et al.* Relationship-based care: implementing a caring, healing environment. **Medsurg Nursing**, [Pitman-NJ], v. 21, n. 3, p. 179-182, maio/jun. 2012. Disponível em: <https://eurekamag.com/research/055/471/055471605.php>. Acesso em: 23 fev. 2024.

ZAHAVI, D. **Phänomenologie für Einsteiger**. Paderborn: Wilhelm Fink, 2007.

ZHOU, P. L.; GRADY, S. C. Three modes of power operation: understanding doctor-patient conflicts in China's hospital therapeutic landscapes. **Health Place**, [Oxford], v. 42, p. 137-147, 2016. DOI: 10.1016/j.healthplace.2016.09.005. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1353829216302787?via%3Dihub>. Acesso em: 23 fev. 2024.

ZORZANELLI, R. Sobre os diagnósticos das doenças sem explicação médica. **Psicologia em Estudo**, [Maringá], v. 16, n. 1, p. 25-31, mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/jsTTfg7sbQ8gKX67MwqCnrk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2024.

ZUBIETA, J. K.; STOHLER, C. S. Neurobiological mechanisms of placebo responses. **Annals of the New York Academy of Sciences**, [Nova York], v. 1156, p. 198-210, mar. 2009. DOI:10.1111/j.1749-6632.2009.04424.x. Disponível em: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-6632.2009.04424.x>. Acesso em: 23 fev. 2024.

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DO MÉDICO



### ESTUDO DA INFORMAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

#### QUESTIONÁRIO - MÉDICO

NOME COMPLETO:

SEXO:( ) Masc ( ) Fem

IDADE: ( ) Menos de 25 ( ) 25 a 40 ( ) 41 a 60 ( ) 61 a 80 ( ) Mais de 80

**1- O quanto você foi atencioso com o paciente?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**2- O quanto você foi disponível para ouvir o paciente?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**3- O quanto o paciente se abriu com você?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**4- O quanto você compreendeu os problemas do paciente?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**5- O quanto você apoiou seu paciente?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**6- O quanto você se sentiu próximo ao paciente?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**7- O quanto o paciente sentiu que você se importa com ele?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**8- O quanto o paciente pareceu entender suas explicações e orientações?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**9- O quanto o paciente seguiu as orientações do tratamento?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**10- O quanto o paciente contribuiu nas decisões do tratamento?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**11- O quanto o paciente lhe pareceu satisfeito com a consulta?**

( ) nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**12- Como o paciente evoluiu com o tratamento?**

( ) Piorou ( ) Não melhorou ( ) Melhorou um pouco ( ) Melhorou muito ( ) Ficou curado

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DO PACIENTE



### ESTUDO DA INFORMAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

#### QUESTIONÁRIO - Paciente

NOME COMPLETO:

SEXO: ( ) Masc ( ) Fem

IDADE: ( ) Menos de 25 ( ) 25 a 40 ( ) 41 a 60 ( ) 61 a 80 ( ) Mais de 80

**1- O quanto o médico foi atencioso com você?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**2- O quanto o médico demonstrou estar disponível para ouvir você?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**3- O quanto você se abriu com o médico?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**4- O quanto o médico compreendeu os seus problemas?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**5- O quanto você se sentiu apoiado pelo médico?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**6- O quanto você sentiu o médico próximo a você?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**7- O quanto você sentiu que o médico se importa com você?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**8- O quanto você entendeu as explicações de orientações do médico?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**9- O quanto você seguiu as orientações do tratamento?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**10- O quanto você contribuiu nas decisões do tratamento?**

( ) Muito pouco ou nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito ou totalmente

**11- O quanto você ficou satisfeito com a consulta?**

( ) Nada ( ) Pouco ( ) Suficiente ( ) Muito

**12- Como você evoluiu com o tratamento?**

( ) Piorou ( ) Não melhorei ( ) Melhorei um pouco ( ) Melhorei muito ( ) Fiquei curado

**13-Quais aspectos você considera mais importantes na sua relação com o paciente? Por que ?**

---

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto de pesquisa:** Estudo da informação na Relação Médico-Paciente e seu potencial amplificador da efetividade do tratamento.

**Pesquisador Responsável:** Dra. Rita de Cássia Vianna de Azevedo Bueno de Paiva

**Nome :**

**Data nasc:**

Você está sendo convidado (a) para ser participante do Projeto de pesquisa intitulado “Estudo da informação na Relação Médico-Paciente e seu potencial amplificador da efetividade do tratamento”, de responsabilidade da pesquisadora Dra. Rita de Cássia Vianna de Azevedo Bueno de Paiva.

Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Caso se sinta esclarecido (a) sobre as informações que estão neste Termo e aceite fazer parte do estudo, peço que assine ao final deste documento, em duas vias, sendo uma via sua e a outra da pesquisadora responsável pela pesquisa. Saiba que você tem total direito de não querer participar.

1. Este trabalho tem por objetivo analisar de que maneira a comunicação entre o médico e o paciente e o tipo de relação estabelecida entre eles é capaz de influenciar no resultado do tratamento. Sabemos o quanto é importante o momento da consulta médica e como um diálogo com empatia, estabelecendo um laço de confiança nesta relação é fundamental para que o paciente possa de fato realizar o tratamento prescrito pelo médico. Sabemos o quanto uma consulta médica pode estar envolvida em sentimentos como apreensão, medo e angústia por parte do paciente e o quanto isso pode gerar falhas na compreensão sobre o que foi conversado, gerando erros de interpretação e falhas no tratamento. Acreditamos que para existir a construção de um elo nesta relação deve haver um comprometimento de ambas as partes. O médico deve empregar uma linguagem clara e acessível ao paciente em questão,

ter disponibilidade para ouvi-lo com interesse e atenção, se certificar de que se fez compreender buscando eventuais dúvidas sobre o que foi explicado e ser afetuoso. A partir deste encontro na consulta médica, queremos investigar a qualidade da relação formada entre o médico e o paciente e o quanto esta pode interferir no tratamento e na cura.

2. A participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário, no próprio local do atendimento, logo após a consulta de segunda vez com o paciente. O questionário será entregue por uma estagiária do Serviço de Assistência Social da Puc-Rio, que estará sempre usando máscara. A pesquisa será composta por 12 (doze) perguntas objetivas e 1 pergunta subjetiva. O questionário levará no máximo 10 (dez) minutos para ser preenchido e contará com auxílio para o esclarecimento de qualquer dúvida.

3. Os benefícios com a participação nesta pesquisa serão indiretos. Esse estudo pretende analisar os efeitos da relação médico-paciente e demonstrar que uma boa relação seria capaz de influenciar o tratamento e conseqüentemente a cura. Com isso, espera-se incentivar o empenho cada vez maior pela parte do médico em atender seu paciente com enfoque na atenção, na empatia e na construção de um laço de confiança.

4. Em virtude da atual pandemia pelo COVID-19 e pelo fato de a pesquisa ocorrer com o preenchimento de questionários na forma presencial, os participantes devem estar cientes dos riscos à saúde decorrentes desta interação pessoal. É importante esclarecer que foram adotadas medidas para a prevenção da transmissão do vírus tais como a obrigatoriedade do uso de máscaras e o distanciamento de 2,0 metros entre os participantes, minimizando os potenciais riscos e preservando a integridade dos integrantes da pesquisa.

5. Os participantes não terão nenhuma despesa ao participar da pesquisa e poderão retirar sua concordância na continuidade da pesquisa a qualquer momento.

6. O nome dos participantes será mantido em sigilo, assegurando assim a sua privacidade, e se desejarem terão livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que queiram saber antes, durante e depois da sua participação.

7. Os dados coletados serão utilizados para fins desta pesquisa e poderão ser publicados.

**Informações Adicionais:**

Qualquer dúvida, pedimos a gentileza de entrar em contato com a Dra. Rita de Cássia Vianna de Azevedo Bueno de Paiva, responsável pela pesquisa, telefone: 21-3596.7778, e-mail: [ritaazevedodepaiva@hotmail.com](mailto:ritaazevedodepaiva@hotmail.com).

Havendo necessidade, será possível, ainda, entrar em contato com o Comitê de Ética do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ, Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco, 255, 7º. Andar, Ala E, Cidade Universitária, Rio de Janeiro, RJ, ou pelo telefone 3938-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 16 horas, ou através do e-mail: [cep@hucff.ufrj.br](mailto:cep@hucff.ufrj.br).

*“O Comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado responsável pelo acompanhamento das ações deste projeto em relação a sua participação, a fim de proteger os direitos dos participantes desta pesquisa e prevenir eventuais riscos.”*

É garantida a sua liberdade de querer não participar da pesquisa ou de retirar o seu consentimento a qualquer momento, no caso da aceitação, sem qualquer prejuízo à continuidade do seu tratamento.

Você terá garantido o seu direito a buscar indenização por danos decorrentes da pesquisa (Resolução CNS nº 510 de 2016, artigo 18, § 2; Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3 e V.7; e Código Civil, Lei 10.406 de 2002, artigos 927 a 954, Capítulos I, "Da Obrigação de Indenizar", e II, "Da Indenização", Título IX, "Da Responsabilidade Civil").

As suas informações pessoais, oriundas da sua participação na pesquisa, serão utilizadas apenas para os fins propostos no protocolo da pesquisa.

---

Eu, \_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_  
declaro ter sido informado e concordo em ser participante do Projeto de pesquisa acima descrito e estou recebendo uma cópia deste termo devidamente assinado.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202

---

Assinatura do participante

---

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

**CONTATOS:**

**Pesquisador responsável:** Dra. Rita de Cássia Vianna de Azevedo Bueno de Paiva

CRM: 52-57654-3 - telefone: 21-3596-7778, e-mail: [ritaazevedodepaiva@hotmail.com](mailto:ritaazevedodepaiva@hotmail.com).

**Comitê de Ética em Pesquisa do CFCH** – Campus da UFRJ da Praia Vermelha – Prédio da Decania do CFCH, 3º andar, Sala 30 – telefone: 21- 3938-5167 – e-mail: [cep.cfch@gmail.com](mailto:cep.cfch@gmail.com)

## APÊNDICE D – TABELAS DESCRITIVAS COMPLETAS DAS VARIÁVEIS NUMÉRICAS NO SUBGRUPO COM ADESÕES ÓTIMA E NÃO-ÓTIMA

Tabela A1. Descritiva completa das variáveis numéricas no **subgrupo c/ adesão ótima**.

Variável	n	média	DP	mediana	IIQ	mínimo	máximo
Respostas convergentes (mesma direção)	65	11,3	1,3	12	11 - 12	6	12
Respostas divergentes (direção oposta)	65	0,58	1,2	0	0 - 1	0	6
Respostas coincidentes	65	7,0	3,5	7	4 - 10	0	12
Pontuação das respostas positivas P	65	21,5	3,4	23	21 - 24	8	24
Pontuação das respostas positivas M	65	18,8	4,2	19	16 - 23	10	24
Pontuação das respostas negativas P	65	0,32	1,0	0	0 - 0	0	6
Pontuação das respostas negativas M	65	0,34	0,9	0	0 - 0	0	4

DP: desvio padrão, IIQ: intervalo interquartilico (Q1 - Q3).

Fonte: A autora (2024).

Tabela A2. Descritiva completa das variáveis numéricas no **subgrupo c/ adesão não ótima**.

Variável	n	média	DP	mediana	IIQ	mínimo	máximo
Respostas convergentes (mesma direção)	35	11,0	1,6	12	11 - 12	5	12
Respostas divergentes (direção oposta)	35	1,00	1,6	0	0 - 1	0	7
Respostas coincidentes	35	6,3	3,0	7	4 - 9	0	12
Pontuação das respostas positivas P	35	17,4	4,0	19	14 - 20	9	24
Pontuação das respostas positivas M	35	19,1	4,0	19	16 - 23	12	24
Pontuação das respostas negativas P	35	0,74	1,4	0	0 - 1	0	6
Pontuação das respostas negativas M	35	0,37	0,9	0	0 - 0	0	3

DP: desvio padrão, IIQ: intervalo interquartilico (Q1 - Q3).

Fonte: A autora (2024).

## APÊNDICE E – TABELAS DESCRITIVAS COMPLETAS DAS VARIÁVEIS NUMÉRICAS NO SUBGRUPO COM MELHORA ÓTIMA

Tabela B1. Descritiva completa das variáveis numéricas no **subgrupo c/ melhora ótima**.

Variável	n	média	DP	mediana	IIQ	mínimo	máximo
Respostas convergentes (mesma direção)	59	11,4	1,4	<b>12</b>	<b>12 - 12</b>	5	12
Respostas divergentes (direção oposta)	59	0,53	1,3	<b>0</b>	<b>0 - 0</b>	0	7
Respostas coincidentes	59	7,5	3,2	<b>8</b>	<b>5 - 10</b>	1	12
Pontuação das respostas positivas P	59	21,6	3,2	<b>23</b>	<b>20 - 24</b>	10	24
Pontuação das respostas positivas M	59	19,5	3,6	<b>20</b>	<b>17 - 23</b>	12	24
Pontuação das respostas negativas P	59	0,24	1,0	<b>0</b>	<b>0 - 0</b>	0	6
Pontuação das respostas negativas M	59	0,32	0,8	<b>0</b>	<b>0 - 0</b>	0	4

DP: desvio padrão, IIQ: intervalo interquartilico (Q1 - Q3).

Fonte: A autora (2024).

Tabela B2. Descritiva completa das variáveis numéricas no **subgrupo c/ melhora não ótima**

Variável	n	média	DP	mediana	IIQ	mínimo	máximo
Respostas convergentes (mesma direção)	41	11,0	1,4	<b>11</b>	<b>11 - 12</b>	6	12
Respostas divergentes (direção oposta)	41	1,02	1,4	<b>1</b>	<b>0 - 1</b>	0	6
Respostas coincidentes	41	5,8	3,3	<b>5</b>	<b>4 - 9</b>	0	12
Pontuação das respostas positivas P	41	17,8	4,3	<b>19</b>	<b>14 - 21</b>	8	24
Pontuação das respostas positivas M	41	17,9	4,7	<b>17</b>	<b>14 - 24</b>	10	24
Pontuação das respostas negativas P	41	0,80	1,3	<b>0</b>	<b>0 - 1</b>	0	6
Pontuação das respostas negativas M	41	0,39	0,9	<b>0</b>	<b>0 - 0</b>	0	4

DP: desvio padrão, IIQ: intervalo interquartilico (Q1 - Q3).

Fonte: A autora (2024).

## APÊNDICE F – TABELA DESCRITIVA COMPLETA DAS VARIÁVEIS NUMÉRICAS NA AMOSTRA TOTAL

Tabela C. Descritiva completa das variáveis numéricas na **amostra total**.

Variável	n	média	DP	mediana	IIQ	mínimo	máximo
Respostas convergentes (mesma direção)	100	11,2	1,4	<b>12</b>	<b>11 - 12</b>	5	12
Respostas divergentes (direção oposta)	100	0,73	1,4	<b>0</b>	<b>0 - 1</b>	0	7
Respostas coincidentes	100	6,8	3,3	<b>7</b>	<b>4 - 10</b>	0	12
Pontuação das respostas positivas P	100	20,1	4,1	<b>21</b>	<b>18 - 24</b>	8	24
Pontuação das respostas positivas M	100	18,9	4,1	<b>19</b>	<b>16 - 23</b>	10	24
Pontuação das respostas negativas P	100	0,47	1,1	<b>0</b>	<b>0 - 0</b>	0	6
Pontuação das respostas negativas M	100	0,35	0,9	<b>0</b>	<b>0 - 0</b>	0	4

DP: desvio padrão, IIQ: intervalo interquartilico (Q1 - Q3).

Fonte: A autora (2024).

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

UFRJ – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / HUCFF- UFRJ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Estudo da informação na Relação Médico-Paciente e seu potencial amplificador da

efetividade do tratamento

**Pesquisador:** RITA DE CASSIA VIANNA DE AZEVEDO BUENO DE PAIVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 50451421.1.0000.5257

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.074.599 **Apresentação do Projeto:**

Protocolo 201-21. Respostas recebidas em 28/09/2021.

As informações colocadas nos campos denominados “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram retiradas do arquivo intitulado “PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO Avaliação da frequência e dos fatores de risco para neoplasia colorretal na acromegalia 1793493.pdf”, postado em 28/09/2021

**Introdução:**

A relação médico-paciente no final do século XIX, início do século XX o médico era considerado uma figura onisciente e inquestionável; sua presença era marcada pela amizade e confiança, sendo conselheiro e médico das famílias (BEIER, 2010). Essa relação era tradicionalmente paternalista, na qual o doente sempre se curava à vontade do médico, sem autonomia de nstituir; com o advento de novos conceitos como o direito a nstituições, ou seja, a capacidade e a autonomia para decidir suas vidas, estabeleceu-se um novo modelo conceitual. Com o desenvolvimento de novas tecnologias associado ao crescimento e maior acesso ao ensino médico e à informação, a relação

**Endereço:** Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco No255, 7º andar, Ala E

**Bairro:** Cidade Universitária **UF:** RJ **Município:** **Telefone:** (21)3938-2480

**CEP:** 21.941-913  
**Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

RIO DE JANEIRO

Página 01 de 16

## UFRJ – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / HUCFF- UFRJ



Continuação do Parecer: 5.074.599

médico-paciente (RMP), antes centrada na figura daquele que detinha todo o conhecimento e verdade, o médico, aos poucos se transformou em uma relação onde prepondera o dever e o direito à informação ao paciente. Se antes o poder de decisão era focado unicamente no médico, hoje o paciente informado compartilha das escolhas possíveis sendo parte do processo decisório (BERGSTEIN, 2013). Baseando-se na tecnologia da informação, nada mais existe a ser desvendado para além das fronteiras digitais. A transparência e controle de informação atingiu tal ponto que nada se pode esconder, não há verdades ocultas que não sejam expostas. O desenvolvimento tecnológico que tem proporcionado o aumento da precisão de diagnósticos e tratamentos, ao mesmo tempo tem estabelecido uma distância maior na relação médico-paciente, substituindo as ferramentas mais importantes neste âmbito. Ao invés de uma anamnese minuciosa e íntima através de um diálogo franco, exames complementares de alta resolução substituem e encurtam o tempo da consulta, reduzindo a proximidade e a empatia, fundamentais para o sucesso terapêutico (MANGIONE, 2002). O acesso universal à informação, em particular na área científica da saúde, tem proporcionado ao público leigo o contato com dados sobre doenças, tratamentos e uma infinidade de descrições nem sempre fidedignas. O desconhecimento técnico por parte dos pacientes com acesso a essas informações tem gerado uma série de desconfiças e descontentamentos bilaterais nesta relação. Os médicos deixaram de ser os únicos detentores do saber e passaram a precisar dividir e discutir suas condutas para obter a anuência de pacientes cada vez mais informados. Estas informações adquiridas pelos pacientes devem ser consideradas pelos médicos, porém, os pacientes por sua vez precisam considerar que o médico, além da informação, tem a formação, ou seja, a habilidade de aplicar a informação (CABRAL, 2010) e compreender suas implicações em fazê-lo. A informação fornecida pelo médico ao paciente deve ser clara e acessível, em termos de fácil compreensão e adaptada às suas condições nstituição, intelectual e cultural. A intenção do médico deve estar baseada não apenas em informar o paciente, mas fazer com que ele seja capaz de tomar decisões, fornecendo os dados mais relevantes da sua doença, informações que expliquem as causas dos sintomas, a avaliação da necessidade e dos resultados dos métodos e procedimentos e o manejo adequado e competente dos possíveis maus e bons resultados advindos do tratamento. Cada paciente tem diferentes necessidades de informação, como consequência de suas peculiaridades. As nuances contidas em cada informação, enriquecidas pela interpretação de quem a recebe, abre uma ampla

**Endereço:** Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco No255º 7o andar, Ala E

**Bairro:** Cidade Universitária **UF:** RJ **Município:** **Telefone:** (21)3938-2480

**CEP:** 21.941-913  
**Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

RIO DE JANEIRO

## UF–J - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / HUCFF- UFRJ



Continuação do Parecer: 5.074.599

margem de possibilidades. O médico deve ser capaz de observar que, em alguns casos, inclusive, a informação deverá ser comunicada de forma gradual, onde pesará a sensibilidade do médico em perceber que sua transmissão direta e completa poderá incorrer em prejuízo do quadro clínico do paciente (PEREIRA, 2005). A consulta médica é um processo complexo, abrangendo diversos fatores; dentre eles o tempo de duração, a atenção dirigida pelo médico, a linguagem empregada, a disponibilidade para ouvir, a empatia. A relação médico-paciente durante a consulta se constitui, na maior parte das vezes, por um diálogo marcado pela constatação de sinais, sintomas e dados advindos dos resultados de exames, marcada pelo binômio 'queixa-conduta' em que não são valorizadas as características psicossociais, culturais e familiares dos pacientes, mas se apoiando apenas com base na queixa principal, como direcionador do tratamento, estabelecendo em decorrência práticas por vezes repetitivas e não considerando as singularidades de cada indivíduo, por vezes manifestas de modo subliminar na relação medico-paciente (ZORZANELLI, 2011). De uma forma geral, as consultas são marcadas por uma prática comportamental e atitudinal automatizada e orientada pela busca do diagnóstico, caracterizando como componente-chave o reconhecimento imediato de sinais e sintomas, seus padrões mais típicos e não a apreensão do paciente em sua totalidade e singularidade (CAMARGO JR., 2003). A crença de que a resolução do problema do paciente se dará por um correto diagnóstico seguido de um tratamento efetivo, direcionam o médico para dois grandes alvos: o diagnóstico e o tratamento. O atendimento segue um "ritual", em que o paciente é questionado, examinado, diagnosticado e, por fim, tratado (ACIOLE, 2006; ZORZANELLI); A formação médica é um fenômeno bastante estudado e foram detectadas diversas falhas nesse processo, demonstrada por diversos autores (CAPRARA & FRANCO, 1999; COSTA & AZEVEDO, 2010; FERNANDES, 1993; COELHO FILHO, 2007). O modelo biomédico enseja a atuação médica meramente nos corpo físico, desprezando por via de regra os aspectos psicológicos e sociais, minorizando o ser e reduzindo-o apenas às características objetivas do corpo. A concepção de corpo e mente como entidades separadas, que fundamenta esse modelo, pode ser observada também no olhar do paciente, que deseja saber seu diagnóstico orgânico e demanda os melhores métodos diagnósticos para descobri-lo e tratá-lo. Os cursos de medicina carecem de atenção ao desenvolvimento de competências que melhor preparem os estudantes ao atendimento integral da pessoa, e a valorização da formação de valores e atitudes que deveriam ser inerentes àqueles que

**Endereço:** Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco°No255, 7o andar, Ala E

**Bairro:** Cidade Universitária **UF:** RJ **Município:** **Telefone:** (21)3938-2480

**CEP:** 21.941-913

**Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

RIO DE JANEIRO

## UFRJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / HUCFF- UFRJ



Continuação do Parecer: 5.074.599

lidam com a saúde: empatia, atenção, disponibilidade entre outras (Rodrigues, 2003) assim como o preparo deste futuro profissional para lidar com o sofrimento, a dor e a morte (ARAGAKI & SPINK, 2009). Cabe ressaltar a importância do ensino relação médico-paciente, instrumento valioso para que a medicina restitua missão de tratar doentes e não apenas doenças (COELHO FILHO, 2007). As relações humanas, para serem estabelecidas e desenvolvidas, requerem um esforço de comunicação contínuo, emergindo desse processo a possibilidade de compartilhamento de idéias e experiências em um plano interpessoal. A fim de que o intercâmbio de significados seja estabelecido, esta comunicação requer um comprometimento, dos dois lados da relação; tanto dos pacientes, que oferecem pistas ou informações acerca de seus estados internos (mentais e afetivos) quanto dos médicos que as captam, envolvendo para esse processo habilidades cognitivas e afetivas específicas. O processo de comunicação pressupõe o envolvimento de parceiros, o compartilhamento de significados, e a natureza simbólica, estando intimamente relacionado às trocas intersubjetivas (PENTEADO, 1993). O conceito de intersubjetividade tem sido descrito por alguns autores, significando o envolvimento de comportamentos de atenção conjunta (sujeito-sujeito- objeto) e a compreensão da comunicação através de representações que possibilitam inferências sobre as crenças, sentimentos e intenções do outro (GOPNIK, 1993). A relação interpessoal é construída de forma contínua, através de um conjunto de linguagens e interpretações. O conjunto de conceitos e valores em comum irão estabelecer elos entre aqueles que partilharam alguma vivência em comum (Merleau-Ponty, 1999, 2014). É imperativo o enfoque na formação médica mais humanizada, que aborde os aspectos psicológicos e interacionais e possibilite vivenciar experiências conjugando a subjetividade humana com a objetividade de suas práticas, auxiliando esse futuro profissional a cuidar mais adequada e completamente de seus pacientes e também de si próprio. A informação A informação tem sido caracterizada como um padrão de comunicação entre fonte e receptor e a probabilidade de uma mensagem ser transmitida por um canal de comunicação (CAPURRO, 2007). A princípio informar significava moldar algo; posteriormente esse significado foi ampliado passando a significar também relatar alguma coisa. A informação foi então acomodada na filosofia empirista porque parecia descrever os mecanismos da sensação e cada vez menos a organização interna ou formação, mas a essência fragmentária, flutuante, casual do sentido. Sob a tutela do empirismo, a informação gradualmente moveu-se da estrutura para a essência, da forma para a substância, da ordem intelectual para os

**Endereço:** Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco No255, 7o andar, Ala E

**Bairro:** Cidade Universitária **UF:** RJ **Município:** **Telefone:** (21)3938-2480

**CEP:** 21.941-913

**Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

RIO DE JANEIRO

Página 04 –e 16

**UFRJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA  
FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO /  
HUCFF- UFRJ**



Continuação do Parecer: 5.074.599

impulsos sensoriais (PETERS, 1988). Buckland (1991) em sua definição de informação como processo, descreve que, ao receber uma informação, o receptor processa, manipula e organiza dados modificando aquilo que conhece. Parece não haver uma teoria singular para informação que abranja todas as definições. O conceito de informação ainda segue em discussão, avaliando a necessidade de existir um sistema de interpretação, humano ou não, remetendo ao processo de conhecimento, ou se seria possível extinguir o estado consciente e intencional do usuário (PÉREZ GUTIÉRREZ, 2000). Machlup (1983) defende o conceito de que informação seria dirigida para mentes humanas e recebida por mentes humanas, sendo, portanto, um fenômeno humano. Nesse mesmo sentido, Capurro (1986) também define informação como um fenômeno de mensagens humanas. A informação humana vem agregada de valores sócio-culturais e científicos e pode ser definida, organizada e relatada em diferentes domínios de conhecimento, dependendo da bagagem subjetiva do receptor. Os mecanismos interpretativos, assim como os contextos e mídias diversas, são partes integrantes dos processos de informação e capazes de modificá-la em seu sentido original (CAPURRO, 2007). Shannon (1972) em seu modelo de comunicação, estabelece a relação entre informação e incerteza, onde a transmissão de uma mensagem dependeria de escolhas possíveis, gerando incerteza. A informação quase sempre envolve algum ruído e, portanto, exige seleção e análise dos seus elementos constituintes. A informação pode se distanciar do significado, sendo passível de interferências de deslocamento de sentido. Conforme concepção ampliada de Capurro (2007), a compreensão deste conceito passa a ser descrita como a diferença entre oferta de significado e escolha; já a comunicação seria a combinação de oferta de significados, informação e compreensão. Segundo Dretske (1981), a informação é sempre dependente do nível de conhecimento prévio de quem a recebe, se relacionando com contextos e limites. Já a teoria semântica da situação discorre que o conteúdo informacional não seria dependente do conhecimento do receptor, mas sobretudo dos aspectos situacionais. Esta teoria aborda a concepção de que um mesmo sinal poderia gerar diferentes informações dependendo da situação na qual se insere. A informação não seria algo igual para quem emite e quem recebe, mas sim algo edificado dinamicamente através do processo de comunicação (CAPURRO, 2007); a percepção ocupa espaço de grande importância neste processo. Existe uma relação de influência contínua na percepção pelo ambiente que nos cerca, pelas pessoas e por nós mesmos. Segundo Merleau-Ponty (1999, 2014), é a partir desta influência recíproca que são construídos os

**Endereço:** Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco No255, 7o andar, Ala E

**Bairro:** Cidade Universitária **UF:** RJ **Município:** **Telefone:** (21)3938-2480

**CEP:** 21.941-913

**Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

RIO DE JANEIRO

Página 05 –e 16

**UFRJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA  
FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO /  
HUCFF- UFRJ**



Continuação do Parecer: 5.074.599

significados. A percepção ocorre em um campo perceptivo, como resultado da relação recíproca entre nós e os objetos e o ambiente a nossa volta (CHAUI, 2005). Os sentidos estão estreitamente relacionados com a percepção, sendo os sistemas sensoriais responsáveis pela fase inicial e analítica. A informação atinge os órgãos sensoriais de forma íntegra, sendo então decomposta e subsequentemente analisada; conseqüentemente são geradas percepções globais, possivelmente por mecanismos com propriedade sintetizadora capazes de produzir sentido à informação

apresentada (Kelso, 1995). Estamos contemporaneamente na era da sociedade da informação, na qual o acesso se encontra bastante amplificado, onde a informação seria parte isolada de um todo que quando disposta em conjunto dentro de um contexto passa a agregar significados construindo um conhecimento. Neste conceito semântico de informação, esta é conceituada entre dado e conhecimento (GUNDRY, 2001). A informação seria resultado da relação entre a fonte emissora, o sinal, o mecanismo de liberação e a reação. Devemos prestar atenção nas engrenagens subjetivas deste processo que abrange a discriminação, seleção ou interpretação da informação; assim sendo justifica-se o estudo da informação numa abordagem interdisciplinar, no âmbito da Ciência da Informação (CAPURRO, 1996). Conforme as considerações tecidas, a seguir será apresentada a questão de pesquisa, as perspectivas norteadoras, as hipóteses do presente estudo bem como seus objetivos. A questão que se pretende desenvolver é referente à seguinte reflexão: Qual seria o grau de importância da qualidade da relação médico-paciente sobre o tratamento e a evolução da doença? Na condução para responder esta questão são alinhadas algumas perspectivas norteadoras, a seguir: Perspectiva norteadora – a primeira - De acordo com os conceitos discorridos observamos a importância dos mecanismos de transmissão e também de recepção envolvidos no processamento da informação. Quando transferimos essa abordagem para a área médica, onde a emoção é um dos componentes de maior relevância, os aspectos situacionais afetam os mecanismos interpretativos dando vazão a muitos erros de comunicação. Perspectiva norteadora – a segunda - Compreender a relação médico-paciente, parte inicial do processo terapêutico e onde se estabelece o elo capaz de promover a confiança e segurança para a adesão ao tratamento. Projetar de que maneira a lapidação do processo informacional pode aprimorar esta relação e conseqüentemente influenciar no resultado do tratamento. Perspectiva norteadora – a terceira - Analisar os diferentes prismas de percepção na relação médico - paciente e o grau de influência desta percepção sobre o resultado do tratamento. Teria a percepção favorável do

**Endereço:** Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco No255, 7o andar, Ala E

**Bairro:** Cidade Universitária **UF:** RJ **Município:** **Telefone:** (21)3938-2480

**CEP:** 21.941-913

**Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

RIO DE JANEIRO

Página 06 – e 16

## UFRJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / HUCFF- UFRJ



Continuação do Parecer: 5.074.599

paciente sobre esta relação influência positiva no tratamento? Teriam médicos e pacientes sempre consonância na percepção a respeito desta relação? E em caso de dissonância, teria esta dissonância influência negativa no resultado do tratamento? Em decorrência deste questionamento são levantadas duas hipóteses:

**Hipótese:**

A hipótese principal é que, sendo a percepção a tradução do sujeito em relação ao que este percebe de sua interação com o outro, essa percepção influencia a própria relação e a evolução clínica, fruto da relação. A hipótese secundária é que é possível que haja certo grau de dissonância (incongruência) nas percepções e essa dissonância possa gerar efeito negativo na evolução clínica.

**Metodologia Proposta:**

A presente pesquisa adotou as abordagens quantitativa e qualitativa para conduzir e testar suas

hipóteses. Os dois métodos, sendo de naturezas diferentes, foram empregados de forma complementar. As diferenças entre esses métodos contribuem para uma combinação maior de achados. Cada abordagem metodológica apresenta peculiaridades que permitem ao pesquisador analisar aspectos diferentes das questões estudadas. Os resultados da análise quantitativa podem, por exemplo, gerar respostas que serão aprofundadas e melhor compreendidas na análise qualitativa. Através desta combinação de métodos se buscará alcançar uma maior compreensão sobre o tema estudado (BRUGEMANN, 2008). A abordagem quantitativa será aplicada através de questionários para conduzir levantamento de dados no formato de enquete (survey), constituída por questões objetivas de múltipla escolha, com escala de valores gradativos (escala de Likert) e serão submetidos à análise estatística. A escala de Likert, idealizada pelo cientista social Rensis Likert, se caracteriza por ser um instrumento bastante confiável na mensuração de opiniões, comportamentos ou percepções (HULLEY, 2003). Ao invés de perguntas binárias com somente duas opções de respostas, esta escala contempla uma amplitude maior de possibilidades de respostas, descrevendo com mais profundidade um tema específico e a opinião das pessoas a seu respeito. Likert definiu a escala bidimensional sendo constituída normalmente de cinco níveis de respostas e apresentando um ponto neutro no meio. Um exemplo de formato típico desta escala seria o seguinte: 1. Concordo totalmente; 2. Concordo parcialmente; 3. Indiferente; 4. Discordo parcialmente; 5. Discordo totalmente. A escala de Likert tem como pressupostos básicas a sensibilidade, a validade e a confiabilidade (CUMMINS e GULLONE, 2000). O segundo e

**Endereço:** Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco No255, 7o andar, Ala E

**Bairro:** Cidade Universitária **UF:** RJ **Município:** **Telefone:** (21)3938-2480

**CEP:** 21.941-913

**Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

RIO DE JANEIRO

Página 07 – e 16

## UFRJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / HUCFF- UFRJ



Continuação do Parecer: 5.074.599

concomitante método empregado na realização deste estudo situa-se em uma perspectiva fenomenológica de pesquisa qualitativa, cujo objetivo será capturar a essência da experiência vivenciada por médicos e pacientes durante a consulta médica sob diferentes ângulos (do paciente, do médico e na intersubjetividade) e a potencial capacidade dessa experiência interferir no resultado do tratamento. Através desta abordagem metodológica, o presente estudo pretende verificar a qualidade das informações obtidas mediante as características subjetivas das respostas. Não serão realizadas entrevistas, sendo a abordagem qualitativa empregada através da análise temática do discurso contido nas respostas abertas do questionário. A população estudada será formada por médicos e pacientes, maiores de 18 anos, oriundos de uma policlínica privada da Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, composta por diferentes especialidades médicas. A amostra será construída por conveniência. Para alcançar o objetivo do presente estudo, serão aplicados questionários a médicos e pacientes oriundos de uma mesma consulta médica, imediatamente após o término da mesma. Este questionário será composto por nove questões objetivas de múltipla escolha dispostas em uma escala de valores do tipo Likert e trarão três perguntas abertas para a possibilidade de expansão do relato para comentários finais. Variáveis analisadas: -Duração da consulta - Classificação da doença -Atenção -Comunicação -Afetividade -Empatia -Conectividade - Confiança - Satisfação -Adesão ao tratamento. Em um segundo momento será realizada a aplicação de outro

questionário exclusivamente desenhado para o paciente, imediatamente após sua consulta de retorno, no prazo de 7 a 30 dias aproximadamente após a primeira consulta. Neste instrumento será avaliado o resultado do tratamento instituído ao paciente.

**Critério de Inclusão:**

Não se aplica

**Critério de Exclusão:**

São critério de exclusão pacientes menores de dezoito anos, portadores de qualquer condição de saúde aguda ou crônica que limite a capacidade do paciente para participar do estudo, recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Baseando-se nas hipóteses levantadas, esta pesquisa tem como objetivo geral

**Endereço:** Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco No255, 7o andar, Ala E

**Bairro:** Cidade Universitária **UF:** RJ **Município:** **Telefone:** (21)3938-2480

**CEP:** 21.941-913

**Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

RIO DE JANEIRO

Página -8 de 16

## **UFRJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / HUCFF- UFRJ**



Continuação do Parecer: 5.074.599

estudar o processo e as diferentes dimensões da informação e da comunicação na relação médico-paciente e seu potencial de interferir no resultado de tratamento.

**Objetivo Secundário:** Para atingí-lo foram desenhados os seguintes objetivos específicos:-

Caracterizar a percepção do paciente sobre a RMP, tendo como referência as informações recebidas na consulta médica realizada;- Caracterizar como esta percepção do paciente pode influenciar na adesão ao tratamento e afetar sua respectiva efetividade;- Comparar as percepções do médico e do paciente sobre a RMP tendo como referência a mesma consulta médica realizada e o processo de intersubjetividade (INTERSUBJETIVIDADE); - Analisar a possibilidade de influência negativa da RMP dissonante informacionalmente sobre o resultado do tratamento.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo a Pesquisadora:

**Riscos:** Em virtude da atual pandemia pelo COVID-19 e pelo fato de a pesquisa ocorrer com o preenchimento de questionários na forma presencial, os participantes devem estar cientes dos riscos à saúde decorrentes desta interação pessoal. É importante esclarecer que foram adotadas medidas para a prevenção da transmissão do vírus tais como a obrigatoriedade do uso de máscaras e o distanciamento de 2,0 metros entre os participantes, minimizando os potenciais riscos e preservando a integridade dos integrantes da pesquisa

**Benefícios:** Os benefícios com a participação nesta pesquisa serão indiretos. Esse estudo pretende analisar os efeitos da relação médico-paciente e demonstrar que uma boa relação seria capaz de

influenciar o tratamento e conseqüentemente a cura. Com isso, espera-se incentivar o empenho cada vez maior pela parte do médico em atender seu paciente com enfoque na atenção, na empatia e na construção de um laço de confiança.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma resposta ao parecer CEP no 4.975.039, datado em 14 de setembro de 2021.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação igatória:**

2. 1. São esperados 60 participantes de pesquisa no Brasil, como consta no arquivo intitulado "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1793493.pdf", postado em 04/08/2021.

**Endereço:** Rua Prof. Rodolpho Paulo°Rocco No255, 7o andar, Ala E

**Bairro:** Cidade Universitária **UF:** RJ **Município:** **Telefone:** (21)3938-2480

**CEP:** 21.941-913

**Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

RIO DE JANEIRO

Página --9 de 16

## **UFRJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / HUCFF- UFRJ**



Continuação do Parecer: 5.07nstit2. Não haverá armazenamento de material biológico, como consta no arquivo intitulado "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1793493.pdf", postado em 04/08/2021.

3. A duração do estudo se estenderá até novembro de 2021, como consta no arqu"vo intitulado "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1793493.pdf", postado em 04/08/2021.

4. O Orçamento se encontra no arqu"vo intitulado "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1793493.pdf", postado em 04/08/2021.

5. Os links para os currículos dos pesquisadores se encontram no arquivo intitulado "Doc\_2\_Curriculo\_autores.docx", postado em 10/11/2020.

#### **Recomendações:**

Conferir item "Conclusões ou Pendências e Listas de Inadequações".

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

1. Quanto à Folha de Rosto (arquivo intitulado "folha\_de\_rosto.pdf", postado em 04/08/2021):

1.1. A Resolução CNS N° 466 de 2012, item II.11, estabelece patrocinador como "pessoa física ou jurídica, pública ou privada que apoia a pesquisa, mediante ações de financiamento, infraestrutura,

recursos humanos ou apoio institucional”. A definição do patrocinador do estudo é manifesta na Folha de Rosto, no campo “Patrocinador Principal”. O pesquisador deverá indicar, nesse campo, a instituição, o órgão, a agência ou a empresa que proverá os recursos financeiros para a pesquisa. No caso de o pesquisador não ter recursos próprios para a pesquisa e a Instituição Proponente não fornecer aporte financeiro específico para essa, ainda assim, a instituição deverá ser considerada como patrocinadora principal do estudo, já que apoia o estudo por meio de recursos humanos e materiais. Portanto, estudos de iniciativa do investigador, sem recursos financeiros especificamente destinados a eles, devem ter o campo do patrocinador principal da Folha de Rosto assinado pelo representante institucional. No caso em tela, deve ser o patrocinador deve ser a Escola de Comunicação. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: foi feito o referido ajuste incluindo a Escola de Comunicação como patrocinador.

**Endereço:** Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco No255, 7o andar, Ala E

**Bairro:** Cidade Universitária **UF:** RJ **Município:** **Telefone:** (21)3938-2480

**CEP:** 21.941-913

**Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

RIO DE JANEIRO

Página –0 de 16

## UFRJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / HUCFF- UFRJ



Continuação do Parecer: 5.074.599

ANÁLISE: pendência atendida.

### 2. Quanto aos currículos dos pesquisadores

2.1. Não foi encontrado nenhum documento com os endereços eletrônicos para os currículos dos pesquisadores ou arquivo contendo os currículos. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: foi inserido documento com o link do currículo dos pesquisadores.

ANÁLISE: pendência atendida.

### 3. Quanto às Informações Básicas do Projeto (arquivo intitulado

“PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1793493.pdf”, postado em 04/08/2021:

3.1. Na pág. 4 de 8, item “Metodologia Proposta”, faz-se menção à utilização de questionários aplicados em médicos e pacientes (esse último em dois momentos). Contudo, no projeto detalhado (arquivo intitulado “Projeto\_Pesquisa\_Rita\_Paiva\_final.docx”, postado em 04/08/21), página 16 de 30, lê-se: “Tratando-se de pesquisa com abordagem metodológica mista - quantitativa e qualitativa, a limitação do número de entrevistados ocorrerá pela saturação teórica e não por constituição amostral estatístico. O número de entrevistas será considerado suficiente quando novos sujeitos passarem a escrever informações que sejam redundantes as já colhidas, promovendo pouco acréscimo ao que já foi falado”. Nesse sentido, solicitam-se esclarecimentos sobre a utilização ou não de entrevistas, além da aplicação dos questionários. RESPOSTA: não serão utilizadas entrevistas.

ANÁLISE: pendência atendida.

3.2. Em caso de realização de entrevistas, é preciso anexar o roteiro da entrevista. Solicitam-se esclarecimentos e adequação.

RESPOSTA: não se aplica, pois não serão utilizadas entrevistas.

ANÁLISE: pendência atendida.

**Endereço:** Rua Prof. Rodolpho Pa'lo Rocco No255, 7o andar, Ala E

**Bairro:** Cidade Universitária **UF:** RJ **Município:** **Telefone:** (21)3938-2480

**CEP:** 21.941-913

**Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

RIO DE JANEIRO

Página 11 de 16

## UFRJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / HUCFF- UFRJ



Continuação do Parecer: 5.074.599

3.3. Como não há critérios de inclusão, não é possível saber se a pesquisa envolverá menores de idade ou pessoas em situação de vulnerabilidade. Solicitam-se esclarecimentos e adequação.

RESPOSTA: foram incluídos critérios de exclusão.

ANÁLISE: pendência atendida.

3.4. A etapa inicial do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido é a do esclarecimento ao convidado a participar da pesquisa, ocasião em que o pesquisador, ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade, deverá buscar o momento, condição e local mais adequados para que o esclarecimento seja efetuado, considerando, para isso, as peculiaridades da convidada a participar da pesquisa e sua privacidade. Portanto, solicita-se descrever em detalhe como se dará o processo de obtenção do consentimento dos participantes, o profissional responsável e a forma conforme item IV.1 da Resolução CNS no 466 de 2012.

RESPOSTA: foi descrito e detalhado o processo de obtenção do consentimento dos participantes.

ANÁLISE: pendência atendida.

4 Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (arquivo intitulado "TCLE\_Projeto\_Pesquisa.docx", postado em 14/07/2021):

4.1. Como a pesquisa envolve dois grupos bastante distintos, é preciso que se apresente um TCLE para os participantes médicos e outro para os participantes caracterizados como pacientes. Solicita-se adequação. RESPOSTA: foram confeccionados dois TCLE distintos, para participantes médicos e pacientes.

ANÁLISE: pendência atendida.

4.2. Na página 2 de 3 se lê: "Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a instituição de pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CFCH, telefone: 21 3938-5167 – Email: cep.cfch@gmail.com". O TCLE deve conter informações sobre o CEP do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF). Solicita-se adicionar o seguinte texto: "Havendo necessidade, será possível, ainda, entrar em contato com o Comitê de Ética do Hospital

**Endereço:** Rua Prof. Rodolpho Pa'lo Rocco No255, 7o andar, Ala E

**Bairro:** Cidade Universitária **UF:** RJ **Município:** **Telefone:** (21)3938-2480

**CEP:** 21.941-913

**Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

RIO DE JANEIRO

Pági-a 12 de 16

## UFRJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / HUCFF- UFRJ



Continuação do Parecer: 5.074.599

Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ, Rua Prof. Rodolpho P'ulo Rocco, 255, 7o. Andar, Ala E, Cidade Universitária, Rio de Janeiro, RJ, ou pelo telefone 3938-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 16 horas, ou através do e-mail: cep@hucff.ufrj.br.".

RESPOSTA: o conteúdo do TCLE foi ajustado inserindo o texto.

ANÁLISE: pendência atendida.

4.3. É necessário assegurar, de forma clara e afirmativa, que o participante de pesquisa tem direito à indenização em caso de danos decorrentes do estudo. Não é apropriado que o TCLE contenha restrições, mediante contratação de seguro, para a indenização ou assistência. Considerando, ainda, que a pertinência da indenização (incluindo o montante) é definida na esfera judicial e essa será conferida se houver o estabelecimento da causalidade entre o dano/prejuízo e a participação na pesquisa, sugere-se o seguinte texto: "Você terá garantido o seu direito a buscar indenização por danos decorrentes da pesquisa" (Resolução CNS no 510 de 2016, artigo 18, § 2; Resolução CNS no 466 de 2012, itens IV.3 e V.7; e Código Civil, Lei 10.406 de 2002, artigos 927 a 944, Capítulos I, "Da Obrigação de "indenizar", e II, "Da Indenização", Título IX, "Da Responsabilidade Civil"). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: o conteúdo do TCLE foi ajustado inserindo o texto. ANÁLISE: pendência atendida.

5. Quanto ao Protocolo de Pesquisa, solicita-se inserir, na Plataforma Brasil, declaração em que o pesquisador se compromete a:

5.1. Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Resolução CNS no 466 de 2012, item XI.g). RESPOSTA: foi inserida declaração de compromisso.

ANÁLISE: pendência atendida.

5.2. Divulgar os resultados para os participantes da pesquisa e para as instituições onde os dados

**Endereço:** Rua Prof. Rodolpho Pa'lo Rocco No255, 7o andar, Ala E

**Bairro:** Cidade Universitária **UF:** RJ **Município:** **Telefone:** (21)3938-2480

**CEP:** 21.941-913

**Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

RIO DE JANEIRO

Página 13 de 16

## UFRJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / HUCFF- UFRJ



Continuação do Parecer: 5.074.599

foram obtidos (Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.4.14). RESPOSTA: foi inserida declaração de compromisso.  
ANÁLISE: pendência atendida.

5.3. Anexar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil, garantindo o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais (Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.3.c). RESPOSTA: foi inserida declaração de compromisso.  
ANÁLISE: pendência atendida.

### Considerações Finais a cério do CEP:

2. 1. De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n. 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais - a contar da data de aprovação do protocolo - que permitam ao Cep acompanhar o desenvolvimento dos projetos. Esses relatórios devem ser assinados pelo pesquisador responsável e conter as informações detalhadas - naqueles -tens aplicáveis - nos moldes do relatório final contido no

endereço [https://cep.hucff.ufrj.br/images/Modelos/Modelo\\_de\\_Relatrio\\_Final.pdf](https://cep.hucff.ufrj.br/images/Modelos/Modelo_de_Relatrio_Final.pdf), bem como deve haver menção ao período a que se referem. As informações contidas no relatório devem ater-se ao período correspondente e não a todo o período da pesquisa até aquele momento. Para cada relatório, deve haver uma notificação separada. A submissão deve ser como Notificação (consultar pág. 69 no arquivado intitulado "1 - Manual Pesquisador - Versão 3.2,39 disponível no endereço <http://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf>. Anexar em arquivo com recurso "copiar e colar".

2. Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e sucinta, identificando-se, por cor, negrito ou sublinhado, a parte do documento a ser modificada, isto é, além de apresentar o resumo das alterações, juntamente com a justificativa, é necessário destacá-las no decorrer do texto (item 2.2.1.H.1, da Norma Operacional CNS no 001 de 2013).

**Endereço:** Rua Prof. Rodolpho Paºlo Rocco No255, 7º andar, Ala E

**Bairro:** Cidade Universitária **UF:** RJ **Município:** **Telefone:** (21)3938-2480

**CEP:** 21.941-913

**Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

RIO DE JANEIRO

Página 14 de 16

UFRJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA  
FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO /  
HUCFF- UFRJ



Continuação do Parecer: 5.074.599

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento Arquivo

Informações Básicas PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_P

do Projeto ROJETO\_1793493.pdf

Postagem

28/09/2021 16:57:55

Autor

Situação

Aceito

Outros	Carta_Resposta_CEP.docx	28/09/2021 16:56:17	RITA DE CASSIA VIANNA DE AZEVEDO BUENO DE PAIVA	Aceit o
Outros	Declaracao_de_compromisso_pesquisador.pdf	28/09/2021 16:52:52	RITA DE CASSIA VIANNA DE AZEVEDO BUENO DE PAIVA	Aceit o
Outros	Curriculo_dos_Pequisadores.docx	28/09/2021 16:50:08	RITA DE CASSIA VIANNA DE AZEVEDO BUENO DE PAIVA	Aceit o
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Marcado.docx	28/09/2021 16:46:32	RITA DE CASSIA VIANNA DE AZEVEDO BUENO DE PAIVA	Aceit o
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Ajustado.docx	28/09/2021 16:46:10	RITA DE CASSIA VIANNA DE AZEVEDO BUENO DE PAIVA	Aceit o
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Paciente_Marcado.docx	28/09/2021 16:45:47	RITA DE CASSIA VIANNA DE AZEVEDO BUENO DE PAIVA	Aceit o
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Paciente.docx	28/09/2021 16:45:38	RITA DE CASSIA VIANNA DE	Aceit o

Justificativa de Ausência			AZEVEDO BUENO DE PAIVA	
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Medico_Marcado.docx	28/09/2021 16:45:27	RITA DE CASSIA VIANNA DE AZEVEDO BUENO DE PAIVA	Aceit o
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Medico.docx	28/09/2021 16:45:08	RITA DE CASSIA VIANNA DE AZEVEDO BUENO DE PAIVA	Aceit o

Cronograma Cronograma\_Ajustado.pdf

28/09/2021 16:44:28

RITA DE CASSIA VIANNA DE AZEVEDO BUENO

Aceito

**Endereço:** Rua Prof. Rodolpho Paºlo Rocco No255, 7o andar, Ala E

**Bairro:** Cidade Universitária **UF:** RJ **Município:** **Telefone:** (21)3938-2480

**CEP:** 21.941-913

**Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

RIO DE JANEIRO

Página 15 de 16

UFRJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA  
FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO /  
HUCFF- UFRJ



Continuação do Parecer: 5.074.599

Cronograma Cronograma\_Ajustado.pdf 28/09/2021 DE PAIVA Aceito 16:44:28

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Ajustada_Assinada.pdf	28/09/2021 16:41:04	RITA DE CASSIA VIANNA DE AZEVEDO BUENO DE PAIVA	Aceit o
Outros	Questionario_3_paciente_consulta_de_retorno.docx	17/07/2021 11:49:30	RITA DE CASSIA VIANNA DE	Aceit o

			AZEVEDO BUENO DE PAIVA	
Outros	Questionario_2_paciente.docx	17/07/2021 11:48:05	RITA DE CASSIA VIANNA DE AZEVEDO BUENO DE PAIVA	Aceit o
Outros	Questionario_1_medico.docx	17/07/2021 11:47:46	RITA DE CASSIA VIANNA DE AZEVEDO BUENO DE PAIVA	Aceit o
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dos_Pesquisadores.PDF	17/07/2021 11:47:29	RITA DE CASSIA VIANNA DE AZEVEDO BUENO DE PAIVA	Aceit o
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao.pdf	17/07/2021 11:47:04	RITA DE CASSIA VIANNA DE AZEVEDO BUENO DE PAIVA	Aceit o

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 01 de novembro de 2021

**Assinado por:****Carlos Alberto Guimarães (Coordenador(a))****Endereço:** Rua Prof. Rodolpho Pa'lo Rocco No255, 7o andar, Ala E**Bairro:** Cidade Universitária **UF:** RJ **Município:** **Telefone:** (21)3938-2480 **CEP:** 21.941-913**Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

RIO DE JANEIRO

**ANEXO B – DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS (DCN)**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (\*)**  
**CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR**

RESOLUÇÃO CNE/CES No 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.

Institui Diretrizes  
Curriculares Nacionais do  
Curso de Graduação em  
Medicina.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei no 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

(\*) CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-

doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

---

13

Art. 4o A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Art. 5o A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

14

II - Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;

III - Comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;

IV - Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;

V - Realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;

VI - Dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;

VII - diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;

VIII - Reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;

IX - Otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;

X - Exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;

XI - Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;

XII - Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

XIII - Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;

XIV - Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;

XV - Conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

XVI - Lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;

XVII - Atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;

XVIII - Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;

XIX - Considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;

15

XX - Ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;

XXI - Atuar em equipe multiprofissional; e

XXII - Manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Parágrafo Único. Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6o Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:

I - Conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;

II - Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - Abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

IV - Compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;

V - Diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica; e

VI - Promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

Art. 7º A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

§ 1º O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.

16

§ 2º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

Art. 8o O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9o O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1o As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Medicina deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2o O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

I - Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;

II - Utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;

III - Incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;

IV - Promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;

V - Inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;

VI - Utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VII - Propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e

VIII - Vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico- acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Art. 13. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1o As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2o O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 14. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo Presidente da Câmara de Educação Superior