

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA

**HABILIDADES COMUNICATIVAS DO MÉDICO EM ATENDIMENTO
AMBULATORIAL EM SÃO LUIS - MA.**

São Luís – MA

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA

RAYSSA LIMA BRAGA

**HABILIDADES COMUNICATIVAS DO MÉDICO EM ATENDIMENTO
AMBULATORIAL EM SÃO LUIS - MA.**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, como pré-requisito para aprovação e obtenção do grau de Formação de Psicólogo.

Orientadora: Prof. Ma. Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo

São Luís – MA

2017

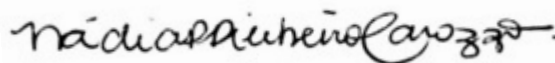
RAYSSA LIMA BRAGA

**HABILIDADES COMUNICATIVAS DO MÉDICO EM ATENDIMENTO
AMBULATORIAL EM SÃO LUIS - MA.**

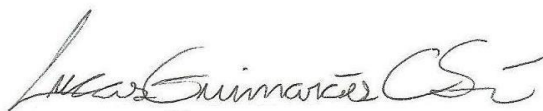
Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, como pré-requisito para aprovação e obtenção do grau de Formação de Psicólogo.

São Luís, 31 de janeiro de 2018.

BANCA EXAMINADORA



(Nádia Pinheiro Carozzo- mestre em Psicologia)



(Lucas Guimarães Cardoso de Sá- doutor em Psicologia)



(Bruno Luiz Avelino Cardoso- mestre em Psicologia)

AGRADECIMENTOS

O momento de agradecer às pessoas que passaram e contribuíram de alguma forma para o nosso crescimento é incrível. Gratidão, apreciação, dar um 'obrigado'. Não importa a palavra que se escolhe, elas significam a mesma coisa. Felicidade. Pois, como já dizia Tom Jobim, em uma frase que de tão verdadeira virou clichê “É impossível ser feliz sozinho”. Por isso, agradeço a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha trajetória.

Em primeiro lugar agradeço a Deus, pois, sem fé tudo seria diferente, e os momentos de dificuldade e gratidão não seriam os mesmos. Agradeço a Ele por ter me dado força e saúde para superar os obstáculos e fraquezas que vieram durante essa caminhada.

Aos meus pais, José Braga Filho e Geiza Braga que não mediram esforços para me proporcionarem o melhor e se empenharam incansavelmente na minha educação. Obrigada pelo investimento e preocupação. Hoje nessa etapa final da graduação, tenho a certeza de que nada disso seria possível sem vocês. Essa conquista é nossa!

À minha irmã e confidente, Larissa Braga, ela que tudo sabe da minha vida, me ouve, me aconselha, e, durante todos esses anos me apoiou como ninguém, sem dúvidas o troféu de melhor irmã do mundo é seu.

Ao meu namorado, João Victor Carvalho, que durante a graduação me deu suporte sempre que precisei. Obrigada por tantos trabalhos em que me ajudou. Obrigada principalmente pelo seu talento em edição.

Às minhas amigas da graduação e da vida: Laryssa Fernandes, Hayanne Galvão e Jaqueline Rossi. Entramos juntas e estamos saindo juntas. Obrigada pelo apoio incondicional e por permitirem que esses cinco anos de curso tenham sido mais fáceis, com a certeza de que teria o suporte de todas vocês.

À minha orientadora, Nádia Carozzo e supervisora de estágio, Catarina Malcher, obrigada por aturarem meus momentos de desespero, sempre me apoiando e me acalmando, não tenho palavras para agradecer. Vocês são modelos e referência e, um dia, espero ser metade das profissionais que vocês são. Vocês foram essenciais para

restaurar meu amor pelo curso e pelo meu encontro com a Análise do Comportamento.

Por fim, dedico este trabalho *in memoriam* ao meu avô paterno, José Braga, que nos deixou recentemente, obrigada pelo tempo que passou conosco.

"Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente."

(Skinner, 1969)

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
1 INTRODUÇÃO	9
2 MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 A relação médico-paciente	12
2.2 As Habilidades Comunicativas.....	14
2.2.1 Componentes verbais de conteúdo na comunicação	16
2.2.2 Componentes verbais de forma	20
2.2.3 Componentes não-verbais na forma de comunicação	19
2.2.4 Habilidades comunicativas do médico na relação com o paciente	25
3 OBJETIVOS	28
Objetivo Geral	28
Objetivos Específicos	29
4 MÉTODO	29
4.1 Delineamento de Pesquisa	27
4.2 Aspectos Éticos	27
4.3 Participantes	27
4.4 Local	34
4.5 Instrumentos	35
4.6 Procedimentos	37
Coleta de dados.	35
Análise de dados.....	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	49
ANEXO A: Instrumento de Pares Relacionados - versão para médico	50
ANEXO B: Instrumento de Pares Relacionados - versão paciente	52
APÊNDICES	54
APÊNDICE A: Protocolo de Caracterização Individual - versão médico	55
APÊNDICE B: Protocolo de Caracterização Individual - versão paciente	56

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão médico.....	58
APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- versão paciente.....	60

RESUMO

A relação médico-paciente pode ser considerada uma variável importante para garantir a adesão ao tratamento, relacionando-se com a promoção de resultados desejáveis em saúde, diminuição dos sintomas e satisfação do usuário. Um dos aspectos que impacta nessa relação é a interação social. Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo analisar as habilidades comunicativas do médico. Participaram desta pesquisa, 20 médicos e 20 pacientes, em uma proporção de 1 médico para 1 paciente atendido por ele. Ambos responderam a um Protocolo de Caracterização Individual (PCI) e ao Instrumento de Pares Relacionados (IPR). A coleta de dados, de caráter anônimo e voluntário, ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nos locais de trabalho dos médicos: unidades de saúde das esferas municipal, estadual e federal e/ou no consultório particular. Para análise estatística dos dados foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 20.0. Os resultados indicam que tanto os médicos como os pacientes perceberam as habilidades comunicativas do médico de forma positiva, com destaque para o item “Compreendi o que o(a) paciente tinha a dizer” na versão médico e “No geral, fiquei satisfeito com a minha consulta ao médico hoje” na versão do paciente. Esses dados vão ao encontro do aumento da eficácia e da qualidade dos serviços de saúde, notadamente na dimensão humana, que há sido retomada a partir do modelo biopsicossocial de atenção à saúde. As limitações deste estudo residem em seu tamanho amostral reduzido e a identificação, ao médico, do paciente participante, o que pode haver comprometido a conduta do profissional para uma postura mais atenciosa. Como sugestões de pesquisa, o uso de método de observação do comportamento e o aumento da quantidade de médicos e da proporção de pacientes por médico participante.

Palavras Chave: Habilidades Comunicativas; Relação médico-paciente; Sistema Único de Saúde; Sistema Privado de Atendimento; Psicologia da Saúde.

ABSTRACT

The doctor-patient relationship can be considered an important factor to guarantee access to a treatment, related to a promotion of desirable results in healthcare, the decline of symptoms and user satisfaction. The objective of this study is to analyse the communicative abilities of the doctors. 20 doctors and 20 patients have taken part of this research, having the proportion of 1 doctor for every patient being attended. Both have answered a protocol of individual characterization (PIC) and of the instrument of related pairs (IRP), the collection of data of anonymous and voluntary character happened after the signing of an informed consent form, at the work place of the doctor: the healthcare of the municipal, state and federal departments and/or private offices. For the statistic analyse of data, the SPSS (statistic package for social sciences) was used, version 20.0. With the emphasis to the item "understanding what the patient had to say" in the doctor's interpretation and "in general, I was satisfied with my doctor's appointment today" in the patient's interpretation. This data will meet the rise of efficiency and the quality of healthcare services, notably in the Human dimensions, that is being resumed since the biopsychosocial attention to health model. The limitations of this study resides in its sample sizes and the identification of the doctor, the participating patient, which could have compromised the conduct of the professional for a more attentive posture. Like the suggestions of the research, the use of observational methods and the rise of patient proportion to participating doctor.

Keywords: communicative abilities, doctor-patient relationship, unified health system, private healthcare system, health psychology.

1 INTRODUÇÃO

A medicina, ao longo dos anos, tem acompanhado os diversos avanços tecnológicos que ocorreram nas ciências, resultando em diagnósticos e tratamentos mais rápidos e eficazes. Dessa forma, a saúde passou a ser pautada na técnica, e o modelo biomédico foi adotado. Nele, a doença é colocada em evidência, negligenciando os aspectos psicológicos, sociais e culturais do indivíduo, assim como, a importância da relação médico-paciente. Além do modelo biomédico, os profissionais de saúde ainda enfrentam diariamente outras barreiras, como infraestrutura, alta demanda e falta de recursos, que também influenciam nessa relação (BARLETTA, 2014; JORGE, 2015).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), novas demandas surgiram e, atualmente, a relação entre profissional de saúde e paciente tem sido discutida, e a sua importância tem sido levada em consideração no processo saúde-doença. A comunicação é reconhecida pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Curso de Medicina como uma das competências a serem desenvolvidas na graduação, porém, ainda existe dificuldade em colocar seu ensino em prática (BARLETTA et al, 2014; BRASIL, 2003; CAROZZO et al 2016; UFMA, 2011, 2013).

Segundo Aguiar e Del Prette, 2008, “a comunicação está intimamente relacionada às Habilidades Sociais e, portanto, ao relacionamento interpessoal” (p.22). Del Prette e Del Prette (1999) ao avaliarem os componentes comportamentais das habilidades sociais, destacaram três classes importantes, que englobam as habilidades comunicativas, são elas: as verbais de conteúdo, as verbais de forma e não-verbais.

Pesquisas têm sido realizadas com o objetivo de estudar o impacto de uma relação satisfatória entre médico e paciente no tratamento e os resultados mostram que uma boa comunicação verbal e não verbal tende a produzir efeitos satisfatórios em saúde, adesão ao tratamento e diminuição dos sintomas e satisfação do usuário (BARLETTA; GENNARI; CIPOLOTTI, 2011; DI MATTEO, 2004; SILVA et al., 2011). Portanto, um dos fatores que contribuem para o fracasso do tratamento está relacionado à negligência da relação entre profissional e o paciente; assim como, a percepção positiva do paciente sobre esse aspecto está relacionada à efetividade do tratamento (MEYER; VERMES, 2001). Logo, além do conhecimento técnico, no atendimento em saúde, o médico precisa responder a outras demandas, principalmente de inter-relacionamento (BARLETTA; GENNARI, CIPOLOTTI, 2011).

Esse novo aspecto, que trata da inter-relação e busca novas formas de conduzir e cuidar do usuário, vem ganhando notoriedade e sendo bastante discutida, notadamente a partir da Política de Humanização, que trata de aspectos relevantes para a melhora da atenção em saúde. Dentre eles, o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como um de seus princípios a Integralidade, indica que o atendimento às demandas do paciente deve se dar de forma integral, compreendendo-o em seu contexto social, familiar e cultural. De acordo com Pinheiro (2009), este princípio funciona como eixo prioritário, pois, através dele se concretiza a saúde como questão de cidadania, o que requer superação de obstáculos e inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e a relação do mesmo com a sociedade. Garantindo assim, que o paciente seja ouvido e entendido em seu contexto social (GOULART, CHIARI, 2010; PINHEIRO, 2009). Diante disso, existem outros fatores que devem ser considerados na relação entre profissionais de saúde e pacientes, como “a dimensão humana, vivencial, psicológica e cultural da doença, assim como os padrões e as variabilidades na comunicação verbal e não-verbal” (GOULART; CHIARI, 2010, p. 256).

A humanização, em síntese, trata-se de uma relação em que o paciente é recebido de forma amistosa, com respeito, e pode ter seus anseios, desejos, demandas e angústias escutados. O que contribui para a melhoria do atendimento, permitindo a integralidade da assistência, a efetividade e o acesso, combatendo a despersonalização, a qual os usuários estão submetidos (GOULART, CHIARI, 2010).

Nesse sentido, demandam-se dos profissionais, habilidades sociais, que são compostas por comportamentos essenciais para uma relação interpessoal bem sucedida. De acordo com Del Prette e Del Prette (2006), “indivíduos com bom relacionamento interpessoal são mais saudáveis, menos propensos a doenças e mais produtivos no trabalho” (p.01). Logo, as habilidades de comunicação são relevantes para qualquer profissional, principalmente para os profissionais de saúde, que lidam diariamente com a vida de diversos pacientes.

Segundo Barletta et al. (2014, p.11):

Partindo do princípio que a interação com o paciente também é um instrumento de ação do médico, este profissional deve estar atento a estas dificuldades como parte do processo de saúde-doença. Ressalta-se que aspectos do relacionamento, características dos participantes e as interações entre eles são fatores que podem potencializar consequências negativas, como favorecer a emissão de comportamentos de risco do paciente. O profissional que tem maior habilidade em discriminar e emitir comportamentos positivos para a inter-relação tem maior probabilidade de

minimizar os efeitos iatrogênicos¹, invasivos ou desrespeitosos de uma relação inadequada.

Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo analisar as habilidades comunicativas do médico. Para isso contou com uma amostra composta de 20 médicos e 20 pacientes que, logo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), responderam a um Protocolo de Caracterização Individual (PCI) e ao Instrumento de Pares Relacionados (IPR). A coleta ocorreu de forma anônima e voluntária nos locais de trabalho dos médicos e os dados receberam tratamento estatístico utilizando-se o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 20.0.

A relevância desta pesquisa inclui a discussão e compreensão da interação médico-paciente, tão cara à saúde, quanto ao Sistema de Saúde; já que uma relação satisfatória e positiva entre médico e paciente pode produzir efeitos satisfatórios em promoção em saúde, como por exemplo, a adesão ao tratamento e diminuição dos sintomas (LOBATO, 2011). Além disso, por meio dos resultados encontrados, podem-se identificar quais áreas merecem mais atenção e precisam ser desenvolvidas.

Soma-se a isso, a importância de um estudo na área da saúde em um estado com múltiplas carências, em especial, na saúde pública. O Maranhão está entre um dos estados com os piores índices de qualidade em saúde (IDSUS, 2016), estando, segundo dados do censo do IBGE 2013, em primeiro lugar no ranking de mortalidade infantil, com 24,7 mortos para cada mil nascidos vivos. Além disso, o estado é o último no ranking de expectativa de vida, onde a esperança de vida ao nascer chega apenas aos 69,7 de idade, assim como é o último em quantidade de médicos por habitante (0,53), e penúltimo em despesas per capita em saúde (R\$ 519.11). As condições de saneamento básico também são precárias, onde, apenas 34,2% dos domicílios possuem saneamento básico e apenas 51,85% possuem coleta de esgoto ou fossa séptica. Esses números são bem abaixo da média, se comparado aos números de Brasília, capital do país e segunda no ranking de qualidade de vida, onde 91,70% dos domicílios têm saneamento básico adequado e 96,08% possuem coleta de esgoto ou fossa séptica.

A presente monografia está dividida em dois momentos: o primeiro trata do marco teórico, que abrange discussões acerca da relação médico-paciente; habilidades

¹ Efeitos negativos da prática médica, que provoca prejuízos ao paciente, como danos materiais (medicamentos, cirurgias desnecessárias, mutilações) ou psicológicos (comportamento, atitudes, palavras).

comunicativas; componentes verbais de conteúdo na comunicação; componentes verbais de forma; comportamentos não-verbais; e habilidades comunicativas na relação médico-paciente. O segundo momento abrange aspectos da pesquisa, como objetivos; método; aspectos éticos; procedimento de coleta e análise de dados; resultados e sua discussão; e as considerações finais, indicando-se limitações do estudo e agenda de pesquisa.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 A relação médico-paciente

Tradicionalmente, o modelo biomédico, com a priorização da doença em detrimento do homem holístico, distanciou o médico do paciente (SILVA Jr., 1997). Segundo Jorge (2015, p.05), “Nesse modelo, o corpo pode ser compreendido como uma máquina orgânica-biológica, minimizando, dessa forma, o papel de aspectos sociais, psicológicos e comportamentais envolvidos na doença”. A medicina que antes surgiu da necessidade de cuidar do outro, foi dando espaço para uma medicina que destaca a tecnologia e a superespecialização. Conseqüentemente, a relação médico-paciente foi influenciada por esse modelo, e o médico que escutava, tocava e buscava entender seu paciente, foi substituindo o contato, por aparelhos cada vez mais sofisticados. Não é incomum propagandas e publicidade utilizarem imagens e textos que valorizam a estrutura física, a hotelaria ou a tecnologia na assistência à saúde ao invés da relação médico-paciente (D’AVILA, 2010).

Robert Veatch (1972), professor do Instituto Kennedy de Ética da Universidade Georgetown, definiu em 1972, quatro modelos de relação médico-paciente: sacerdotal, engenheiro, colegial e contractualista. O modelo sacerdotal se refere ao modelo mais arcaico, no qual o paciente é submetido ao médico, que é quem toma todas as decisões, não levando em conta a opinião ou cultura do paciente. O modelo engenheiro, por sua vez, é o oposto do modelo sacerdotal, nele o médico informa e executa os procedimentos, mas a decisão é tomada exclusivamente pelo paciente, não se envolvendo o médico nessa etapa, assumindo, portanto, apenas o papel de “engenheiro”. No modelo colegial há grande envolvimento entre o médico e o paciente, sem relação de submissão, onde ambas as partes decidem e compartilham de forma igualitária,

pressupondo que ambos detêm conhecimentos e habilidades de forma nivelada. E, por último, o modelo contractualista, que se trata do modelo mais adequado, no qual o conhecimento do médico é respeitado e levado em consideração, preservando sua autoridade, e o paciente tem participação ativa, podendo colocar suas opiniões e pontos de vista, permitindo assim, uma ampla troca de informações e comprometimento de ambos os lados.

É com foco nesse último modelo que, desde os anos 90, após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a postura do médico tem sido questionada, pois, surgiram novas demandas, e com elas, a necessidade de um novo repertório comportamental por parte do profissional de saúde (BARLETTA et al., 2016). Evidencia isso, um famoso hospital de São Paulo, reconhecido há 10 anos como símbolo de tecnologia e alta qualidade, que vem modificando a sua publicidade e dando menos atenção à tecnologia e mais foco na importância da relação médico-paciente, representando o cuidado ao mostrar o toque de mãos dentro dessa relação (D'AVILA, 2010). Indo, desta forma, ao encontro de reflexões sobre a importância de uma medicina mais humanizada.

Paralelo a isso, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina apontam a comunicação, o favorecimento para a construção de vínculo, a tomada de decisão e a liderança como comportamentos importantes na formação do profissional de saúde. Sendo, segundo Carozzo e autores (2016, p. 06), “uma tentativa de superar três dos quatro modelos da relação médico-paciente definidos por Veatch (1972)”. Nota-se, assim, que a comunicação na relação médico-paciente vem tomando destaque, tanto como garantia de um atendimento humanizado quanto como habilidade imprescindível a ser adquirida durante a formação em Medicina. A importância dessa relação tem sido muito discutida e, para além das técnicas, o inter-relacionamento tem sido considerado como um importante fator no processo saúde-doença (BARLETTA; GENNARI; CIPOLLOTTI, 2011).

Entretanto, apesar de tantas discussões e do reconhecimento da importância da comunicação na relação médico-paciente, o Ensino Superior ainda prioriza as capacidades analítica e instrumental em detrimento da competência social (BARLETTA et al, 2016). As habilidades interpessoais necessárias para o desempenho social nos diferentes contextos da relação profissional e os valores éticos são menos valorizados, mesmo diante do fato de que uma avaliação positiva da competência e atuação do profissional pode depender da qualidade dessas interações, e não somente do

conhecimento sobre o objeto específico dessa atuação (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2004).

Outras variáveis importantes que parecem influenciar no distanciamento da relação médico-paciente, além da carência na formação e da recente exigência e demanda da Política de Humanização, “são as barreiras encontradas pelos médicos nos sistemas público e privado de saúde (p. ex, a falta de recursos humanos, a alta demanda, a baixa remuneração salarial)” (BARROS; PINHO; FALCONE, 2011 apud JORGE, 2015, p.01). Pesquisas têm evidenciado a importância de uma relação positiva entre médico e paciente, pois ela favorece comportamentos de promoção de saúde, como, adesão ao tratamento; aumento de hábitos saudáveis; diminuição dos sintomas; colaboração e manutenção da saúde; diminuição do erro diagnóstico e satisfação com o atendimento (DI MATTEO et al., 1980; CAPRARA; RODRIGUES, 2004). Além disso, Barletta, Gennari e Cipolotti (2011) acrescentam que a “relação positiva facilita o treino de habilidades assertivas de enfrentamento, a reestruturação cognitiva e a reeducação emocional resultando na construção de respostas adaptativas a situações adversas” (p. 01).

Jorge (2015) realizou um estudo com o objetivo de avaliar as habilidades sociais de médicos que atuam em serviços público e privado de saúde, examinando a relação entre a percepção de tais habilidades e a satisfação do paciente com o atendimento do profissional. Quando analisadas tais habilidades segundo os contextos de atendimento, médicos que atuavam no serviço privado se avaliaram e foram avaliados mais satisfatoriamente pelos pacientes, no que se refere às habilidades comunicativas e sociais. Ademais, os níveis de insatisfação mostrados no setor público foram maiores, e estavam relacionados com variáveis como tempo de espera, duração de atendimento e sensibilidade do médico.

Dessa forma, o médico precisa dispor de uma série de habilidades para que a relação seja um elemento eficaz na consulta e tratamento. Dentre elas, as habilidades comunicativas, que têm sido avaliadas como uma ferramenta essencial para a intervenção do profissional de saúde (BARLETTA et al, 2015; JORGE, 2015).

2.2 As Habilidades Comunicativas

As habilidades sociais, de acordo com Del Prette e Del Prette (2009), são habilidades que se referem a diversas classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar com as demandas das situações interpessoais. Nas palavras dos próprios autores,

o termo habilidades sociais, geralmente utilizado no plural, aplica-se às diferentes classes de comportamentos sociais do repertório de um indivíduo, que contribuem para a competência social, favorecendo um relacionamento saudável e produtivo com as demais pessoas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005, p.31).

Del Prette e Dell Prette (2005) definem quais classes compõem as habilidades sociais. São elas: (a) Habilidades de Comunicação; (b) Habilidades de Civilidade; (c) Habilidades Assertivas de Enfrentamento; (d) Habilidades Empáticas; (e) Habilidades Sociais Profissionais; e (f) Habilidades de Expressão de Sentimento Positivo. Para esse estudo, foca-se nas Habilidades de Comunicação ou Habilidades Comunicativas.

O desejo e a necessidade de se comunicar são inerentes ao ser humano [...] A comunicação, além de ser essencial ao homem, também é condição de sua existência, sendo por meio dela que o indivíduo cria, transforma o meio em que vive, se constitui e produz história (MOREIRA; CHUN, 1997 apud AGUIAR; DEL PRETTE, 2008, p.22).

Os componentes principais das habilidades sociais comunicativas referem-se a aspectos verbais de conteúdo, verbais de forma e não verbais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999), envolvidos no processo de comunicação, e que, se utilizados de forma adequada, se tornam fundamentais para um desempenho social competente (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005).

O comportamento verbal pode variar de acordo com o indivíduo, a classe social, cultura, educação e sociabilidade, sendo de extrema importância na comunicação, pois, é através dele, que se entende o outro e que o sujeito se faz entender, permitindo que os indivíduos compartilhem uns com os outros seus modos de vida, pensamentos, atitudes, dúvidas e comportamentos. Ele se constitui de componentes de conteúdo e de forma. Os componentes verbais de conteúdo são compostos por comportamentos como: fazer perguntas, solicitar mudança de comportamento, lidar com críticas, pedir/dar feedback, opinar, elogiar, agradecer, pedir favores e justificar-se; enquanto os componentes verbais de forma referem-se a aspectos da topografia verbal, como latência, duração, regulação e transtornos da fala (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

Por sua vez, o comportamento não verbal também é importante dentro das relações interpessoais, pois, “a comunicação das emoções ocorre muito mais por meio da expressão não-verbal do que da verbal” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005, p. 37). Ademais, ele está sempre presente, mesmo quando o comportamento verbal não está, servindo muitas vezes como regulador da vida cotidiana dos sujeitos. Dentre esses comportamentos, estão o olhar e contato visual, o sorriso, gestos, expressão facial, postura corporal, movimentos com a cabeça, contato físico e distância/proximidade (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

2.2.1 Componentes verbais de conteúdo na comunicação

Os componentes verbais de conteúdo, como opinar, elogiar, agradecer, pedir favores e justificar-se “são bastante óbvios, dispensando maior detalhamento” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999, p.59). Os demais: fazer perguntas, solicitar mudança de comportamento, lidar com críticas e pedir/dar feedback, passam a ser explicados.

Através das perguntas é possível obter informações, logo, é necessário saber fazê-las de forma correta, clara e objetiva, de forma que se obtenha a informação desejada. Para isso, de acordo com Del Prette e Del Prette (1999, p.59), deve-se fazer a “discriminação dos diferentes tipos de pergunta (quanto à função, forma e conteúdo)” além de ter a “habilidade de empregá-las adequadamente, selecionando-as de acordo com as condições gerais e objetivos da interação”.

A solicitação de mudança de comportamento é outro componente verbal essencial, pois é através dele que “se discrimina os comportamentos que devem ser evitados” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999, p. 60), modelando o comportamento do indivíduo desde a infância. Para solicitar a mudança de comportamento, de forma que seja eficaz, são necessárias quatro etapas: discriminar o comportamento indesejado, falar de forma clara e adequada o que está desagradando, dar dicas de como seria o comportamento adequado e quais as consequências de se comportar adequadamente. Assim, aumenta-se a probabilidade de mudança de comportamento e melhora no desempenho, tornando a interação mais agradável e eficaz (DEL PRETTE, DEL PRETTE, 1999).

Sobre as críticas, Del Prette e Del Prette (1999) relatam que mesmo as construtivas são difíceis de lidar, principalmente quando o indivíduo tem baixa autoestima e sentimentos negativos de auto eficácia. E, que apesar de justa, ela pode ser

feita de maneira inadequada. Nesse caso, a melhor forma de lidar com a crítica é expressando para o interlocutor que, apesar de válida, poderia ter sido feita de outra forma (tom de voz, em outro momento, local ou com outras palavras), seguidos de exemplos de comportamentos que seriam adequados, para que o autor da crítica possa compreender como fazer da forma correta e, assim, possa modificar o comportamento. Já em relação à crítica injusta, sendo ela executada adequada ou inadequadamente, a melhor forma de lidar é não refutar agressivamente² ou exaltando-se, e sim, mostrar seu ponto de vista para o interlocutor (DEL PRETTE, DEL PRETTE, 1999).

O *feedback* corresponde à devolutiva que se dá ou recebe acerca de um comportamento emitido, seja ele positivo ou negativo. Sendo, portanto, essencial na regulação dos comportamentos interpessoais, proporcionando ao indivíduo informações para o desenvolvimento e melhora de habilidades dentro das interações, tornando-as mais eficazes (CABALLO, 2002; DEL PRETTE, DEL PRETTE, 1999). Bicudo-Zeferino et al., (2007), realizaram um estudo que apresentou evidências de que a forma mais eficaz de aprendizagem ocorre por *feedback*, pois, através dele o outro consegue a descrição de seus comportamentos em determinada situação ou atividade, incentivando a mudança dos inadequados e mantendo os comportamentos desejáveis.

“Nas relações sociais, o feedback ajusta-se ao significado de retroalimentação, o que pode operar na manutenção ou alteração do comportamento [...] permite à pessoa regular seu padrão de comportamento, ajustando-o, se necessário, às demandas da interação” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999, p.62).

Murta e Tróccoli (2004), fizeram um estudo com o objetivo de descrever a avaliação de processo de um Programa de Manejo de Estresse Ocupacional, onde nas

² Os termos agressividade, assertividade e passividade são importantes dentro do estudo das Habilidades Sociais, e possuem relação direta com a comunicação. Os mesmos serão diferenciados de forma breve por fugir do objetivo central deste estudo. O termo agressividade envolve a expressão de sentimentos negativos de forma honesta, e pode, na maioria das vezes, fazer com que os objetivos de quem é agressivo sejam atingidos, porém, prejudicando a relação com o outro, pois, ao expressá-los o indivíduo o faz de forma inapropriada, sem avaliar as consequências e desrespeitando os direitos alheios, o que o leva a produzir uma imagem negativa de si. A assertividade também envolve a expressão de sentimentos negativos de forma honesta, porém, o indivíduo controla a forma de expressão e busca preservar a relação, defendendo os próprios direitos e respeitando os do outro, o que faz com que o indivíduo produza uma imagem positiva de si. Já a passividade, por sua vez, refere-se ao indivíduo que é emocionalmente inibido na expressão de sentimentos negativos e, usualmente inibe seus objetivos em prol da relação com o outro. Concorde facilmente com o grupo e geralmente submete-se a opiniões alheias, não defendendo seus próprios direitos, ainda que respeitando os direitos alheios. O indivíduo passivo, tem em relação a si sentimentos de pena e desprezo, produzindo uma imagem negativa de si mesmo (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

sessões havia o treino e a promoção de habilidades como lidar com críticas, dar e receber *feedbacks* e escutar elogios. Percebeu-se com esse Programa, que com o treino dessas habilidades havia um impacto imediato no bem-estar dos participantes e consequente diminuição do estresse, isso ocorre porque, como mostram outros estudos realizados, a falta de uma comunicação eficaz é fator de estresse (BENAVANTE et al., 2018; FURTADO; FALCONE; CLARK, 2003). Assim como, pode estar relacionado a outros problemas, como obesidade, problemas gastrointestinais, asma, níveis de pressão arterial, dentre outros (HONDA; BRASIO, 2009).

2.2.2 Componentes verbais de forma

Os componentes verbais de forma são relacionados à topografia da resposta, ou seja, como se fala; e são analisados a latência, duração, regulação e transtornos da fala (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999). A latência é o tempo entre a fala de um indivíduo e a resposta do interlocutor.

Uma alta frequência de respostas demoradas pode ser bastante prejudicial numa sequência de intercâmbios interativos [...] responder rapidamente, muito em seguida à fala do interlocutor, pode também, em alguns casos, dificultar interações satisfatórias (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999, p.63).

Perturbações excessivas da fala podem causar a impressão de insegurança e ansiedade, bem como o silêncio prolongado, pode causar impressões de ansiedade, desinteresse, falta de conteúdo, enfado (CABALLO, 2002). Logo, a latência deve ser adequada tanto ao conteúdo quanto ao contexto da interação (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

A duração da fala diz respeito ao tempo que indivíduo permanece falando, e, passar muito tempo falando, sem conceder ao outro espaço para falar, pode ser prejudicial à interação. Em contrapartida, ao passar pouco tempo falando ou emitindo respostas muito curtas, pode causar no interlocutor a impressão de que não se está interessado na interação, sendo importante, assim como na latência, ser adequada tanto ao conteúdo quanto ao contexto da interação (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999). De acordo com Caballo (2002, p. 377) “o mais adequado é um intercâmbio recíproco de informação”.

Sobre a regulação da fala, “as pessoas tendem a regular a comunicação verbal conforme o conteúdo da mensagem, o contexto e o interlocutor” (DEL PRETTE; DEL

PRETTE, 1999, p. 63). Ou seja, o indivíduo fala mais baixo quando está contando um segredo ou em um local que necessite que fale mais baixo, como biblioteca ou teatro; assim como, fala mais alto quando está contando uma novidade importante, ou está em uma boate, por exemplo. Assim, o volume da voz indica segurança no que fala e domínio do conteúdo por parte do emissor, devendo ser, portanto, de volume médio, pois uma voz muito baixa pode fazer referência à insegurança ou desconhecimento ou até mesmo gerar não crédito ao que se diz; enquanto que, o volume muito alto, pode apontar raiva, agressividade (CABALLO, 2002).

A entonação é outro aspecto singular no comportamento comunicativo, se sobe indica alegria, se decai, tristeza e se é mantida num mesmo patamar durante toda a conversação, indica neutralidade. É por intermédio da entonação que se dá destaque as palavras, regula-se o ceder a palavra ou o interrogar o interlocutor (CABALLO, 2002).

Já os transtornos da fala, são vários e podem comprometer as interações sociais, sendo mais comuns “as repetições, as vacilações, os silêncios, o emprego de chavões [...] a prolixidade ou detalhismo” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999, p.64). Os transtornos da fala podem causar ao interlocutor a impressão de insegurança, ansiedade ou incompetência, causando desconforto e gerando constrangimentos, levando-o a interromper a interação ou até mesmo esquivar-se de contatos futuros (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

2.2.3 Componentes não-verbais na forma de comunicação

Conforme Del Prette e Del Prette (2005, p.39), “ao longo da evolução humana, a comunicação não-verbal (gestualidade, expressão facial, movimento e postura) precedeu a linguagem vocal (sons, palavras e frases)”, tendo ela diversas funções dentro da comunicação, tais como a alternância entre falar e ouvir, contato visual, sorrisos, gestos, expressões faciais, postura corporal, movimentos de cabeça e mão, contato físico e distância e proximidade. Outras funções da comunicação não-verbal são: substituir a própria linguagem, apoiar a comunicação verbal, complementar a linguagem ou até mesmo contradizê-la (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

A comunicação não-verbal é uma das formas de transmitir informações, pensamentos, emoções e sentimentos, qualificando a interação humana. Por meio dela, o indivíduo pode perceber e compreender não apenas o que significam as palavras, mas

também o que o emissor da mensagem sente. O tom de voz, a forma com que palavras são ditas, os olhares e expressões faciais, os gestos que acompanham a fala, a postura corporal, o tamanho da distância física que as pessoas mantêm umas das outras, as roupas, acessórios e características físicas são importantes dentro da interação. Até mesmo o silêncio, em determinado contexto, é significativo e pode transmitir inúmeras mensagens (ARAÚJO; SILVA; PUGGINA., 2007).

Alguns estudos (WALDEN; FIELD, 1982; SORCE et al., 1985) mostraram que esse tipo de comunicação já regula as interações na infância, e identificaram que as crianças já conseguem identificar as expressões faciais desde cedo, podendo através das mesmas seguir comandos ou não.

Rosenthal et al. (1978) realizaram uma pesquisa com o objetivo de medir a sensibilidade a pistas não verbais, para isso, desenvolveram um teste que consistia em filmes sonoros com as pessoas em diversas situações (paquerando, agradecendo, etc), depois, filtraram as vozes das pessoas, de forma que os juízes não poderiam ouvi-las. Os resultados mostraram que a região facial da pessoa gravada fornecia mais informações do que o corpo, e este mais do que a voz.

Portanto a comunicação não verbal se mostra relevante dentro das relações interpessoais, e aspectos específicos da comunicação e da atividade profissional influenciam-se entre si, sendo, as habilidades na comunicação não-verbal relevantes também na atuação profissional, principalmente para aqueles que lidam diretamente com o outro, cuja ação está voltada para o corpo e movimento. Por conta disso, estudos estão sendo realizados com diversos profissionais de diferentes áreas (MESQUITA, 1997; SANCHEZ; MENDES, 2008).

Olhar nos olhos é indicativo de que o emissor está sendo sincero e que fala especialmente para o receptor (ALBERTI; EMMONS, 2008). No caso dos profissionais da saúde, o contato visual e o sorriso facilitam a interação com os pacientes, pois são sinais que demonstram interesse, retratam emoções, e, regulam o fluxo da conversação. Ao interromper o contato visual, o orador pode denotar desinteresse na continuidade da conversação, fazendo com que a mesma seja interrompida ou prejudicada. Sendo assim, ambos se constituem sinais relevantes no processo de aproximação e criação de vínculo (MARTINS; PAES DA SILVA, 2012).

A expressão facial tem que ser compatível com o conteúdo daquilo que diz, do contrário o interlocutor ficará confuso e não dará crédito ao emissor. Os gestos são utilizados para acentuar uma mensagem, dotando-a de calor, franqueza, honestidade,

informalidade, espontaneidade, sem fazer seu uso em demorado, por correr o risco de tirar a atenção do receptor da fala do emissor e transferindo-a exclusivamente para o corpo. A postura do corpo e o contato físico podem assinalar calorosidade, surpresa, determinação, interesse, desinteresse, etc. (CABALLO, 2002). Na relação de um corpo a outro, a postura indica basicamente duas situações contrárias: acolhida e aproximação ou desafio e rejeição (DAVIS, 1979).

Vasconcellos e Otta (2003) realizaram um estudo com o objetivo de comparar bons e maus oradores quanto a tipos de gestos e posições de descanso, para isso utilizaram imagens em vídeo da primeira apresentação de uma turma de mestrado na disciplina de comunicação verbal e não-verbal, nas quais eles falavam sobre as atividades que gostavam de fazer para se divertirem. Foram utilizados 16 juízes para a análise dos vídeos, que avaliaram a qualidade de 38 oradores através de uma escala de 5 pontos. Depois, os próprios oradores analisaram os vídeos e levaram em conta a frequência dos gestos, a latência do primeiro ilustrador³, a contar do início da apresentação, do local de ocorrência dos ilustradores (frente do corpo, acima da linha da cintura; ao lado do corpo, acima da linha da cintura; acima da linha dos ombros; abaixo da linha da cintura) e postura dos braços no início e no final da apresentação.

O resultado mostrou que os gestos podem diferenciar bons e maus oradores. Por exemplo, o movimentar das mãos transmite mensagens importantes, e, um orador que faz gestos que acompanham a fala pode ser visto como expressivo, entusiasmado e persuasivo. Por sua vez, maus oradores tendem a utilizar adaptadores, ou seja, gestos ou posições nas quais partes do corpo entram em contato com outras partes do corpo, como por exemplo esfregar as mãos ou colocá-las no bolso, indicando ansiedade, insegurança, nervosismo e inibição.

Araújo, Silva e Puggina (2007) realizaram um estudo com enfermeiros, com o objetivo de verificar se os mesmos identificavam situações em que os aspectos não-verbais da comunicação interpessoal entre profissionais da saúde e pacientes constituem fator iatrogênico, e o resultado mostrou que todos os enfermeiros atribuíram à inadequação do uso da comunicação não-verbal a responsabilidade por situações de conotações negativas. Através de seus relatos pode-se perceber que a postura corporal, o tom de voz, a distância pessoal, a expressão facial e olhar contribuíram para caracterizar

³ Ilustrador: Movimento realizado pelos braços e mãos, que acompanham o fluxo da fala e estão intimamente relacionados com ela (Andersen, 1999 apud Vasconcellos e Otta, 2003, p. 154).

a iatrogenia. Por sua vez, o paciente que sofreu algum tipo de iatrogenia, demonstra o desconforto e as consequências negativas através de sinais não-verbais. Portanto, se o profissional não consegue identificar a inadequação dos próprios sinais, dificilmente irá perceber os sinais que o paciente emite. Além disso, através desse estudo também se percebeu que os pacientes observam e julgam a linguagem não-verbal dos profissionais até mesmo quando não estão interagindo com eles, sendo assim, a observação de cenas das quais o paciente não participou, também podem influenciar diretamente no posterior relacionamento entre o paciente e o profissional que lhe irá prestar assistência.

Schelles (2008) em seu estudo bibliográfico trata da comunicação não verbal dentro da liderança das empresas, e os resultados mostraram que os gestos indicam segurança e respeito, reforçando ideias e favorecendo a expressão do objetivo principal. As expressões faciais criam uma identificação entre os líderes e os liderados, favorecendo a comunicação. Logo, quando a fala entra em consonância com os gestos, os funcionários se sentem parte do objetivo, aumentando a produtividade da empresa.

Fischer e Domingues (2005), por sua vez, realizaram uma pesquisa com professores docentes de uma Universidade, verificaram que mesmo com títulos acadêmicos e experiência profissional, os conteúdos ministrados são acompanhados de uma linguagem não-verbal, como postura, tom de voz, olhar, que podem ou não contribuir para didática. Resultados similares foram encontrados nos estudos de Sousa, Leal e Feijó (2010), onde todos os entrevistados consideraram que a comunicação não-verbal do professor é um importante fator para a transmissão das mensagens. Os entrevistados relataram que esta forma de comunicação complementa as informações verbais, demonstrando mais verdadeiramente o que se pensa ou sente. Além disso, 77% dos estudantes disseram ter sua aprendizagem influenciada pelos sinais não-verbais emitidos pelos professores.

Logo, percebe-se que a comunicação não inclui apenas a fala, mas também às expressões e manifestações corporais. Aspectos estes que devem ser vistos como fundamentais no processo de comunicação, sendo para além, relevantes não apenas na vida social, mas também profissional, principalmente em profissionais que lidam com o outro diariamente, como vendedores, professores, terapeutas, médicos, enfermeiros, atores, etc. (MESQUITA, 1997; ARAÚJO et al., 2007).

2.2.4 Habilidades comunicativas do médico na relação com o paciente

Estudo realizado por Silva (2002), mostra a importância da comunicação não-verbal no atendimento médico. O autor realizou uma revisão bibliográfica do uso e do conhecimento da comunicação não-verbal pelos profissionais da saúde, na qual foram selecionados apenas artigos brasileiros, publicados entre os anos de 1996 e 2002 que enfocassem a importância, a função e as implicações da comunicação não-verbal para o atendimento em saúde e educação. Concluiu que a habilidade comunicativa é fundamental para ser adquirida pelo cuidador, pois, os pacientes estão atentos e estabelecem melhores vínculos com os profissionais que conseguem utilizar de forma complementar, a comunicação verbal e não-verbal. Isso ocorre, pois, as mensagens que os profissionais de saúde passam aos seus pacientes são interpretadas por eles não só pelo conteúdo da fala, mas também pela forma como se comportam ao transmitir a mensagem. Dessa forma, a comunicação se torna mais efetiva quando se adquire consciência da importância da linguagem corporal (proximidade, uso do espaço, postura, toque, contato visual). Além disso, ter consciência da importância da linguagem corporal, permite que o profissional de saúde compreenda o que o paciente fala, o que ele não deseja falar e o que ele deseja falar, mas não pode. Podendo assim, por meio da interpretação não-verbal, traçar planos de cuidado mais adequados.

Caprara e Rodrigues (2004), realizaram um estudo longitudinal, por meio de observações participantes e estruturadas, entrevistas e *checklist*, onde foram observadas 400 consultas com 20 médicos no contexto da atenção primária. Como resultado, percebeu-se que, apesar de tentarem ser empáticos com o paciente, os médicos tiveram dificuldades em verificar o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico (58%) ou o entendimento sobre as indicações terapêuticas (53%), 91% não exploraram questões como medo e ansiedade; apesar de receberem relatos dos pacientes nos quais os mesmos indicavam fatores familiares e sociais como influenciadores na saúde, não exploraram esses aspectos durante a consulta com igualdade de importância que exploram os sintomas e sinais de doença. Mostrando assim, a presença do modelo biomédico, na qual a doença foi colocada como centro da consulta, e as experiências subjetivas excluídas, o que mostra a necessidade da habilidade de uma escuta diferenciada.

Zolnierek e Di Matteo (2009) também demonstraram em seu estudo a importância da habilidade comunicativa. O estudo de meta-análise teve como objetivo estimar os efeitos gerais das pesquisas correlacionais sobre as variáveis “habilidades

comunicativas e adesão do paciente ao tratamento”. Analisando os resultados de 106 estudos, percebeu-se que há um risco de 19% de não adesão ao tratamento por parte de pacientes cujos os médicos tinham uma comunicação pobre e inadequada em comparação aos que foram atendidos por médicos com comunicação adequada.

Segundo Goulart e Chiari (2010),

Nas relações interpessoais, inerentes ao exercício profissional, é a qualidade do encontro que determina sua eficiência. Reconhecidamente, a empatia, entendida como a troca de sensibilidade entre médico e paciente, é essencial neste encontro. Assim, na formação e na identificação do bom profissional médico, a relação médico paciente é sempre referida como fundamental na promoção da qualidade do atendimento (p. 264).

Barletta e autores (2014) realizaram um estudo com o objetivo de identificar o conceito dos pacientes do SUS sobre a relação médico-paciente de qualidade, e como resultado, os componentes comportamentais foram os mais citados pelos pacientes. A forma de fazer perguntas foi o ponto mais relatado pelos pacientes, sendo esta uma habilidade comunicativa essencial na prática médica, pois revela informações importantes, favorecendo a expressão do paciente, não somente acerca de aspectos físicos da doença, como também aspectos de sentimentos e pensamentos acerca de si e de sua enfermidade.

Porém, 83,3% da amostra concordou que esta habilidade não tem sido efetiva nas consultas, bem como aspectos de atenção e interesse do profissional. Segundo Barletta e autores (2014):

Esses comportamentos por parte do profissional também facilitam a expressão do paciente, a quantidade e qualidade da informação, assim como a autoestima [...] que percebe sua emoção e pensamentos validados e aceitos. Sentir-se validado pode minimizar comportamentos de defesa, hostilidade ou esquiva por parte do paciente, já que diminui a percepção de julgamento e aumenta a sensação de respeito, autonomia e valorização.

Ainda foram citados na pesquisa, o comprometimento nos comportamentos não-verbais: contato físico e visual; ouvir o paciente (BARLETTA et al., 2014), componentes estes que, no estudo realizado por Di Matteo e autores (1980), quando emitidos pelos médicos durante as consultas, resultaram em avaliações mais elevadas por parte dos pacientes, pois colaboraram para que os médicos compreendessem as expressões faciais, os movimentos do corpo e tom de voz para emoção de seus pacientes.

Campbell et. al. (2007) desenvolveram e validaram o Matched-Pair Instrument (MPI); onde, através de um instrumento versão médico e outro versão paciente, buscou-se avaliar as habilidades interpessoais do médico, através da percepção dele próprio e de seus pacientes. Como resultado, obteve-se uma baixa correlação entre as respostas dos médicos e pacientes, ou seja, eles tiveram perspectivas diferentes acerca de aspectos da consulta, e além disso, os pacientes avaliaram os médicos de forma mais positiva do que os próprios médicos.

Kenny et al. (2010) buscaram complementar os estudos de Campbell et al. (2007) objetivando avaliar quão concordantes eram as avaliações dos pacientes de um mesmo médico. Os autores verificaram que as respostas dos pacientes variaram bastante, não havendo concordância entre eles. Os médicos, por sua vez, em sua autoavaliação, perceberam seu nível de habilidade comunicacional semelhante para todos os pacientes, não variando muito. Por fim, ainda se verificou que a correlação entre a percepção do médico e a percepção do paciente sobre o atendimento é fraca, indicando que apesar de haver concordância, eles possuem diferentes percepções sobre as habilidades de comunicação do profissional.

Jorge (2015) validando o instrumento de Campbell et al. (2007) e reproduzindo os objetivos de Kenny et al. (2010) realizou no Brasil pesquisa semelhante. Os resultados indicaram que os pacientes avaliaram os médicos de forma mais positiva que os próprios médicos em suas autoavaliações. Notadamente nos itens que versam sobre a resposta do médico à pergunta do paciente, inclusão do paciente nas decisões do tratamento, satisfação com a consulta. Houve ainda, uma correlação significativa entre a percepção do médico e do paciente acerca das habilidades do profissional (JORGE, 2015). Estudos com outros profissionais da saúde também foram realizados. Baggio (2006) realizou um estudo qualitativo com o intuito de compreender o significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem, utilizando como método a entrevista estruturada e semiestruturada. Participaram da sua pesquisa auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros na rede de saúde. Como resultado, conseguiu-se identificar as seguintes categorias do cuidado do outro: cuidado verbal e não verbal; minimização da dor física no cuidado; cuidar com empatia para atender o outro e o envolvimento e o processo de cuidar. Na primeira categoria, foram expostos comportamentos como a fala e o toque como essenciais para demonstrar cuidado ao outro, e assim, transmitir tranquilidade e conforto ao paciente. Na categoria “cuidar com

empatia”, os enfermeiros ressaltaram em suas entrevistas que é preciso “se colocar no lugar do outro” e “cuidar dele como gostaria de ser cuidado”.

Teixeira, Diógenes e Linard (2009) realizaram um estudo descritivo, de estratégia qualitativa, onde entrevistaram e observaram as consultas ambulatoriais de cinco enfermeiras numa instituição de referência em ginecologia, na cidade de Fortaleza, no Ceará. O objetivo foi analisar a concepção de comunicação, acolhimento e educação em saúde dos enfermeiros na consulta à mulher no climatério e descrever as ações de educação em saúde realizadas durante a consulta. Os resultados mostraram que a comunicação é importante não apenas na fase da coleta de informações das pacientes, mas também, na parte educativa, onde a passagem de informações e compreensão da cliente só se dará de forma efetiva se houver uma comunicação de qualidade, pois “a comunicação eficaz garante, desta maneira, um envio e retroalimentação de informações, assegurando assim, o sucesso da terapêutica” (p.42).

Dessa forma, de acordo com Araújo, Silva e Puggina (2007, p.420), percebe-se que no “contexto da assistência à saúde do outro, toda comunicação verbal e não-verbal deve ser benéfica, efetiva, terapêutica”, e não considerar as dimensões comunicativas, sendo estas verbais ou não, pode trazer prejuízos na relação médico-paciente, fazendo com que haja incompreensão por parte do médico do vocabulário do paciente para expressão de dor e sofrimento, dificuldade de transmitir as informações necessárias ao paciente e dificuldade do paciente aderir ao tratamento. Logo, a comunicação se mostra um instrumento essencial não apenas para aumentar o conhecimento de ambas as partes sobre o problema, mas para criar uma relação de confiança e cuidado, necessária para manter um bom relacionamento e um vínculo adequado entre médico e paciente (GOULART; CHIARI, 2010; BARLETTA, 2014).

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar o repertório de habilidades comunicativas dos médicos em atendimentos ambulatoriais.

Objetivos Específicos

- Caracterizar a percepção do médico acerca das suas habilidades comunicativas;
- Caracterizar a percepção do paciente acerca das habilidades comunicativas do médico.
- Comparar as percepções do médico e do paciente acerca das habilidades comunicativas do médico

4 MÉTODO

Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla desenvolvida por Carozzo e autores (2016), onde a aluna pesquisadora compôs a equipe executora.

4.1 Delineamento de Pesquisa

A pesquisa é do tipo transversal, descritiva e correlacional. Transversal, pois visa estudar a população em questão em um dado momento do tempo; descritiva, pois tem como objetivo apresentar características de um grupo, e correlacional, onde, busca-se investigar a relação entre as variáveis sem fazer o controle experimental das mesmas (OLIVEIRA; OLIVEIRA; LELES, 2007).

4.2 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFMA, com número CAAE 55786716.0.0000.5087 sob o parecer número: 1.572.380.

4.3 Participantes

A amostragem foi não probabilística por conveniência e contemplou médicos que atendem em ambulatórios públicos e/ou privados. Como critérios de inclusão, a) constar como membro ativo no Conselho Regional de Medicina, b) atender em caráter ambulatorial em uma Unidade de Saúde ou em seu consultório particular; e como critérios de exclusão, a) o médico ter Residência Médica ou ser residente na área de Pediatria ou Psiquiatria, pois, os pacientes precisam ter condições de responder o questionário por si próprios (serem maiores de 18 anos e não apresentarem prejuízos neurológicos). Já os pacientes devem cumprir critérios de inclusão de a) serem alfabetizados, b) maiores de 18 anos e c) estar aguardando e ser atendido por médico que aceitou participar da pesquisa; e critério de exclusão a) apresentar prejuízos neurológicos que os impeçam de preencher os instrumentos.

Participaram desta pesquisa 20 médicos e 20 pacientes, em uma proporção de 1 médico para 1 paciente atendido por ele (1:1). Sendo, 14 médicos (70%) do sexo masculino, com idade média de 40,60 anos (DP = 9,692) e, em sua maioria, especialistas em gineco-obstetrícia (25%), clínica médica, gastroenterologia e cardiologia (15% cada). Nove atendem na rede pública de saúde (45%), três na rede privada (15%) e oito em ambos os setores (40%); e obtiveram média de satisfação profissional 8,05 (DP = 1,54). A Tabela 1 contém informações sobre cada um dos participantes.

TABELA 1- Caracterização dos Médicos

Id	Sexo	Idade	Ano de graduação	Especialidade	Rede de saúde em que trabalha	Grau de satisfação profissional
M1	M	57	1984	Gastroenterologia	Privada	9
M2	M	49	1994	Radiologia	Ambas	7
M3	M	44	1997	Gastroenterologia	Ambas	7
M4	F	43	2000	Cirurgia Geral	Ambas	7
M5	M	35	2007	Otorrinolaringolo gia	Ambas	8
M6	F	44	1997	Gastroenterologia	Privada	Não respondeu
M7	M	50	1992	Cardiologia	Ambas	4
M8	M	27	2015	Cirurgia geral	Pública	8
M9	M	57	1985	Ortopedia	Ambas	10
M10	M	42	1998	Cardiologia	Ambas	9
M11	M	46	1996	Cardiologia	Ambas	8
M12	F	26	2016	Residente em Ginecologia e Obstetrícia	Pública	7
M13	M	28	2016	Residente em Ginecologia e Obstetrícia	Pública	8
M14	F	46	1994	Ginecologia e Obstetrícia	Pública	9
M15	F	45	1996	Ginecologia e Obstetrícia	Pública	9
M16	M	28	2013	Ginecologia e Obstetrícia	Pública	9
M17	M	27	2015	Clínica médica	Pública	9
M18	M	42	2015	Cirurgia geral	Pública	10
M19	M	34	2017	Clínica médica	Pública	8
M20	F	42	1999	Clínica médica	Ambas	9

Nota: M = masculino; F = feminino

Em relação aos pacientes, 18 (90%) são do sexo feminino, com média de idade de 37,10 (DP = 14,44) e, em sua maioria, com escolaridade de ensino médio completo (25%) e superior incompleto (30%). Doze pacientes (60%) não possuem diagnóstico clínico, 13 (65%) foram atendidos na rede pública, e escolheu o médico por indicação de amigos (30%) ou por escolha aleatória (30%). Metade dos pacientes estava se consultando com aquele médico pela primeira vez. Maiores informações podem ser consultadas na Tabela 2.

TABELA 2 - Caracterização dos Pacientes

Id	Sexo	Idade	Escolaridade	Presença de Diagnóstico	Rede de Atendimento	Indicação	Tempo de acompanhamento com esse médico	Natureza da consulta
P1	F	25	SI	S	Privada	Amigos	-	Periódica
P2	F	31	SC	N	Privada	Escolha própria	-	1ª vez
P3	F	22	MC	N	Pública	Amigos	-	1ª vez
P4	F	57	PG	N	Pública	Amigos	-	1ª vez
P5	F	48	MC	S	Pública	Referência	-	1ª vez
P6	F	65	SI	N	Privada	Escolha própria	-	1ª vez
P7	M	28	MC	S	Pública	Referência	-	1ª vez
P8	F	47	MC	N	Pública	Outro médico	-	1ª vez

P9	F	22	SI	N	Privada	Amigos	-	1ª vez
P10	F		MI	S	Privada	Escolha própria	5 a	Retorno
P11	M	38	PG	S	Privada	Amigos	7 a	Periódica
P12	F	22	MI	N	Pública	Escolha própria	-	1ª vez
P13	F	33	SC	S	Pública	Outro médico	9 m	Periódica
P14	F	37	SC	S	Pública	Amigos	3 m	Nova consulta
P15	F	22	MC	S	Pública	Referência	4 m	Retorno
P16	F	41	SI	N	Pública	Outro médico	8 m	Retorno
P17	F	48	SC	N	Pública	Escolha própria	-	1ª vez

P18	F	20	SI	N	Pública	Escolha própria	3 m	Nova consulta
P19	F	57	FI	S	Pública	Escolha própria	-	Periódica
P20	F	23	SI	N	Privada	Amigos	6 m	Nova consulta

Nota: M = masculino; F = feminino; FI = fundamental incompleto; FC = fundamental completo; MI = médio incompleto; MC = médio completo; SI = superior incompleto; SC = superior completo; PG = pós-graduado; S = sim; N = não

4.4 Local

A coleta de dados aconteceu nos locais de trabalho dos médicos: unidades de saúde da esferas municipal, estadual e federal e/ou em seu consultório particular, sendo este último, denominado de atendimento ambulatorial privado.

4.5 Instrumentos

Protocolo de Caracterização Individual (PCI) versão paciente. Este questionário foi elaborado para esta pesquisa e contempla informações sobre sexo, idade, escolaridade, presença ou ausência de diagnóstico clínico, tempo de acompanhamento no serviço, natureza do serviço (se da rede pública ou privada), como escolheu ou foi encaminhado ao médico, tempo em que é paciente desse médico e natureza da consulta (primeira vez ou retorno) (APÊNDICE A).

Protocolo de Caracterização Individual (PCI) versão médico. Conta com informações sobre: sexo, idade, ano de conclusão da graduação em Medicina, ano de conclusão da Residência Médica, especialidade médica, rede de saúde em que trabalha e o grau de satisfação profissional (APÊNDICE B).

Instrumento de Pares Relacionados (IPR). Para avaliação das habilidades interpessoais e comunicacionais dos médicos em relação aos seus pacientes foi utilizado o *Matched-Pair Instrument* (MPI). Trata-se de um instrumento canadense, descrito pela primeira vez na literatura no artigo de Campbell, Lockyer, Laidlaw e Macleod (2007), e que atualmente é propriedade do Conselho de Medicina do Canadá (CAMPBELL et al., 2007). A versão brasileira do questionário validada por Jorge (2015) foi nomeada de Instrumento de Pares Relacionados (IPR). O instrumento tem como objetivo avaliar as percepções do médico e do paciente em relação as habilidades de comunicação do profissional na consulta, apresenta 19 itens com 5 opções de resposta, medidos em uma escala Likert que varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). (ANEXOS A e B).

O IPR apresenta uma versão para o médico e outra para o paciente. Na análise original do instrumento, o mesmo demonstrou ser composto por dois fatores: (1) Processo de Comunicação e (2) Conteúdo da Comunicação. O primeiro fator é composto pelos itens 1 (*Recepção Confortável*), 3 (*Incentivo das Expressões do*

Paciente), 4 (*Escuta atenta*), 5 (*Compreensão do paciente*), 9 (*Fornecimento das informações*), 12 (*Incentivo a realização de perguntas*), 13 (*Respostas a perguntas e preocupações*), 16 (*Duração adequada de tempo*), 17 (*Expressão de cuidado e preocupação*), 18 (*Duração adequada de tempo de atendimento*) e 19 (*Satisfação com a consulta do dia*), e avalia os aspectos do processo de comunicação, ou seja, a forma como o médico se comunicou com o paciente, e a maneira pela qual as informações foram repassadas na consulta. O segundo fator é composto pelos itens 6 (*Explicação de exames solicitados anteriormente*), 7 (*Explicação de exames solicitados para retorno*), 8 (*Discussão das opções de tratamento*), 10 (*Aceitação dos planos de tratamento*), 11 (*Explicação dos medicamentos prescritos*) e 14 (*Inclusão do paciente nas decisões de tratamento*), e envolve o conteúdo da comunicação, ou seja, as informações específicas (por exemplo, exames, medicamentos) que foram transmitidas no atendimento. Na publicação original, os coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) para ambos os questionários, do médico e do paciente, foram de 0.96 (CAMPBELL et al, 2007). Quanto aos índices de confiabilidade da versão brasileira, a versão médicos apresenta alpha de Cronbach de 0,886, todavia, a versão médico não apresenta indicadores devido a amostra ter sido considerada insuficiente (JORGE, 2015).

4.6 Procedimentos

Coleta de dados.

Após a aprovação do CEP-UFMA, foi feito contato com as instituições para obter permissão de acesso aos profissionais. Depois, estabeleceu-se contato com os médicos que atendiam aos critérios de inclusão. Após a apresentação dos(as) pesquisadores(as) e uma breve descrição dos objetivos da pesquisa, foi verificado o interesse e a disponibilidade dos médicos para participarem da mesma. Diante do “aceite”, leitura e concordância, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C). Em seguida, foram fornecidas as devidas instruções e orientações quanto ao preenchimento do PCI e do IPR versão médico, sendo deixadas cópias com o profissional, que deve preencher o questionário acerca do atendimento do paciente que tenha aceitado participar da pesquisa. Diante do consentimento do médico, os(as) pesquisadores(as) se dirigiram até a secretária para obter a lista dos pacientes que seriam atendidos pelo profissional naquele período. Os

pacientes foram convidados para participar da pesquisa. Caso existisse anuência da participação, foi solicitada a leitura e assinatura do TCLE (APÊNDICE D), bem como o preenchimento do PCI versão paciente. Antes de entrar na sala para a consulta, o médico era avisado que esse paciente participaria da pesquisa (para que o mesmo pudesse preencher o IPR versão médico referente àquela consulta). Após o paciente concluir a consulta com o médico, eram fornecidas as instruções para o preenchimento do IPR versão paciente.

Análise de dados.

Para as análises estatísticas dos dados foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 20.0. Em um primeiro momento, foram feitas análises descritivas dos valores do IPR versão médico e versão paciente, inferindo-se média, desvio padrão, escore mínimo e máximo.

Com o intuito de verificar a concordância entre as percepções dos médicos e dos pacientes acerca das habilidades comunicativas do médico, foram realizadas análises conforme propostas por Jorge (2015). Primeiramente, foi calculado o escore médio total do IPR e, diante da ausência do ponto de corte, percentis foram calculados. Então, considerou-se os intervalos de 0 a 23,75 como inferior, 23,75 a 47,50 como médio inferior, 47,50 a 71,25 como médio superior e 71,25 a 95 como superior. Em seguida, os escores médios por item foram calculados e analisados em comparação com a medianas do item.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os escores médios totais foram 81,15 para médico e 79,20 para paciente (Tabela 4), ambos localizados no percentil superior, indicando que os médicos se auto avaliaram e foram avaliados de forma positiva. O mesmo ocorreu no estudo de Croitor (2010), onde os médicos também perceberam seu comportamento comunicativo de forma positiva e, também se avaliaram mais positivamente do que seus próprios pacientes, apesar dessa diferença não ser tão significativa. Resultado semelhante se encontra

também no estudo de Jorge (2015), onde os resultados dos escores totais foram 76,55 e 77,63 para médicos e pacientes, respectivamente.

Em 12 dos 19 itens, a média dos escores obtidos pelos pacientes foi inferior ao dos médicos, ou seja, os médicos se avaliaram melhor que os pacientes. Resultado diferente foi encontrado por Jorge (2015), onde em 12 dos 19 itens, os escores atribuídos pelos pacientes foi superior aos dos médicos. Não obstante, em ambos os estudos a diferença não foi significativa.

Apesar de existirem avaliações diferentes na escala, médicos e pacientes têm percepções parecidas sobre o atendimento e a relação interpessoal, indicando satisfação com as habilidades interpessoais do médico. Sendo estes resultados, satisfatórios, na medida que “uma boa comunicação pode aumentar a eficácia dos serviços de saúde” (NASSAR, 2005). Nessa perspectiva, esses resultados podem ser considerados como desejáveis em saúde, visto que a interação social é entendida como um dos instrumentos do médico capaz de potencializar efeitos positivos e funcionar como mediadora de comportamentos como satisfação com a consulta, verbalização das dúvidas, adesão ao tratamento e exposição de sentimentos (BARLETTA et al, 2015).

TABELA 4 - Média (M) e desvio padrão (DP) dos escores totais e por itens do IPR versões médico e paciente

Questões	M	DP	M	DP
	médico	médico	paciente	paciente
Escore total	81,15	10,18	79,20	12,60
1) Recepção confortável	4,60	0,503	4,60	0,940
2) Discussão das razões da consulta	4,10	1,518	4,40	1,392
3) Incentivo as expressões do paciente	4,40	0,754	4,10	1,165
4) Escuta atenta	4,70	0,470	4,50	0,889
5) Compreensão do paciente	4,80	0,410	4,55	0,826
6) Explicação dos exames solicitados anteriormente	4,45	1,276	3,95	1,538
7) Explicação dos exames solicitados para retorno	4,40	1,273	3,95	1,701
8) Discussão das opções de tratamento	3,40	2,210	3,95	1,572
9) Fornecimento de informações	4,75	0,444	4,55	1,146
10) Aceitação dos planos de tratamento	3,55	1,849	4,10	1,134
11) Explicação dos medicamentos prescritos	3,60	1,789	3,05	2,089

12) Incentivo a realização de perguntas	3,75	1,552	3,20	1,642
13) Respostas a perguntas e preocupações	4,50	1,147	4,10	1,586
14) Inclusão do paciente nas decisões do tratamento	3,60	1,789	3,80	1,609
15) Discussão dos próximos passos, incluindo os planos de tratamento	4,05	1,538	4,55	0,686
16) Verificação do entendimento do paciente	4,65	0,489	4,25	1,251
17) Expressão de cuidado e preocupação	4,70	0,470	4,45	1,050
18) Duração do tempo de atendimento adequada	4,50	0,827	4,40	0,821
19) Satisfação com a consulta do dia	4,65	0,489	4,75	0,444

Na sua autoavaliação, os médicos, em geral, obtiveram médias que variaram em um intervalo entre 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente), aproximando-se do limite máximo de pontuação do item e indicando, assim, uma avaliação positiva. Exceção aos itens 8 (*Discussão das opções de tratamento*), 10 (*Aceitação dos planos de tratamento*), 11 (*Explicação dos medicamentos prescritos*), 12 (*Incentivo a realização de pergunta*), 13 (*Respostas a perguntas e preocupações*) e 14 (*Inclusão dos pacientes nas decisões dos tratamentos*), que variaram em um intervalo entre 3 (não concordo) e 4 (concordo). Percebe-se que esses itens estão relacionados à participação ativa do paciente na discussão do seu tratamento.

Reforça esse achado o dado de que o item 10 (*Verifiquei com o paciente se os planos de tratamento eram aceitáveis para ele(ela)*) foi o que obteve menor média. Esse resultado corrobora com o encontrado por Jackson, Chamberlin e Kroenke (2001), onde os pacientes relataram que recebiam explicações pouco claras sobre diagnóstico e tratamento. Já na pesquisa de Jorge (2015), os itens que obtiveram menor média foram os itens 6 (*Explicando a solicitação de exame*) e 7 (*Explicação de exames recebidos e apresentados na consulta*). Esses itens, junto com o item 10 são itens que se referem ao conteúdo de comunicação, isto é, ao aspecto verbal das habilidades comunicativas.

Desse modo, pode-se inferir que o médico possui maior facilidade nos itens referentes ao fator 1 (Processo de Comunicação), onde são descritos comportamentos facilitadores do processo de comunicação, que tratam da forma como o médico se comunica com o paciente, essenciais para uma escuta e acolhimento satisfatórios.

Nesses itens, percebe-se que as comunicações verbais de conteúdo e forma e a comunicação não-verbal estão presentes, sendo, as comunicações verbais de forma e não verbais as de maior relevância, pois, a partir delas é que o vínculo que estabelecemos é influenciado positivamente ou negativamente (FIGUEIREDO, 2005). A comunicação das emoções ocorre muito mais por meio da comunicação não-verbal do que pela comunicação verbal, pois, a ela estão sendo aplicados a forma da fala, os gestos e as expressões faciais que acompanham, complementam ou alteram o significado da fala (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017). Por exemplo, os aspectos não-verbais (sorriso, gestos, olhar, proximidade), são responsáveis por demonstração de interesse, atenção ou ausência, regulando a interação, podendo afastar ou aproximar os membros da conversação, e a comunicação verbal de forma, que pode regular a conversação, através da velocidade, volume e extensão da fala (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999). Logo, essas habilidades acarretam em uma melhor avaliação em itens como o 1 (*Recebi de maneira confortável*) e 17 (*Expressei cuidado e preocupação*) e, conseqüentemente, no item 19 (*Satisfação com a consulta*).

Cegala, Coleman e Turner (1998), também encontraram dados semelhantes, onde os médicos se autoavaliam de maneira mais competente na habilidade de comunicação sócio-emocional, que nas demais habilidades, como o repasse de informações. Porém, segundo Franco e Alves (2005), a satisfação do paciente com a consulta pode estar ligada a esse repasse das informações e, muitas vezes elas estão sendo negligenciadas, o que causa a discordância entre médico e paciente acerca do tratamento e, conseqüentemente o adiamento do tratamento médico. Logo, percebe-se que a forma como se passa as informações para o paciente é relevante a medida que influencia no modo que o paciente recorda o conteúdo e as recomendações (JORGE, 2015). Para isso, é necessário que haja a regulação do conteúdo quanto ao objetivo, além de clareza na mensagem passada (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999). Além disso, segundo os autores, ainda há dois aspectos relevantes: a alternância entre falar e ouvir e a regulação da forma da fala, onde, a condição de falante e ouvinte é estabelecida através de pausas maiores (latência, duração da fala), expressões faciais e movimentos com as mãos., habilidades essenciais para os itens 3 (*Incentivei a expressão*), 4 (*Escuta atenta*) e 5 (*Compreensão do paciente*). Todos com alta pontuação nas avaliações de médico e paciente. Uma boa avaliação nesses itens é satisfatória, pois, de acordo com Silva (2002), pacientes estabelecem melhores vínculos com os profissionais de saúde que conseguem complementar comunicação verbal e não-

verbal e, ter conhecimento disso permite que o médico compreenda melhor que o que paciente deseja comunicar.

Em contrapartida, também pode-se inferir que os médicos possuem maior dificuldade em relação ao conteúdo da consulta, referente ao fator 2 (Conteúdo de Comunicação). Nele, os itens descrevem aspectos comportamentais verbais de conteúdo, ou seja, os conteúdos explicitamente transmitidos pela fala (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017), como explicação dos exames, medicações e planos de tratamento. Essa conduta mantém a decisão sobre a escolha do procedimento e do tratamento nas mãos do profissional, conduta que remete à fase do desenvolvimento da medicina onde o paciente era visto como aquele que recebe cuidados e ação do médico, definindo papéis sociais diferentes para ambos (BARLETTA, 2014).

Nessa tradição, os médicos viam o paciente como máquinas que precisavam ser consertadas e se viam como o detentor da sabedoria que precisava ser usada no “concerto” do paciente, propondo os melhores tratamentos e as medicações mais eficazes, ao mesmo tempo que ocorria um processo de desumanização. Ainda nessa época, os médicos começaram a perceber que muitas vezes os pacientes eram os próprios responsáveis pelo êxito do tratamento, e então passaram a agir como professores e alunos, mas, nessa relação, os médicos queriam propor um modelo de tratamento a ser seguido, e não deixavam os pacientes terem voz ativa, não escutando seus anseios (JÚNIOR; GUIMARÃES, 2003).

Atualmente, através da política de Humanização do SUS, apesar da constatação de que a humanização da relação médico-paciente traz efeitos positivos não só para o tratamento e satisfação do usuário, mas para a qualidade geral do serviço, “realizar explicações claras, verificar o grau de entendimento do paciente, não abordar os medos e ansiedades ou outros fatores da dimensão psicossocial do paciente, são algumas das ações que muitas vezes os profissionais deixam de realizar por algum descuido ou esquecimento” (JORGE, 2015, p.87).

Isso se deve ao fato de que mesmo com a implantação do SUS, ainda há dificuldades na efetivação de alguns de seus princípios, principalmente no que diz respeito às relações interpessoais entre profissionais de saúde e paciente, que impedem o desenvolvimento da integralidade da assistência (BARLETTA et al., 2014), pois, o modelo biomédico ainda domina a formação médica no contexto brasileiro e o ensino das habilidades interpessoais não é o foco (JORGE, 2015).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina, apesar de apontarem a comunicação como uma das competências gerais a serem desenvolvidas e reforçarem a ideia de que políticas humanas e sociais devem ser discutidas, as escolas destinadas à formação dos médicos ainda se baseiam no modelo tradicional. Portanto, apesar das discussões e reconhecimentos da comunicação como um ponto relevante na qualidade do serviço médico, essas habilidades ainda precisam ser desenvolvidas (NASSAR, 2005). Esse desenvolvimento é necessário, pois, as comunicações verbal e não-verbal funcionam como componentes básicos para um desempenho socialmente competente (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017). Sem embargo, é possível observar que o item que recebeu maior média foi o item 5 (*Compreendi o que o paciente tinha a dizer*). Nos estudos de Jorge (2015), os médicos também se auto avaliaram melhor neste item. Isso pode ocorrer, segundo Rossi e Batista (2006), devido ao ensino da medicina ainda ter foco na sintomatologia da doença. A medicina orienta-se fundamentalmente para identificação de domínios específicos que devem ser integrados à anamnese médica tradicional (MOURA, 2012). Logo, percebe-se que médico tem maior treino nessa área e, por isso, infere que consegue compreender as queixas que o paciente leva ao consultório.

Com relação à percepção dos pacientes sobre as habilidades comunicativas do médico, de forma semelhante à auto avaliação dos médicos, os pacientes atribuíram médias que variaram em um intervalo entre 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente). Exceto os itens 6 (*Explicação de exames*), 7 (*Explicação de exames solicitados para retorno*), 8 (*Discussão das opções de tratamento*), 11 (*Explicação dos medicamentos prescritos*), 12 (*Incentivo a realização de perguntas*) e 14 (*Inclusão dos pacientes na decisão do tratamento*) que se encaixaram no intervalo entre 3 (não concordo e nem discordo) e 4 (concordo). Corroborando o que foi encontrado na percepção dos médicos: que a indicação e escolha do tratamento ainda cabe ao profissional.

Tais resultados foram semelhantes aos dos médicos e os itens que obtiveram menor pontuação pertencem à aspectos de conteúdo. O mesmo ocorreu no estudo de Jorge (2015), onde os itens que obtiveram médias mais baixas foram os itens 6 (*Explicando a solicitação de exames*) e 7 (*Explicação de exames recebidos e apresentados na consulta*). No estudo de Caprara e Rodrigues (2004), os resultados também mostraram que quase todos os médicos buscavam manter uma relação empática com o paciente, mas apenas 40% realizavam explicações claras e compreensivas sobre o

problema. O que indica que o padrão de comunicação na relação médico e paciente ainda está focado no profissional de saúde (JORGE, 2015).

Os itens com maiores médias foram o 19 (*No geral, fiquei satisfeito com a minha consulta ao médico hoje*) e 1 (*Me recebeu de uma maneira que me fez sentir confortável*). Este último também alcançou média mais alta no estudo de Jorge (2015). Segundo Caprara e Rodrigues (2004), isso ocorre, devido ao fato de que é comum os médicos estabelecerem uma postura empática com os pacientes no início do atendimento, porém, essa postura vai mudando no decorrer do atendimento e assim, os médicos deixam de realizar habilidades específicas importantes, como a realização de explicações claras e completas, assim como, verificar se o paciente conseguiu compreender.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi realizado com o objetivo de analisar o repertório de habilidades comunicativas dos médicos em atendimentos ambulatoriais, para isso, 20 médicos e 20 pacientes responderam a um Protocolo de Caracterização Individual (PCI) e ao Instrumento de Pares Relacionados (IPR). Para análise estatística dos dados foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 20.0.

Os resultados demonstraram que tanto médicos como pacientes perceberam de forma positiva as habilidades comunicativas do médico. Um resultado satisfatório, visto que a literatura tem demonstrado que respostas habilidosas emitidas por médicos permitem que o paciente se sinta mais à vontade, obtenha informações mais claras, siga recomendações médicas e fique satisfeito com o atendimento, melhorando a qualidade do serviço (NASSAR, 2005; BARLETTA, 2014; JORGE, 2015).

O estudo também sugeriu que os médicos têm maior dificuldade nos itens que se referem ao conteúdo de comunicação, isto é, às habilidades verbais tais como, o fornecimento de informações e explicações sobre os planos de tratamento, medicamentos e exames. E maior facilidade nos itens de processo de comunicação, que fazem referência à tradicional atenção do profissional à queixa inicial na consulta e à calorosidade com que são recebidos. Esses resultados corroboram com outros estudos feitos na área (CEGALA; COLERMAN; TURNER, 1998; JACKSON et al, 2001; JORGE, 2015).

As limitações deste estudo residem no fato de que o médico sabia previamente qual paciente iria participar da pesquisa e, portanto, pode ter atendido melhor esse indivíduo. Outro ponto é que os pacientes podem ter melhor avaliado os médicos por receio de que comentários negativos os prejudicassem ou prejudicassem o médico, apesar de haverem sido avisados de que a pesquisa era totalmente anônima e os médicos não teriam acesso àquelas informações. Tal hipótese foi levantada a partir de relatos dos pacientes como “*Você trabalha aqui?*”, “*Vai ser apenas para a escola ou você trabalha com o médico?*”, “*Ele não vai ver mesmo?*”, “*Eu só tenho isso para falar, tá bom? O resto ele é maravilhoso, não posso reclamar dele*”. Por último, o pequeno número de participantes, uma vez que uma amostra maior produziria resultados mais consistentes e generalizáveis.

Sem embargo, a análise da díade médico-paciente retoma a discussão das habilidades interpessoais dos profissionais de saúde e reforçam que habilidades verbais de comunicação precisam ser continuamente desenvolvidas. Principalmente, nos estudantes para que desde sua entrada no mercado de trabalho, disponham de uma comunicação mais eficiente e empática com seus pacientes.

Por fim, sugere-se que pesquisas futuras possam ser realizadas com um número maior de médicos e pacientes, permitindo a caracterização e comparação do atendimento nos espaços público e privado; bem como o uso de métodos de observação com fins de estudo de aspectos não verbais e verbais de forma do profissional.

7 REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. A. R.; DEL PRETTE, Z. A. P. Habilidades sociais e comunicativas: Avaliação e intervenção junto a adultos com deficiência mental. In: E. G. Mendes, M. A. Almeida & M. C. P. I. Hayashi (Orgs.). **Temas em Educação Especial: conhecimentos para fundamentar a prática**. Brasília: CAPES PROESP, 2008. p. 229-238.

ALBERTI, R. E.; EMMONS, M. L. **Como se tornar mais confiante e assertivo**. Rio de Janeiro: Sextante, 2008.

ARAÚJO, Monica; SILVA, Maria Júlia; PUGGINA, Ana. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. **Revista escola enfermagem**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 25-419, set. 2007.

BAGGIO, MA. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Revista eletrônica de enfermagem**, [S.L], v. 8, p. 9-16, mar. 2006. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_1/original_01.htm>. Acesso em: 27 nov. 2017.

BARLETTA, J. B.; GENNARI, M. S.; MURTA, S. G.; CIPOLOTTI, R. Situações consideradas difíceis no atendimento médico e as habilidades sociais: reflexões sobre o ensino e a formação profissional. In: Zilda Del Prette; Adriana Benevides Soares; Camila de Sousa Pereira-Guizzo; Marcia Fortes Wagner; Vanessa Barbosa Romera Leme. (Org.). **Habilidades sociais - diálogos e intercâmbios sobre pesquisa e prática**. Novo Hamburgo: Sinopsys, v. 1, n.1, p. 44-71, 2015.

BARLETTA, J. B.; MURTA, S. G. ; CARDOSO, M. P. ; GENNARI, M. S. ; CIPOLOTTI, R. . Análise qualitativa da relação médico-paciente à luz das habilidades sociais: perspectiva de pacientes do SUS. In: Ana Lúcia Barreto da Fonsêca. (Org.). **Comportamento, Desenvolvimento e Cultura**. Curitiba, v;1, n.1, p.11-32, 2014.

BARLETTA, J. B.; MURTA, S. G.; GENNARI, M. S.; CIPOLOTTI, R. O desenvolvimento da relação médico-paciente na graduação de medicina: o olhar dos estudantes sobre o ensino das habilidades interpessoais. In: Adriana Benevides Soares; Luciana Mourão; Marcia Maria Peruzzi Elia da Mota. (Org.). **Estudante Universitário Brasileiro : Características cognitivas, habilidades relacionais e transição para o mercado de trabalho**. Curitiba: Appris Editora, v. 1, n. 1, 2016.

BARLETTA, J.B. A relação médico-paciente na graduação de medicina: avaliação de necessidades para a educação médica Tese (Doutorado em Ciências da Saúde - Núcleo de Pós Graduação em Medicina), Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Federal de Sergipe, 2014.

BARLETTA, J.B; GENNARI, M.S; CIPOLOTTI, R. A Perspectiva cognitivo-comportamental dos aspectos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente. **“Psicologia em Revista”**, n.17, v.3, 396-413, 2011.

BENAVENTE, S. et al. Influência de fatores de estresse e características sociodemográficas na qualidade do sono de estudantes de enfermagem . **Revista escola enfermagem** , São Paulo, v. 48, n. 3, p. 20-514, mai. 2018.

BICUDO-ZEFERINO, Angelica; DOMINGUES, Rosângela; AMARAL, Eliana. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. Revista brasileira de educação médica [online], v. 31, n. 2, p. 176-179, 2007. BRASIL. Parecer CNE/CES 104/2002. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 abr. 2003.

CABALLO, V.E. **Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento**. São Paulo: Editora Santos, 2002.

CAMPBELL, C. et al. Assessment of a matched-pair instrument to examine doctor-patient communication skills in practising doctors. **Medical education**, [S.L.], v. 41, n. 2, p. 123-129, 2007.

CAPRARA, A., Lins, A.; FRANCO, S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Caderno de Saúde Pública**, 1999.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CAROZZO, Nádia et al. Habilidades sociais na relação médico-paciente: um estudo nos contextos de atendimento público e privado. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2015.

CEGALA, D; COLEMAN, M; TURNER, J. the development and partial assessment of the medical communication competence scale. health commun. **Health commun**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 261-288, jan. 2007.

CROITOR, Luciana. **Percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico: elaboração e validação de um novo instrumento de medida** . 2010. 1-130 f. Dissertação (Mestrado em Neurociência)- Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

D'AVILA, Roberto Luiz. A codificação moral da medicina: avanços e desafios na formação dos médicos. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 10, n. 2, p. 399-408, dez. 2010.

DAVIS, F. A comunicação não-verbal. São Paulo: Summus, 1979.

DE MARCO, Mario Alfredo. **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das Habilidades Sociais: terapia e educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. **Psicologia das Habilidades Sociais na Infância**. Vozes: Rio de Janeiro, 2017.

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilda A. P. **Habilidades sociais: conceitos e campo teórico-prático**, 2006. Disponível em <<http://www.rihs.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/03/habilidades-sociais-conceitos-e-campo-teorico-pratico.pdf>>. Acesso em 24 de Março de 2017.

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilda A.P. Avaliação de habilidades sociais: bases conceituais, instrumentos e procedimentos. In:_____. **Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009, p. 187-229.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Desenvolvimento interpessoal: Uma questão pendente no ensino universitário. In: E. Mercuri, & S. A. J. Polydoro (Orgs.). **Estudante universitário: Características e experiências de formação**. Taubaté, SP: Cabral Editora & Livraria Universitária, 2004, p. 105-128.

DEL PRETTE, Zilda. A. P; DEL PRETTE, Almir. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

DI MATTEO et al. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. **Medical Care**. v. 18, p. 376–387, 1980.

DI MATTEO, M. R. The role of effective communication with children and their families in fostering adherence to pediatric regimens. **Patient Education and Counseling**. v. 55, p. 339–344, 2004.

EGNEW, T.R; WILSON, H.J. Role modeling the doctor-patient relationship in the clinical curriculum. **Family medicine**, v. 2, n. 43, p. 99-105, 2011. Disponível em: <<http://www.stfm.org/fmhub/fm2011/february/thomas99.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2017.

FIGUEIREDO, Evelyne. **Vínculos e Psicoterapia: A linguagem silenciosa**. Brasília, jun 2005.

FISCHER, Janine; DOMINGUES, Maria. **Comunicação não-verbal em sala de aula: Análise do corpo docente em um programa de pós-graduação- strictu sensu**. Mar Del Plata: 2005.

FRANCO, Anamélia; ALVES, Vânia. A dimensão psicossocial e a autonomia do paciente: desafios para a relação médico-paciente no programa saúde da família. **Psico**, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 99-106, jan./abr. 2005.

FURTADO, Eliane; FALCONE, Eliane; CLARK, Cintia. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade no Rio de Janeiro. **Revista Interação em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 43-51, 2003.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência e saúde**

coletiva [online]. v.15, n.1, p.255-268, 2010. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100031>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

HONDA, Giovanna Corte; BRASIO, Karina Comportamento inassertivo na dispepsia funcional. **Psicologia Teoria e prática**. [online]. v.11, n.1, p. 85-96, 2009.

INSTITUTO DE DESEMPENHO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (2016). Disponível em <<http://idsus.saude.gov.br/mapas.html>>. Acessado em 28 de Mar. 2017.

JACKSON, JL; CHAMBERLIN, J; KROENKE, K. Predictors of patient satisfaction. **Social Science and Medicine**. v. 52, n. 4, p. 609-620, 2001.

JORGE, C. C. Habilidades sociais na relação médico-paciente no contexto de atendimento em saúde pública e privada. (no prelo). Manuscrito de qualificação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de São Carlos, SP (no prelo).

JÚNIOR, Pierre; GUIMARÃES, Teresinha. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. **Revista Bioética**, v. 11, 2003.

KENNY, D. et al.. Interpersonal perception in the context of doctor–patient relationships: A dyadic analysis of doctor–patient communication. **Social Science & Medicine**. v. 70, n. 5, p. 763–768, mar. 2010.

LOBATO, O. Consulta clínica: início da relação médico-paciente. In: MARTINS, C. (Org.). **Perspectivas da relação médico paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LUIZ D'AVILA, Roberto. A codificação moral da medicina: avanços e desafios na formação dos médicos. **Revista Brasileira. Saúde Maternidade Infantil**. [online]. v. 10, 2010.

MARTINS, Monica Trovo de Araujo; PAES DA SILVA, Maria Julia. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos . 2012. 631 p. Projeto Acadêmico (Escola de Enfermagem)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MESQUITA, RM. Comunicação Não-verbal: relevância na atuação profissional. **Revista paulista de Educação Física**. v. 11, n. 2, p. 63-155, 1997.

MEYER, S; Vermes, J. Relação terapêutica. In: Rangé, B. (org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamental: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001, p. 101-110.

MOURA, JC. (Dissertação) Interações e comunicação entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde: um estudo hermenêutico. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. 2012.

MURTA, Sheila; TROCCOLI, Bartholomeu. Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. **Psicologia Teoria e Pesquisa**. [online]. v.20, n.1, p.39-47, 2004.

NASSAR, M. R. F. Comunicação e Humanização: a reconstrução do relacionamento médico-paciente como critério de qualidade na prestação de serviço. *Contemporânea*, n. 5, s/p, 2005.

OLIVEIRA, Geraldo; OLIVEIRA, Evellyn; LELES, Cláudio. Tipos de delineamento de pesquisa de estudos publicados em periódicos odontológicos brasileiros. **Revista Odonto Ciência** – Fac. Odonto/PUCRS, v. 22, n. 55, jan./mar. 2007.

PAIVA, E. S. O treinamento ambulatorial em medicina interna. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna), Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR., 1997.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>> Acessado em 24 de jun. 2017.

ROCHA et al. Relação Médico-Paciente. **Revista Medicina Residência**, v. 13, n. 2, p. 114-118, 2011.

ROSENTHAL, R. et al. **Body Talk and Tone of Voice: The Language Without Words**. *Psychology Today*, v. 8, p. 64-68, 1978.

ROSSI, P. S.; BATISTA, N. A. The teaching of communication skills in medical schools - an approach. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.10, n.19, p.93-102, jan/jun 2006.

SANCHEZ, Raquel; MENDES, Francisco. Experiência com atividades de venda e decodificação de expressões faciais. **Estudos**, Goiânia, v. 35, n. 5, p. 933-950, set./out. 2008.

SCHELLES, S. A importância da linguagem não-verbal nas relações de liderança nas organizações. **Rev. Esfera**, n.1, jan/jun 2008.

SILVA JR., A.G. O modelo hegemônico de prestação de serviços em saúde e suas reformas. In: _____. (org.) **Modelos Tecnoassistenciais de saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997, p. 41-52.

SILVA, Maria Julia Paes da. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoal**. São Paulo: Loyola, 2002. 133 p.

SILVA, Z. P.; RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, 2011.

SORCE, J. et al. Maternal emotional signaling: its effect on the visual cliff behavior of 1-year-olds. **Developmental psychology**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 195-200, jan. 1985.

SOUSA, Luisa; LEAL, Ana Lúcia; FEIJÓ, Ester. A importância da comunicação não-verbal do professor universitário no exercício de sua atividade profissional. **Revista cefac**, [S.L.], v. 12, n. 5, p. 784-787, set./out. 2010.

TEIXEIRA, C.A.B; DIÓGENES, M., LINARD, Andrea. **Comunicação, acolhimento e educação em saúde na consulta de enfermagem em ginecologia**. 2009. 38-46 f. Dissertação (Doutorado em enfermagem)- Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Conteúdo programático da disciplina de Psicologia Médica para o curso de Medicina Campus São Luis. São Luís, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Conteúdo programático da disciplina de Psicologia Médica para o curso de Medicina Campus Pinheiro. São Luís, 2013.

VASCONCELLOS, Leda Raquel; OTTA, Emma. Comparação do comportamento gestual entre maus e bons oradores durante a comunicação em público. 153-158 p. Artigo (Mestrado em Psicologia) – PUC- CAMPINAS, **Psicologia em Revista**, 2003. Disponível em<<http://200.229.32.55/index.php/psicologiaemrevista/article/view/174/187>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

VEATCH, R. M. Models for ethical medicine in a revolutionary age. **Hastings Center Report**, vol. 2, n. 3, p. 5-7, 1972.

WALDEN, T. A.; FIELD, T. T. M. Discrimination of facial expression by preschool children. **Child Development**, v. 53, p. 1312-1319, 1982.

ZOLNIEREK, K.M; DI MATTEO, M.R. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. **Medical Care**, v. 47, n. 8, p. 34-826, 2009.

ANEXOS

ANEXO A: Instrumento de Pares Relacionados - versão para médico

Este questionário tem o objetivo de identificar como você se percebe em relação à comunicação, nas consultas com seus pacientes. Para responder, pense na consulta que você acabou de realizar com o seu paciente e na maneira como você se comportou durante ela.

Não existem respostas “certas” e “erradas”. Somente sua opinião é necessária. Responda calmamente sem se preocupar com o tempo.

Para cada item, você terá que escolher apenas uma única opção dentre as respostas indicadas na primeira linha do questionário. Faça um ‘X’ na que melhor descreve como você se sente. As possíveis alternativas são:

- CONCORDO TOTALMENTE
- CONCORDO
- NÃO CONCORDO E NEM DISCORDO
- DISCORDO
- DISCORDO TOTALMENTE

Caso você considere que algum item deste questionário não se aplique a esta consulta em especial, você pode selecionar a opção:

- NÃO SE APLICA

Data: ___/___/___

Número controle do médico: _____

Número controle do paciente: _____

Eu:	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica
1. Recebi o(a) paciente de uma maneira que o fez se sentir confortável;						
2. Discuti as razões que trouxeram o(a) paciente à consulta hoje;						
3. Incentivei o(a) paciente a expressar seus pensamentos sobre seus problemas de saúde						
4. Ouvi atentamente o que o(a) paciente tinha a dizer;						
5. Compreendi o que o(a) paciente tinha a dizer;						
6. Caso um exame médico tenha sido solicitado, expliquei completamente o que foi feito e o porquê;						
7. Expliquei ao(à) paciente os exames complementares necessários (por exemplo: exame de sangue, raios-X, ultrassom, etc) para explorar o seu problema;						
8. Discuti as possíveis opções de tratamento com o(a) paciente;						
9. Furneci ao(à) paciente as informações que ele(ela) queria;						
10. Verifiquei com o(a) paciente se os planos de tratamento eram aceitáveis para ele(ela);						
11. Expliquei os medicamentos, caso prescritos, incluindo seus possíveis efeitos colaterais;						
12. Incentivei o(a) paciente a fazer perguntas;						
13. Respondi às perguntas e preocupações do(a) paciente;						
14. Inclui o(a) paciente nas decisões do tratamento, tanto quanto ele(ela) queria;						
15. Discuti os próximos passos, incluindo os planos de acompanhamento;						
16. Assegurei-me de que o(a) paciente tinha entendido tudo;						
17. Expressei cuidado e preocupação com o(a) paciente como pessoa;						
18. Passei a quantidade adequada de tempo com o paciente;						
19. No geral, fiquei satisfeito(a) com a consulta de hoje.						

ANEXO B: Instrumento de Pares Relacionados - versão paciente

Este questionário tem como objetivo identificar o modo como você percebeu a comunicação do(a) seu/sua médico(a) e outros aspectos da interação com ele/ela, durante a consulta que você acabou de realizar. Assim sendo, para responder as questões, pense na consulta que você acabou de ter e na maneira como seu/sua médico(a) se comportou durante ela.

Não existem respostas “certas” e “erradas”. Somente sua opinião é necessária.

Responda calmamente sem se preocupar com o tempo.

Para cada questão, você terá que escolher apenas uma única alternativa das respostas indicadas na primeira linha do questionário. Faça um ‘X’ na alternativa que melhor descreve como você se sente. As possíveis alternativas são:

- CONCORDO TOTALMENTE
- CONCORDO
- NÃO CONCORDO E NEM DISCORDO
- DISCORDO
- DISCORDO TOTALMENTE

Caso você considere que algum item deste questionário não aplique a esta consulta em especial, você pode selecionar a opção:

- NÃO SE APLICA

Data: ___/___/___

Número controle do médico: _____

Número controle do paciente: _____

Este médico(a):	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica
1. Me recebeu de uma maneira que me fez sentir confortável;						
2. Discutiu as razões que me trouxeram à consulta hoje;						
3. Me incentivou a expressar o que eu penso sobre meus problemas de saúde;						
4. Ouviu atentamente o que eu tinha a dizer;						
5. Compreendeu o que eu tinha a dizer;						
6. Caso um exame médico tenha sido solicitado para os seus problemas de saúde, o(a) médico(a) explicou completamente o que foi feito e o porquê;						
7. Explicou os exames complementares necessários (por exemplo: exame de sangue, raios-x, ultrassom etc.) para explorar meu problema;						
8. Discutiu as possíveis opções de tratamento comigo;						
9. Me forneceu as informações que eu queria;						
10. Verificou se eu aceitava o(s) plano(s) de tratamento proposto(s) para mim;						
11. Explicou os medicamentos, caso tenham sido prescritos para mim, incluindo seus possíveis efeitos colaterais;						
12. Me incentivou a fazer perguntas;						
13. Respondeu às minhas perguntas e preocupações;						
14. Me incluiu nas decisões do tratamento o tanto que eu queria;						
15. Discutiu comigo os próximos passos, incluindo os planos de acompanhamento;						
16. Se assegurou de que eu tinha entendido tudo;						
17. Expressou cuidado e preocupação comigo, não apenas como paciente, mas também como pessoa;						
18. Passou a quantidade adequada de tempo comigo;						
19. No geral, fiquei satisfeito com a minha consulta ao médico hoje.						

APÊNDICES

APÊNDICE B: Protocolo de Caracterização Individual - versão paciente

Número de controle do médico _____ Número de controle do paciente _____

1. Sexo: () Masculino () Feminino

2. Data de nascimento: ___/___/_____

3. Escolaridade:

() Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto ()
Médio completo () Superior incompleto () Superior completo () Pós-graduado

4. Tem diagnóstico clínico: () Não () Sim. Qual? _____

5. Há quanto tempo faz acompanhamento neste serviço? _____

6. Há quanto tempo é paciente deste médico? _____

7. Natureza da consulta

() Primeira vez () Retorno () Nova consulta: novo motivo () Consulta periódica

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão médico



Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Centro de Ciências Humanas – CCH

Departamento de Psicologia - DEPSI

Campus Universitário do Bacanga, Av. dos Portugueses s/n

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa que você está sendo convidado(a) a participar intitula-se Habilidades sociais na relação médico-paciente: um estudo nos contextos de atendimentos público e privado. O trabalho tem como objetivo geral: relacionar as habilidades comunicativas e sociais de médicos com a satisfação dos pacientes com a consulta. O mesmo é desenvolvido pelas professoras Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo e Catarina Malcher Teixeira, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão.

Com a assinatura deste documento, você concorda em participar no estudo e declara estar ciente do seguinte:

1. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas⁴ com seres humanos da Universidade Federal do Maranhão – UFMA (CEP/UFMA);
2. A minha participação na pesquisa consiste em respostas a dois questionários sobre mim e 1 questionário sobre o atendimento que prestei a um paciente. Caso sinta-me desconfortável ou incomodado(a), por qualquer motivo, será possível interromper a participação a qualquer momento, sem nenhum tipo de penalidade ou prejuízo;
3. Não haverá nenhum custo para participar desta pesquisa e também qualquer remuneração ou gratificação por parte da pesquisadora ou qualquer pessoa envolvida na pesquisa;
4. Está assegurado meu anonimato e as pesquisadoras ficarão à disposição para eventuais esclarecimentos;
5. Os riscos em participar deste estudo incluem possíveis desconfortos ou pensamentos aversivos, que caso ocorram, o estudo será interrompido;

⁴ O CEP/UFMA funciona na Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C Sala 07. E-mail para correspondência cepufma@ufma.br Fone: 3272-8708.

6. O benefício que esse trabalho poderá trazer não é direto nem imediato. Os resultados alcançados poderão contribuir para fomentar o desenvolvimento de repertório em habilidades comunicativas e sociais de profissionais da saúde, bem como auxiliar no desenvolvimento de estratégias de melhoria na atenção ao usuário;
7. Receberei uma cópia deste termo.

Considerando estes elementos, autorizo a divulgação dos dados coletados referentes à minha participação, de modo que eu não possa ser identificado.

São Luis, _____ de _____ de 2016.

Coordenadora da Pesquisa⁵

Assinatura do médico participante

⁵ Contato das coordenadoras da Pesquisa: Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CCH, Sala do Departamento de Psicologia. E-mail pessoal para correspondência nadia.pinheiro@ufma.br e catarinamalcher@hotmail.com Fone: 3272-8335 e 3272-8336.

APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- versão paciente



Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Centro de Ciências Humanas – CCH

Departamento de Psicologia - DEPSI

Campus Universitário do Bacanga, Av. dos Portugueses s/n

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa que você está sendo convidado(a) a participar intitula-se Habilidades sociais na relação médico-paciente: um estudo nos contextos de atendimentos público e privado. O trabalho tem como objetivo geral: relacionar as habilidades comunicativas de médicos com a satisfação dos pacientes com a consulta. O mesmo é desenvolvido pelas professoras Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo e Catarina Malcher Teixeira, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão.

Com a assinatura deste documento, você concorda em participar no estudo e declara estar ciente do seguinte:

1. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos da Universidade Federal do Maranhão – UFMA (CEP/UFMA)⁶;
2. A minha participação na pesquisa consiste em respostas um questionário sobre mim, um questionário sobre o médico e um questionário sobre o atendimento que recebi. Caso sinta-me desconfortável ou incomodado(a), por qualquer motivo, será possível interromper a participação a qualquer momento, sem nenhum tipo de penalidade ou prejuízo;
3. Não haverá nenhum custo para participar desta pesquisa e também qualquer remuneração ou gratificação por parte da pesquisadora ou qualquer pessoa envolvida na pesquisa;
4. Está assegurado meu anonimato e as pesquisadoras ficarão à disposição para eventuais esclarecimentos;

⁶ O CEP/UFMA funciona na Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C Sala 07. E-mail para correspondência cepufma@ufma.br Fone: 3272-8708.

5. Os riscos em participar deste estudo incluem possíveis desconfortos ou pensamentos aversivos, que caso ocorram, o estudo será interrompido;
6. O benefício que esse trabalho poderá trazer não é direto nem imediato. Os resultados alcançados poderão contribuir para ajudar no desenvolvimento de comportamentos de comunicação e social dos médicos, e também auxiliar no desenvolvimento de alternativas de melhoria na atenção ao usuário;
7. Receberei uma cópia deste termo.

Considerando estes elementos, autorizo a divulgação dos dados coletados da minha participação, de modo que eu não possa ser identificado.

São Luis, _____ de _____ de 2016.

Coordenadora da pesquisa⁷

Assinatura do paciente participante

⁷ Contato das coordenadoras da Pesquisa: Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CCH, Sala do Departamento de Psicologia. E-mail pessoal para correspondência nadia.pinheiro@ufma.br e catarinamalcher@hotmail.com Fone: 3272-8335 e 3272-8336.