

LUCIANA MANTOVANI NOCETTI CROITOR

**Percepção de pacientes do comportamento comunicativo do
médico: elaboração e validação de um novo instrumento de medida**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Neurociências da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Neurociências.

Área de concentração:
Neurociências clínica

Orientador:
Prof. Dr. Sérgio Dias Cirino

Co-orientador:
Prof. Dr. Antonio Lucio Teixeira Junior

Belo Horizonte

2010

AGRADECIMENTOS

Ao Du, meu parceiro de vida, pelo amor, companhia e por me fazer querer ser uma pessoa melhor.

À Anita, nossa pequena, pela alegria e por tornar nossa vida mais emocionante.

À grande família, nossos queridos, pelo apoio e orações.

Ao Sérgio, meu orientador, pela eficiência, paciência e amizade, o que tornou esse processo mais prazeroso.

Ao Antonio, meu co-orientador, pela abertura, visão médica e contribuições na pesquisa.

À Angela, coordenadora do Programa de Pós-graduação em Neurociências, pela convivência nas reuniões do Colegiado, pelo acolhimento e carinho demonstrados.

Ao Daniel, colega da FAE, pela participação no processo de pesquisa e pela disponibilização do TCBQ.

Ao Arthur, colega da neuro, pelo auxílio e orientações sobre o BDI.

Aos professores Miguel e Sandra, bem como aos colegas da disciplina “Cultura e processos de subjetivação”, pela possibilidade de pensar as relações humanas através de novas lentes.

Aos colegas da disciplina “Didática no ensino superior”, especialmente os médicos, pelas discussões e pré-teste do questionário.

À Prof. Mônica e ao Prof. Ed Krupat, responsáveis pela escala PPOS, pela disponibilização da mesma e pela abertura ao diálogo.

À Naymme, que mostrou-se amiga, pela contribuição na elaboração do QCCM e aplicação dos questionários no meu período pós-parto.

Aos colegas da neuro, pela convivência e pelas contribuições nos seminários e nas conversas.

Aos funcionários, médicos e pacientes do Ambulatório de Endocrinologia (HC-UFMG), pela receptividade e por possibilitarem a realização da pesquisa de maneira tão agradável.

Ao grupo Sarima, colegas estatísticos, pelo profissionalismo e paciência demonstrados durante a consultoria no terreno árido da análise estatística.

À Deborah, pela revisão deste trabalho.

À Keyla, pela amizade, carinho, apoio em todas as horas e na revisão do *abstract*.

E, finalmente, às minhas amigas “*mothers*”, pelo suporte em oração, conversas, risadas e trocas de experiências de como conciliar todas as atividades de uma mulher, moderna, mãe, profissional, realizada e feliz!

*O que faz andar a estrada? É o sonho.
Enquanto a gente sonhar a estrada permanecerá viva.
É para isso que servem os caminhos, para nos fazerem parentes do futuro.*

Mia Couto (Terra sonâmbula, 2007)

RESUMO

Estudos têm evidenciado a importância de uma comunicação mais aberta, com mais qualidade e diminuição da assimetria na relação médico-paciente. Entende-se que a comunicação médico-paciente é de tal importância que interfere, não apenas na satisfação e no entendimento do paciente, mas também na adesão ao tratamento. Nesse sentido, as *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina* apontam a “necessidade de o aluno aprender a comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares, informando-os e educando-os por meio de técnicas apropriadas”. Instrumentos como o *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE), o *Clinical Performance Examination* (CPE) e o *Patient-practitioner orientation scale* (PPOS), vêm sendo utilizados para avaliar habilidades clínicas e atitudes do médico e do estudante. O presente trabalho apresenta o resultado de um processo de elaboração e validação de um novo instrumento, o Questionário do Comportamento Comunicativo do Médico (QCCM), com base no *Teacher Communication Behavior Questionnaire* (TCBQ), para analisar a percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico. Trata-se de um estudo exploratório do qual foram sujeitos 106 pacientes cadastrados no Ambulatório de Endocrinologia do Anexo Hospital Borges da Costa, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), bem como os 10 médicos auxiliares desse centro de atendimento. Na elaboração do novo instrumento, com foco específico na área médica, foram consideradas as características desejáveis no médico para um processo comunicativo eficiente. Na validação externa, identificou-se uma possível associação entre escala PPOS e QCCM, ficando comprovadas, estatisticamente, evidências de associação entre a atitude do médico em relação ao paciente e a percepção do paciente do comportamento comunicativo do médico. Na validação interna do QCCM, as escalas do questionário apresentaram confiabilidade satisfatória, exceto a escala Controle. Os valores dos índices para cada escala analisada indicaram uma percepção positiva do paciente em relação à comunicação do médico, no contexto do estudo. Os médicos perceberam seu comportamento comunicativo de uma forma mais positiva do que seus próprios pacientes. Quando considerado o gênero do médico,

pacientes homens apresentaram uma percepção mais positiva das médicas do que dos médicos em relação à escala Controle; e pacientes mulheres perceberam as médicas mais compreensivas e amigáveis que os médicos. Considerando a escolaridade, pacientes com nível superior tiveram uma percepção mais positiva dos médicos em relação à escala Controle. Considerando a presença de sintomas depressivos, pacientes sem depressão tiveram uma percepção mais positiva em relação ao encorajamento e elogio de seus médicos. Por fim, considerando o tempo do médico no Ambulatório de Endocrinologia, pacientes tiveram uma percepção menos positiva do controle de médicos com mais de 20 anos de trabalho no serviço. Ajustes no QCCM são necessários, mas certamente, esse instrumento poderá contribuir na reflexão da prática médica, na melhoria da comunicação e como instrumento auxiliador em programas de humanização na relação médico-paciente. Estudos futuros poderão melhor definir os fatores relacionados à percepção do paciente do comportamento comunicativo do médico.

Palavras chaves: relação médico-paciente; comunicação médico-paciente; educação médica; percepção de pacientes.

ABSTRACT

Studies have been highlighting the importance of an opened communication, with more quality and reduction of asymmetry inside the doctor-patient relationship. The doctor-patient communication is so important that affects not only the patient's satisfaction and understanding, but the adherence to the treatment as well. Regarding this topic, the Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina indicates the "need of the student to learn how to communicate properly with colleagues, patients and relatives, informing and educating through the appropriate techniques". Instruments like the Objective Structured Clinical Examination (OSCE), the Clinical Performance Examination (CPE) and the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) have been used to evaluate clinical skills and doctor and medical student's attitudes. This study presents the result of the elaboration process and validation of a new instrument, the Doctor Communication Behavior Questionnaire (DCBQ-QCCM), based on the Teacher Communication Behavior Questionnaire (TCBQ), to analyze the patients' perception of the doctor's communication behavior. It is an exploratory study that surveyed 106 patients registered at the Ambulatório de Endocrinologia of Anexo Hospital Borges da Costa, Hospital das Clínicas of Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), as well as 10 adjutant doctors of this clinic. Through the development of the new instrument (QCCM), with a specific focus on the medical field, it was considered the desirable doctor's profile for an efficient communication process. In the external validation, a possible association has been identified between PPOS scale and QCCM, therefore proving, statistically, evidences of an association between the doctor's attitude towards the patient and the patient's perception of doctor's communication behavior. During the internal validation of QCCM, the instruments' scales showed a satisfactory liability, except from the Controlling scale. The values of the scores of every analyzed scale indicate a positive perception of the doctor communication, in the context of this study. The doctors' perception of their communication behavior was more positive than their own patients' perception. When considered the doctor's gender, male patients showed a more positive perception about Controlling scale of female doctors than male doctors; and female patients perceived female doctors more understanding and friendly than

male doctors. Considering the patient's schooling, patients with a high education level had more positive perception about Controlling scale. Considering the existence of depressive symptoms, patients without depression had more positive perception about encouragement and praise of their doctors. Lastly, considering doctor's time at the endocrinology clinic, patients had less positive perception about controlling of doctors with more than 20 years of work at the clinic. Some adjustments in the QCCM are required, but certainly, this instrument can contribute to the reflection on the medical practice and communication improvement as well as serve as an auxiliary instrument in humanization programs for the doctor-patient relationship. Futures studies can better define the factors related to patients' perception of the doctor's communication behavior.

Key words: doctor-patient relationship; doctor-patient communication; medical education; patient's perception.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Modelo simplificado aproximado da percepção	18
FIGURA 2 - Local de espera no Ambulatório de Endocrinologia (HC-UFMG)	39
FIGURA 3 - Entrevista sendo realizada no final do corredor do Ambulatório de Endocrinologia, Anexo Borges da Costa, Hospital das Clínicas da UFMG	48
GRÁFICO 1 - Histograma da distribuição dos pacientes por tempo de diagnóstico .	56
GRÁFICO 2 - Distribuição dos pacientes por tempo de acompanhamento no serviço médico	56
GRÁFICO 3 - Histogramas das médias das respostas dos pacientes para as cinco escalas	60
QUADRO 1 - Descrição das escalas e uma amostra de item para cada escala do TCBQ	41
QUADRO 2 – Síntese comparativa entre TCBQ e QCCM	42
QUADRO 3 - Definição das escalas do novo instrumento QCCM	46
QUADRO 4- Distribuição e quantidade de questionários por médico	50
QUADRO 5 - Classificação para o coeficiente de variação.....	59
QUADRO 6 - Modelo hipotético do novo instrumento QCCM	69

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição dos pacientes por gênero.....	54
TABELA 2 - Distribuição dos pacientes por idade.....	54
TABELA 3 - Distribuição dos pacientes por escolaridade	55
TABELA 4 - Distribuição dos pacientes por diagnóstico	55
TABELA 5 - Tempo de diagnóstico e tempo de acompanhamento no serviço	55
TABELA 6 - Distribuição dos médicos por gênero	57
TABELA 7 - Tempo de prática médica	57
TABELA 8 - Tempo no ambulatório.....	57
TABELA 9 - Distribuição dos médicos por tipo de formação	58
TABELA 10 - Distribuição dos médicos segundo a prática de ensino.....	58
TABELA 11 - Grau de satisfação profissional	58
TABELA 12 - Análise descritiva dos índices das escalas de análise	59
TABELA 13 - PPOS Médicos	62
TABELA 14 - Análise descritiva dos indicadores de atitude do médico quanto à relação médico-paciente e da percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico	63
TABELA 15 - Resultados dos testes de correlação entre as escalas PPOS e QCCM	64
TABELA 16 - Confiabilidade do questionário à luz das escalas, segundo a percepção dos pacientes	66
TABELA 17 - Confiabilidade do questionário à luz das escalas, segundo a percepção dos pacientes do gênero feminino.....	67
TABELA 18 - Confiabilidade do questionário à luz das escalas, segundo a percepção dos pacientes do gênero masculino	68
TABELA 19 - Confiabilidade do questionário à luz das escalas, segundo a percepção dos médicos	69
TABELA 20 - Resultados da análise fatorial do QCCM.....	71
TABELA 21 - Média, desvio padrão e coeficiente de variação da percepção dos pacientes para cada médico.....	72
TABELA 22 - Diferenças nas escalas do QCCM, segmentadas pela categoria gênero do paciente	73

TABELA 23 - Diferenças nas escalas do QCCM, segmentadas pela categoria gênero do médico, sob a ótica de pacientes do gênero masculino	74
TABELA 24 - Diferenças na escalas do QCCM, segmentadas pela categoria gênero do médico, sob a ótica de pacientes do gênero feminino	74
TABELA 25 - Diferenças nas escalas do QCCM, segmentadas pela variável escolaridade	75
TABELA 26 - Correlação entre tempo de acompanhamento e a percepção do comportamento comunicativo do médico	75
TABELA 27 - Relação entre presença de sintomas depressivos e a percepção do comportamento comunicativo do médico	76
TABELA 28 - Tempo de prática médica e o índice da percepção do comportamento comunicativo do médico	77
TABELA 29 - Tempo do médico no ambulatório de endocrinologia e índice da percepção do comportamento comunicativo do médico.....	77

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BDI – *Beck Depression Inventory*

CETRANS – Centro de Educação Transdisciplinar

CIRET – Centro Internacional de Pesquisas e Estudos Transdisciplinares

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CPE – *Clinical Performance Examination*

CV – Coeficiente de Variação

DEPE – Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão

DP – Desvio Padrão

FM- UFMG - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

HC-UFMG – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

IEAT – Instituto de Estudos Avançados Transdisciplinares

LBD – Lei de Diretrizes Básicas

OSCE – *Objective Structured Clinical Examination*

PPOS – *Patient-Practitioner Orientation Scale*

QCCM – Questionário do Comportamento Comunicativo do Médico

TCBQ – *Teacher Communication Behavior Questionnaire*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNESP – Universidade Estadual de São Paulo

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA	11
1.1	Neurociência e pesquisa trans e interdisciplinar	11
1.2	Comunicação e percepção	16
1.3	Relação e comunicação médico-paciente.....	19
1.4	Reflexões sobre a subjetividade na relação médico-paciente	22
1.5	O ensino da comunicação médico-paciente e o uso de instrumentos	27
1.6	A percepção dos pacientes.....	33
2	OBJETIVOS	37
2.1	Objetivo geral.....	37
2.2	Objetivos específicos	37
3	MÉTODO	38
3.1	Os sujeitos	38
3.2	O ambulatório de endocrinologia do HC - UFMG	38
3.3	Os instrumentos de medida	39
3.3.1	TCBQ e sua adaptação para QCCM	40
3.3.2	O questionário demográfico-clínico.....	43
3.3.3	O questionário perfil médico	43
3.3.4	O Inventário de Depressão de Beck	43
3.3.5	A escala PPOS	44
3.4	Procedimentos	45

3.4.1	Procedimentos teóricos	45
3.4.2	Procedimentos empíricos	48
3.4.3	Procedimentos analíticos.....	50
4	RESULTADOS	54
4.1	Caracterização da amostra	54
4.1.1	Perfil dos pacientes participantes da pesquisa	54
4.1.2	Perfil dos médicos participantes da pesquisa	57
4.2	As estatísticas dos índices para as escalas	58
4.3	Validação do QCCM	61
4.3.1	Validação Externa.....	61
4.3.2	Validação Interna	64
4.3.3	Análise fatorial	69
4.4	Comparações entre a percepção do paciente e a percepção do médico	71
4.5	Comparações possíveis.....	73
4.5.1	Gênero dos pacientes	73
4.5.2	Variável gênero dos pacientes versus variável gênero dos médicos.....	73
4.5.3	Escolaridade dos pacientes	74
4.5.4	Tempo de acompanhamento dos pacientes no serviço.....	75
4.5.5	Presença de sintomas depressivos	76
4.5.6	Tempo de prática médica	76
4.5.7	Tempo do médico no ambulatório de endocrinologia	77
4.6	Resultados qualitativos	78
5	DISCUSSÃO	80

5.1	Síntese da discussão	87
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS E REFLEXÕES PARA ESTUDOS FUTUROS	88
6.1	Síntese das considerações finais e futuras.....	89
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
	APÊNDICE A – Questionário comportamento comunicativo do médico (QCCM) – versão final para pacientes.....	98
	APÊNDICE B – Questionário demográfico-clínico para pacientes	100
	APÊNDICE C – Questionário perfil médico	101
	APÊNDICE D – Primeira versão do QCCM	102
	APÊNDICE E – Segunda versão do QCCM.....	103
	APÊNDICE F – Questionário comportamento comunicativo do médico (QCCM) – versão para médicos	105
	APÊNDICE G – Cartão de respostas utilizado na entrevista com pacientes na aplicação do QCCM	107
	APÊNDICE H – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para pacientes.....	108
	APÊNDICE I – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para médicos.....	110
	APÊNDICE J – Análise dos dados ausentes dos itens do QCCM para pacientes.....	112

APÊNDICE K - Análise Fatorial do QCCM - Método de componentes principais	113
APÊNDICE L - Análise Fatorial do QCCM - Rotação Varimax	114
APÊNDICE M - Análise Fatorial do QCCM - Rotação Promax	115
ANEXO A – Teacher Communication Behavior Questionnaire (TCBQ) – versão em português.....	116
ANEXO B – Inventário de depressão de Beck (BDI) – versão em português	119
ANEXO C – Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) – versão em português	121
ANEXO D – Autorização da autora para utilização da versão em português da escala PPOS	122
ANEXO E – Autorização do autor original para uso da escala PPOS.....	123
ANEXO F – Carta de aprovação da pesquisa pela Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE).....	124
ANEXO G – Carta de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP/UFMG).....	125

1 CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA

1.1 Neurociência e pesquisa trans e interdisciplinar

A pesquisa acadêmica científica vive, atualmente, um conflito na forma e no processo de construção do conhecimento. Se, por um lado, há uma compartimentalização do conhecimento através da constituição de disciplinas, por outro, busca-se uma visão do conhecimento “mais holística, com sistemas abertos e capazes de produzir uma nova ciência, novas tecnologias” (DOMINGUES, 2003). Nesse contexto, muito se fala em interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, mas ainda existem debates sobre as definições dos termos e como essas atividades se apresentam no campo acadêmico. Apesar disso, torna-se importante explorar um pouco o histórico e a diferenciação dos termos interdisciplinar e transdisciplinar, apenas para contextualizar a presente pesquisa.

Historicamente, o processo de disciplinarização do conhecimento inicia-se com a primeira grande diferenciação entre conhecimento filosófico e científico, no século XVII, o que influenciou a concepção ocidental de conhecimento, bem como suas práticas metodológicas (RODRIGUES, 2008). Até então, a especificação do conhecimento científico nas universidades da Europa, durante os séculos XIV e XV, era impedida pela forte dominação clerical. As poucas disciplinas existentes, tais como astrologia, física natural, aritmética, geometria, provenientes de macrodisciplinas, as chamadas "cátedras", como Ciência, Medicina e Filosofia, apresentavam-se ainda demasiadamente amplas e generalistas. Essa não-especialização, e sua consequente estagnação, perdurou até o século XV, quando grupos economicamente influentes promoveram o desenvolvimento das ciências naturais de modo independente das universidades. Contudo, o mesmo só veio a ocorrer com as ciências humanas no fim do século XVIII e primeira metade do XIX, período que coincide com a revitalização das universidades. Todavia, o reconhecimento formal de muitas das disciplinas de hoje (sociologia, história, geografia, economia, ciência política, antropologia, psicologia) só começou após 1850 e levou, praticamente, 100 anos (RODRIGUES, 2008).

Assim, pouco antes da metade do século XX, era possível identificar um número significativo de disciplinas, tanto nas ciências naturais como nas sociais. A

conclusão dessa primeira grande diferenciação disciplinar teve um grande impacto de ordem epistemológica. As novas disciplinas desenvolveram e delimitaram seus objetos, seus métodos de abordagem empírica e seus escopos teóricos. Ou seja, a disciplinarização propiciou a autonomia epistemológica. E tal processo seguiu nestes moldes, gerando as disciplinas que tomamos hoje por "tradicionais", até 1945 (RODRIGUES, 2008).

As grandes transformações políticas no período pós II Guerra Mundial, com o poderio científico dos Estados Unidos, levaram outras nações, como a ex-União Soviética e diversos países europeus, a investirem de forma maciça em vários ramos de pesquisa. Nesse contexto, a grande expansão da capacidade produtiva do sistema capitalista passa a exigir cada vez mais o conhecimento especializado, com o desenvolvimento das universidades como centro de pesquisa e excelência. O processo de hiperespecialização surge como consequência última da aplicação da abordagem metodológica indutivista-dedutivista, a qual permeia toda a ciência moderna (baseada muito mais em análise do que em síntese) e leva o conhecimento disciplinar a confrontar-se com as próprias fronteiras de cada disciplina. Dessa forma, os limites entre as tradicionais propiciaram o desenvolvimento de novas disciplinas. Essa fragmentação do conhecimento, conforme fora proposta por Descartes (dividir cada uma das dificuldades em tantas parcelas quanto possíveis e quantas necessárias fossem para melhor resolvê-las) parece ter conduzido a ciência à infinidade do conhecimento (RODRIGUES, 2008).

Como resposta à progressiva compartimentalização e limites do saber disciplinar inicia-se um movimento de incorporação, na ciência moderna, do pensamento interdisciplinar. Na gênese desse movimento, não se pode ignorar o pensamento do filósofo francês Georges Gusdorf, o qual defende o projeto interdisciplinar como busca da totalidade do conhecimento (ALVARENGA *et al.* 2005). Segundo Gusdorf, em prefácio de livro de Japiassu (1976), perde-se com o modelo característico de racionalidade científica a valorização de qualquer tipo de inteligibilidade universal do pensamento humano baseado em mitos e cosmogonias.

Alguns autores, como Capra (1988) e Morin (2000), consideram que o mundo contemporâneo se defronta com vários desafios relacionados com o pensamento fragmentado, fruto do racionalismo da era moderna.

No Brasil, a partir de 1976, Hilton Japiassu foi responsável por introduzir as concepções sobre interdisciplinaridade decorrentes do I Seminário Internacional sobre pluri e interdisciplinaridade, na Universidade de Nice, França (1970). Japiassu, no terreno epistemológico, e Ivani Fazenda, no campo da educação, tiveram papel importante na divulgação do tema (ALVES *et al.*, 2004). Segundo Japiassu (1976), a interdisciplinaridade é considerada como saída para o problema da disciplinaridade, caracterizada como “doença”.

A interdisciplinaridade surge, então, como resposta ao processo de fragmentação disciplinar. Ela pode ser definida como um ponto de cruzamento entre as disciplinas, como a integração de dois ou mais componentes curriculares na construção do conhecimento (LEIS, 2005). Ou seja, a interdisciplinaridade ainda está presa às disciplinas, mas procura um equilíbrio entre a análise fragmentada e a síntese simplificadora (JANTSCH & BIANCHETTI, 2002).

Autores que estudam a interdisciplinaridade no ensino indicam que ela está associada, também, ao desenvolvimento de certas características de personalidade, tais como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis (TORRES, 1998; FAZENDA, 1996).

Segundo Nicolescu (2005), o termo transdisciplinaridade aparece pela primeira vez nas falas de Piaget, Erich Jantsch e André Lichnerowic, no referido I Seminário Internacional sobre pluri e interdisciplinaridade (1970), iniciando a reflexão e o estudo sobre transdisciplinaridade. O mesmo autor atribui a Piaget a proposta de uma primeira descrição do significado do termo. A partir de então, foram promovidos debates, seminários e colóquios de caráter internacional que divulgaram o tema. Em 1994, o I Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, organizado pelo Centro Internacional de Pesquisas e Estudos Transdisciplinares (CIRET), em parceria com a UNESCO, realizado em Portugal, gerou a Carta da Transdisciplinaridade¹. Pela análise do documento, Alvarenga, Sommerman e Alvarez (2005) identificam “avanços de alguns passos a mais na definição do referido conceito, assim como das bases teórico-epistemológicas, fornecendo mais subsídios para a definição de

¹ Este documento é assinado por 62 participantes, de 64 países, representados pelo comitê de redação composto por Lima de Freitas, Edgard Morin e Basarab Nicolescu, em 6 de novembro de 1994. Encontra-se, na íntegra, disponível em: <http://www.redebrasileiradetransdisciplinaridade.net/>

uma metodologia transdisciplinar” (p.20). Quanto à definição do conceito, destacam-se os artigos 3 e 5 da referida Carta:

Artigo 3: (...) A transdisciplinaridade não procura o domínio sobre várias outras disciplinas, mas a abertura de todas elas àquilo que as atravessa e as ultrapassa. (...).

Artigo 5: A visão transdisciplinar é resolutamente aberta na medida em que ela ultrapassa o domínio das ciências exatas devido ao seu diálogo e sua reconciliação não somente com as ciências humanas, mas também com a arte, a literatura, a poesia e a experiência espiritual.

A Carta da Transdisciplinaridade também aponta a importância de mudança na atitude do pesquisador e do ator transdisciplinar, como por exemplo, no artigo 14:

Artigo 14: Rigor, abertura e tolerância são características fundamentais da atitude e da visão transdisciplinar. O rigor na argumentação, que leva em conta todos os dados, é a melhor barreira contra possíveis desvios. A abertura comporta a aceitação do desconhecido, do inesperado e do imprevisível. A tolerância é o reconhecimento do direito às idéias e verdades contrárias às nossas.

Em 1997, o congresso intitulado “Que Universidade para o Amanhã? Em busca de uma evolução transdisciplinar da Universidade”, também organizado pelo CIRET, em parceria com a UNESCO, realizado em Locarno, Suíça, gerou um “documento síntese”², no qual são apontados três pilares metodológicos para a pesquisa transdisciplinar: a “complexidade”, a “lógica do terceiro incluído” e os “diferentes níveis de realidade”. Segundo a análise do documento, Alvarenga, Sommerman e Alvarez (2005) indicam que este avançou, também, ao propor uma definição para o que considerou três diferentes níveis de relações disciplinares: pluri, inter e transdisciplinaridade. Estes autores consideram a proposta “inovadora por não colocar a transdisciplinaridade como uma hiperdisciplina, mas considerá-la, ao lado da pluri, da inter e também da disciplina, como uma das ‘quatro flechas de um mesmo arco: o do conhecimento’” (termo que emprestam de Nicolescu, 2001). “Também por propor o diálogo entre as ciências, assim como com a filosofia, a arte, a literatura, a experiência humana etc.” Considerado a matriz básica do pensamento transdisciplinar, o documento apresenta, entre outras ideias:

² Este documento, na íntegra, encontra-se disponível no site do Centro de Educação Transdisciplinar (CETRANS) em: <http://www.cetrans.com.br>

A transdisciplinaridade, como o prefixo 'trans' indica, diz respeito ao que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das diferentes e além de toda disciplina. Sua finalidade é a compreensão do mundo atual, e um dos imperativos para isso é a unidade do conhecimento.

Uma vez que está além das disciplinas, a transdisciplinaridade ocupa as “zonas de indefinição do conhecimento, as áreas de ignorância”. Ela ocupa os espaços existentes entre as disciplinas (DOMINGUES, 2003). A transdisciplinaridade “é, sobretudo, um novo método de pesquisa que supõe a totalidade do conhecimento gerado no contexto de sua aplicação e que viabiliza a inovação” (MALANGA & LUCCHESI, 2005).

Na prática, vive-se um esforço de tornar esses conceitos realidade. Trata-se de um processo em andamento, que visa conciliar habilidades, conhecimentos e métodos como uma condição essencial no ensino e na pesquisa. Assim, muitos cursos de pós-graduação propõem-se a caminhar de forma interdisciplinar, mesmo que consigam, na prática, serem multidisciplinares agregando diversas disciplinas sem, necessariamente, haver uma real integração entre elas.

Almeida *et al.* (2004) ressaltam as dificuldades relativas à formação da equipe e à organização prática do trabalho no processo de construção de um programa de pós-graduação interdisciplinar. Nesta experiência, os autores relatam a resistência de alguns pesquisadores, que vêem a interdisciplinaridade como “eivada de imprecisões de método e incapaz de produzir teorias explicativas consistentes, portanto, carente de status científico”, postura esta que pode ter sido reforçada pelas “dificuldades práticas enfrentadas ao longo da pesquisa interdisciplinar, as constantes idas e vindas em busca do consenso e do diálogo interdisciplinar” (p.21).

Apesar dos desafios e das dificuldades, o esforço de trabalhar na interdisciplinaridade é importante, pois constitui a “base cultural para a transdisciplinaridade”. Piaget (1972) indicava que a interdisciplinaridade seria uma forma de se alcançar a transdisciplinaridade. O filósofo Ivan Domingues (2003), presidente do Instituto de Estudos Avançados Transdisciplinares (IEAT), apresenta que a transdisciplinaridade na pesquisa é ainda utopia e que o termo utopia deve ser valorizado no sentido de “não-lugar”, ou seja, “não foi realizado em nenhum lugar, mas é uma busca, uma procura”.

Importante ressaltar que, além da crescente oferta de cursos com enfoque interdisciplinar, existe um movimento individual, do aluno/pesquisador por uma

formação mais completa, que minimize os efeitos da estrutura compartimentalizada e fragmentada do processo educacional, a fim de satisfazer seus questionamentos de pesquisa na atualidade.

Baldo (2009), em seu resumo para o painel de debates “Transdisciplinaridade no ensino e na pesquisa”, no III Simpósio do Programa de Pós-Graduação em Neurociências da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), traz que “a Neurociência é naturalmente multidisciplinar, já que o objeto de seu estudo pode ser abordado a partir de diferentes perspectivas e por meio de diferentes métodos”. Para o autor, a Neurociência brasileira está no nível do multidisciplinar, existindo apenas algumas iniciativas isoladas, “ainda que corajosas”, de elevar o processo a uma categoria verdadeiramente interdisciplinar e, somente a partir daí, idealmente, transformar-se em algo transdisciplinar, quando as fronteiras que demarcam as disciplinas começariam a se dissolver.

A presente pesquisa apresenta-se como mais uma tentativa de processo interdisciplinar. Seu objeto de estudo, em si, demanda a participação de diferentes habilidades e conhecimentos, tanto na área de ciências biológicas, como nas ciências humanas. Assim, propõe-se a utilizar um instrumento de medida validado na área da educação, como base para a elaboração de um novo instrumento para a área médica. Sob orientação do Prof. Sérgio Dias Cirino, psicólogo da Faculdade de Educação, e co-orientação do Prof. Antonio Lúcio Teixeira Júnior, psiquiatra e neurologista, a pesquisa adentra o mundo da comunicação, da percepção, da subjetividade e da relação médico-paciente, a fim de avaliar a percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico.

1.2 Comunicação e percepção

O ser humano é um ser relacional. Estando duas pessoas presentes num mesmo ambiente, pressupõe-se que exista comunicação, afinal, considera-se uma das propriedades da comunicação a “impossibilidade de não-comunicar” (WATZLAWICK *et al.*, 1991).

Nas mais diversas áreas de convívio social o processo comunicativo se faz presente e fundamental nas relações entre os seres humanos. Um relevante exemplo está no processo comunicativo entre médico e paciente, os quais interagem, em comportamento comunicativo verbal e não-verbal, a fim de promover

um tratamento efetivo, pela manutenção da saúde. Mas, como o processo comunicativo entre médico e paciente é percebido?

Comunicação, no Minidicionário Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, significa o “ato ou efeito de comunicar(-se)”, ou seja, de “tornar comum; fazer saber”, de “transmitir-se, propagar-se”, “travar ou manter entendimento; entender-se”. O processo básico da comunicação pressupõe a existência de um emissor e um receptor, entre os quais há a troca de informações, sofrendo interferências tanto do meio, como do significado entre os indivíduos envolvidos (percepção). Portanto, a comunicação interpessoal é essencialmente um processo interativo, no qual o emissor induz a construção de significados e expectativas no receptor, valendo-se da comunicação verbal e não-verbal (linguagem corporal, gestos, etc).

A percepção está intimamente ligada ao fenômeno da comunicação. O estudo da percepção envolve diferentes áreas como a psicologia e a neurologia. A percepção é o processo de organizar e interpretar os dados sensoriais recebidos para desenvolver a consciência de si mesmo e do ambiente (DAVIDOFF, 1983). Este processo envolve várias atividades cognitivas como atenção, memória, processamento de informações, consciência e linguagem. Segundo Oliveira (1997) o real conceito de percepção para a neurociência moderna começou a brotar, quando Weber e Fechner descobriram que o sistema sensorial extrai quatro atributos básicos de um estímulo: modalidade, intensidade, tempo e localização. Para identificar tanto o estímulo, como seu significado particular, os neurocientistas começam a entender de que maneira o cérebro combina as percepções sensoriais com a experiência vivida e com as expectativas (FREEMAN, 2005).

A percepção do mundo ao redor inicia-se através dos sistemas sensoriais, os quais começam a operar quando um estímulo é detectado por um neurônio sensitivo. Este converte a expressão física do estímulo (luz, som, calor, pressão, paladar, cheiro) em potenciais de ação, que o transformam em sinais elétricos conduzidos a uma área de processamento primário, na qual se elaboram as características iniciais da informação (cor, forma, distância, tonalidade etc) de acordo com a natureza do estímulo original. A informação já elaborada é transmitida aos centros de processamento secundário do tálamo nos quais se incorporam à informação outras, de origem límbica ou cortical, relacionadas com experiências passadas similares. Finalmente, bem mais alterada, a informação é enviada ao seu centro cortical específico, onde a natureza e a importância do que foi detectado são

determinados por um processo de identificação consciente, denominado percepção (OLIVEIRA, 1997).

Esquemáticamente, este processo pode ser representado conforme a FIGURA 1, abaixo.

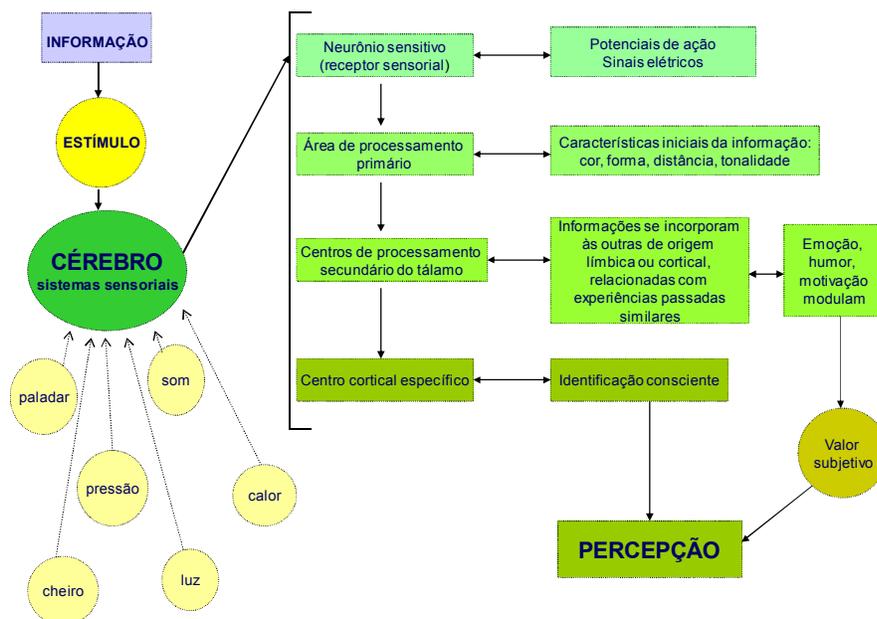


FIGURA 1 - Modelo simplificado aproximado da percepção

Assim, o cérebro se mostra um sistema cujos processos “criam estados de consciência, não só em resposta a informações sensoriais, mas também a sinais internos que representam expectativas baseadas em experiências anteriores” (LOGOTHETIS, 2005, p.55). Por isso, hoje não mais se admite que o universo perceptivo resulte do encontro entre um cérebro “ingênuo” e as propriedades físicas de um estímulo (OLIVEIRA, 1997).

Oliveira (1997) afirma que a nossa percepção não identifica o mundo exterior como ele é na realidade, e sim como as transformações, efetuadas pelos nossos órgãos dos sentidos, nos permitem reconhecê-lo. Portanto, o universo seria incolor, inodoro, insípido e silencioso, uma vez que nossos cérebros é que transformam fótons em imagens, vibrações em sons e ruídos e reações químicas em cheiros e gostos específicos. Sendo assim, por mais que duas pessoas tenham a mesma arquitetura biológica e genética, possivelmente elas percebem uma cor ou um cheiro

de maneira diferente, pois isto também depende de como elas se relacionam com o mundo externo, suas experiências anteriores etc.

Dessa forma, pode-se dizer que nos encontros interpessoais, a percepção que as pessoas têm é mediada pela subjetividade. Na relação e na comunicação médico-paciente, a percepção do paciente é especialmente influenciada pelas experiências pregressas de encontros com outros médicos.

1.3 Relação e comunicação médico-paciente

Tradicionalmente, desde o surgimento da racionalidade médica moderna e o advento da anatomia patológica, “vem se consolidando o projeto de situar o saber e a prática médica no interior do paradigma das ciências naturais. Com isso, a medicina fez sua opção pela naturalização de seu objeto – a complexidade e a singularidade do adoecimento humano – por meio do processo de objetividade da doença, com a exclusão da subjetividade e a construção de generalidades” (NOGUEIRA, 2009, p.265).

As novas e sempre mais sofisticadas técnicas assumiram um papel importante no diagnóstico, em detrimento da relação pessoal entre o médico e o paciente, o que não a substituiu, pois “as habilidades para realizar história, exame físico e para se comunicar com o paciente continuam as mais importantes e eficazes ferramentas diagnósticas e terapêuticas diante de um caso clínico” (AMARAL *et al.*, 2007, p.288).

Alguns estudos apontam que a melhor relação médico-paciente influencia diretamente sobre o estado de saúde dos pacientes e também interfere na adesão e no sucesso do tratamento (CAPRARA & RODRIGUES, 2004). Isso se faz ainda mais relevante em tratamentos de longa duração, os quais dependem de uma participação mais intensa do paciente. Especialmente hoje em dia, quando “as doenças infecciosas, nas quais a intervenção médica tinha um efeito curativo imediato, dão lugar às doenças crônico-degenerativas, em que esse aspecto é substituído pela necessidade de se encontrarem estratégias de tratamento que possam proporcionar melhor qualidade de vida” (SUCUPIRA, 2007, p.625).

Nesse contexto, a comunicação é fator fundamental numa consulta. Cada relação médico-paciente é única, envolve comportamentos comunicativos verbais e não-verbais, os quais são interpretados pelos pacientes. Deve-se lembrar que a

comunicação é influenciada pela característica assimétrica da relação, na qual, segundo Arrow (1963 *apud* CAPRARA & RODRIGUES, 2004), médico e paciente não se colocam no mesmo plano, pois o médico detém um conhecimento do qual o paciente geralmente é excluído. O uso de linguagem técnica interfere nesse cenário.

O livro *“O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada”* (ISMAEL, 2002), apesar de sua pesquisa informal, apresenta um estudo sobre as expectativas dos pacientes em relação à figura do médico, bem como depoimentos de vários professores de medicina sobre o assunto. Aborda ainda, de maneira bem crítica, a postura do médico com seu paciente ao longo da história. Ressalta o médico como o principal instrumento de diagnóstico, a importância da busca pela subjetividade do paciente e os desafios envolvidos na comunicação entre eles. Especificamente sobre a comunicação, o livro traz dois capítulos bem sugestivos intitulados “Comunicação, o problema” e “Confortar, escutar, olhar, tocar”, nos quais se destaca a importância da comunicação verbal e não verbal, numa relação igualitária, de respeito ao paciente. Segundo o autor, “o paciente espera receber a atenção compatível com o seu estado de ansiedade e desamparo: essa é, para ele, a característica suprema do saber médico, mais que os diplomas que ele eventualmente ostente nas paredes” (p.88). Por sua ampla abordagem, Ramadam (2004), chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, considera o livro leitura indispensável para todos os médicos e estudantes de medicina.

Problemas relacionados à comunicação médico-paciente são comuns e, segundo Soar Filho (1998) “podem ser encontrados mesmo em países onde a qualidade dos serviços médicos é supostamente superior ao nosso meio” (p.40). A própria limitação de tempo nas consultas e falta de disponibilidade do médico, o qual muitas vezes tem que conciliar diferentes atividades, também interfere na qualidade da comunicação médico-paciente (YÉPEZ, 2004).

Apesar das dificuldades no processo comunicativo, sua importância tem sido reafirmada. Segundo estudo de 1990, a incidência de ansiedade e depressão depois de 12 meses do diagnóstico de câncer de mama é inferior entre as pacientes que tiveram uma boa informação em comparação a outro grupo mal-informado (DIXON & SWEENEY, 2000). Diferentes autores expressam a necessidade de um processo de humanização na medicina, em particular da relação do médico com o paciente, para o reconhecimento da necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento

do paciente. Ressalta-se o papel do profissional da saúde como responsável pela efetiva promoção da saúde, considerando o paciente em sua integridade física, psíquica e social, e não somente de um ponto de vista biológico (CAPRARA & FRANCO, 1999). A comunicação adequada contribuiria nesse processo.

Em pesquisa realizada por Caprara e Rodrigues (2004) no Programa de Saúde da Família no Estado do Ceará, foi avaliada a relação médico-paciente durante 3 anos (1999 a 2001) com entrevistas abertas, observação participante e métodos quantitativos (400 consultas e 20 médicos). Como resultados, referentes à comunicação, a pesquisa mostrou que, no começo da consulta, quase todos os médicos tentam estabelecer uma relação empática com o paciente. Apesar disso, uma série de problemas surge de forma evidente: 39,1% dos médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema; em 58% das consultas, os médicos não verificam o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico; em 53% dos atendimentos, os médicos não verificam a compreensão do paciente sobre as indicações terapêuticas e, na maioria das consultas (91,45%), os médicos não abordam os medos e ansiedades dos pacientes, entre outros aspectos da dimensão psicossocial. Observou-se, ainda, o domínio do padrão biomédico de relação médico-paciente, com o profissional assumindo uma postura não-dialógica, circunstância que não favorece o desenvolvimento da autonomia dos pacientes. No mesmo estudo, outra evidência da insatisfação em relação à comunicação é que a maioria das queixas dos pacientes faz referência a problemas comunicacionais com o médico e não à sua competência clínica (CAPRARA & RODRIGUES, 2004).

Em revisão de literatura sobre a adesão à terapia anti-retroviral para HIV/AIDS, Colombini, Lopes e Figueiredo (2006) estabeleceram os fatores de risco encontrados para a não adesão. O fator “qualidade do cuidado e relação com os profissionais de saúde” foi um deles, pois há estudos que confirmam a relação positiva entre a adesão ao tratamento e a boa qualidade do cuidado, destacando-se a relação com os profissionais de saúde. Este aspecto é considerado fundamental para a adesão ao tratamento e está relacionado com a percepção que o paciente tem sobre a competência do profissional, a qualidade e a clareza da comunicação, entre outros. Em suas conclusões, as autoras ressaltam que a adesão é construída e ocorre quando há apropriação do tratamento pelo paciente, uma vez que entende seu significado e eficácia, fato que ressalta a importância do papel de educador desses profissionais (médico e enfermeiro).

Conforme o que foi apresentado, fica evidenciado que a melhoria da comunicação entre médico e paciente passa, inicialmente, por uma reflexão sobre a subjetividade respeitada nessa relação.

1.4 Reflexões sobre a subjetividade na relação médico-paciente

O que se espera de um médico? Que seja um bom técnico? Que olhe para a doença ou para o doente? Que não se envolva emocionalmente? Que se sensibilize com a dor do paciente? Que resolva prontamente o problema do paciente? Que queira saber um pouco mais sobre suas vivências? A frequente dificuldade em conciliar os desafios relacionados às profundas desigualdades socioeconômicas do nosso país, às grandes demandas pelos serviços de saúde, à precariedade das condições de trabalho e às contingências da vida cotidiana técnica, com o estabelecimento de vínculos solidários e reconhecimento do paciente como um sujeito cultural e integral, motiva a presente pesquisa. Deseja-se trazer à reflexão o paradoxo técnica x humanização que a profissão apresenta, na intenção de ressaltar a importância do respeito e da abertura à subjetividade do paciente.

A relação médico-paciente vem sendo discutida ao longo dos anos e é de interesse da sociedade em geral, pois é vivenciada por todos. Quem nunca precisou ir a uma consulta médica? Quem nunca pensou, de alguma maneira, sobre essa relação? Segundo Fernandes (1993), a questão da relação médico-paciente, durante a formação do médico aparece em algumas aulas da graduação, ou “na forma de um discurso mais ou menos lírico, utilizado em conversas entre colegas, frequentemente sem maiores correlações com a realidade vivida nos consultórios e enfermarias” (p.21).

Historicamente, esta relação foi se transformando em relação médico-doença, com o interesse se voltando cada vez mais para as estruturas internas do organismo, para evidências orgânicas que explicassem as doenças, independentemente do sujeito da doença. Isto teve seu início com o estabelecimento da anatomia patológica, conforme descrito em “*O Nascimento da Clínica*”, Foucault (1987). Assim, o sujeito foi diminuindo sua importância no olhar do médico. Consequentemente, a definição de doença (e saúde) passou a depender dos achados anatômicos e fisiopatológicos, passando a ser definida pelo médico, e não

pelo doente. Assim, corre-se o risco de se perder o caráter subjetivo da experiência da doença.

O conceito de saúde definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foi reafirmado na Declaração de Alma-Ata³ (1978): “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. De fato, se, a partir de Alma-Ata, a saúde é definida como bem-estar, isto significa que a saúde é definida a partir de quem sente (FERNANDES, 1993).

Apesar das práticas relacionadas com o processo saúde-doença estarem intimamente relacionadas ao contexto sócio-cultural e também à forma como cada pessoa experimenta subjetivamente esses estados, Yépez (2004) chama atenção para as práticas cotidianas do atual sistema de saúde, baseado no modelo biomédico hegemônico. Segundo a autora, as práticas negligenciam essa complexidade ao focar a doença e desconsiderar o valor da experiência subjetiva do paciente.

Qual é a importância do sujeito na prática do médico? A experiência do sujeito paciente é o que irá contextualizar a doença que se busca curar. É a atividade do sujeito, decorrente da historicidade, a qual ao mesmo tempo o determina e é construída por ele, que trará a marca única àquela doença, para aquele médico (OLIVEIRA, 2005).

Nos últimos anos, a preocupação pela relação médico-paciente e o resgate da “subjetividade” desse último estão ganhando relevância. Segundo Mello Filho (1998), o paciente geralmente procura o médico para que este possa fazer algo por ele e, além dos sintomas, traz concepções, expectativas e fantasias. Yépez (2001) ressalta que, normalmente, esses anseios carregados pelos pacientes não conseguem ser expressados, pois são geralmente bloqueados pelo comportamento fechado do médico.

Pensando o que acontece na relação médico-paciente, pode-se dizer que se trata, em princípio, de uma relação entre duas pessoas. Fernandes (1993) considera que, inevitavelmente, existe afetividade nessa relação, uma vez que esta é uma característica inerente a um contato entre pessoas. Sendo assim, por mais que o

³ Formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, no Cazaquistão, entre 6 e 12 de setembro de 1978.

médico procure manter um distanciamento, sentimentos estarão sempre presentes: “afeição, empatia, antipatia, aversão, medo, compaixão, erotismo, etc” (p.21).

Certamente existirão sentimentos. Existirá também empatia? Não seria algo que faz parte da própria constituição do sujeito, do humano, do “eu”? Classicamente, empatia constitui-se na capacidade de se posicionar do ponto de vista do outro. Segundo Hoffman (1981), a empatia é uma resposta afetiva apropriada à situação de outra pessoa, e não à própria situação. Ales Bello (2000) caracteriza a empatia como um ato autônomo, não de identificação, mas de reconhecimento do humano. Sendo assim, a empatia caracterizaria o impacto no médico da vivência do paciente.

Ocorre que, muitas vezes, há uma objetivação do paciente pelo médico e, normalmente, não há um interesse na vivência do primeiro. Yépez (2004) acredita que a desconsideração da subjetividade e da experiência de vida do paciente implica, também, uma série de consequências negativas para o relacionamento médico-paciente, uma vez que essa relação está quase sempre alicerçada na crença de que é somente o médico, e não (ou também) o próprio paciente, que sabe a respeito do seu estado de saúde ou doença. Segundo a autora, “a comunicação entre estes tende a ser insatisfatória, tanto pela limitação de tempo e consequente falta de disponibilidade que a maioria desses profissionais enfrenta por ter que conciliar diferentes atividades, quanto pela insuficiente preparação para escutar e dialogar com o paciente” (p.81). Ela ainda acredita que o baixo comprometimento do paciente no tratamento é a principal consequência verificada em virtude desse distanciamento.

Sendo assim, a humanização da relação médico-paciente se faz necessária. Caprara & Franco (1999) enfatizam essa necessidade visando estabelecer o que denominam “uma relação empática e participativa” que ofereça ao paciente a possibilidade de interferir na decisão da escolha do tratamento.

A comunicação possibilita a humanização na relação médico-paciente. A comunicação do médico através da linguagem, gestos, toque, expressões faciais, disponibilidade de escuta, compreensão etc. será processada pelo paciente, adquirindo diferentes significações pelo contexto sócio-histórico específico no qual está inserido. A linguagem determina essa relação. Oliveira (2005) apresenta importante contribuição em relação à importância e ao significado da linguagem. Segundo o autor, “a linguagem unifica, portanto, em si o mundo dos objetos, o mundo do sentido, o mundo subjetivo e o mundo intersubjetivo o que vai

desembocar na tese de que o conhecimento humano é, antes de tudo, um entendimento intersubjetivo. Isto implica em afirmar que toda relação sujeito x objeto já está sempre mediada pela relação sujeito x sujeito, linguisticamente mediada” (p.9). Pode-se, então, dizer que o paciente apresentado ao médico, não simplesmente existe, mas dá sinais de si mesmo, se apresenta ao médico. Seria necessário uma atitude do médico no sentido de reconhecer, de se interessar nesse movimento, de abrir-se ao outro, uma vez que é co-extensivo com o todo.

Importante ressaltar que a própria linguagem pode exatamente surtir o efeito contrário a esse movimento. Segundo Ismael (2005), a relação médico-paciente é um dos capítulos mais complexos e intrigantes na comunicação humana e para progredir, precisa ser baseada na confiança que o médico inspira e na compreensão do paciente sobre a realidade do médico. Confortar, escutar, olhar, tocar... tornam a comunicação mais humanizada. Essa atitude é nitidamente reconhecida no depoimento de um dos pacientes entrevistados na pesquisa de Pereira & Azevêdo (2005):

O Dr. XXX olha pra gente, escuta a gente e pega na gente sem bondade (= expressão regional que significa “com naturalidade” ou “sem artificialismo”). Não tem medo de pegar, não tem pressa de ouvir. É com tanto jeito, que até parece que está pegando numa moça. Com uma mão macia e delicada, sem ser desrespeitoso e nem mole demais (p. 156).

Parece que alguns médicos só se dão conta do comportamento frio e técnico que assumem quando vivenciam o outro lado da relação. No trabalho de Caprara & Franco (1999) encontramos o caso de Rabin, um endocrinologista, que para ter um diagnóstico definitivo, procurou um especialista em esclerose lateral amiotrófica. Sobre este contato ele expressou:

... fiquei desiludido com a maneira impessoal de se comunicar com os pacientes. Não demonstrou, em momento nenhum, interesse por mim como pessoa que estava sofrendo. Não me fez nenhuma pergunta sobre meu trabalho. Não me aconselhou nada a respeito do que tinha que fazer ou do que considerava importante psicologicamente, para facilitar o enfrentamento das minhas reações, a fim de me adaptar e responder à doença degenerativa. Ele, como médico experiente da área, mostrou-se atencioso, preocupado, somente no momento em que me apresentou a curva da mortalidade da esclerose amiotrófica (p.650).

Os autores deste mesmo trabalho ressaltam que os relatos de médicos que vivenciaram esta experiência mostram que a formação médica está voltada para aspectos da anatomia, fisiologia, patologia e clínica, e não considera a história da pessoa doente, o apoio moral e psicológico.

Considerando que as relações interpessoais são inerentes ao exercício profissional do médico, ou de qualquer outro, é a qualidade dessa relação durante a consulta que determinará sua eficiência (PEREIRA & AZEVÊDO, 2005).

A técnica é necessária. A tecnologia trouxe muitos avanços para a medicina. Oliveira (1993) afirma que “a forma específica da consciência contemporânea é o *tecnologismo*” e com isso quer dizer que “a forma do próprio relacionamento do homem com a realidade é tecnológica” (p.117). Mas o médico que se relaciona com o paciente utilizando essa via inadequadamente, não respeita a posição do sujeito, mas objetiva-o. E assim, os questionamentos de Oliveira (1993), mantêm-se vivos: “O relacionamento de objetivação é o relacionamento adequado às subjetividades? Pode o outro do homem ser reduzido a um meio para realização do homem?” Segundo o mesmo autor, seria possível um outro tipo de relacionamento adequando o “relacionamento tecnológico à dimensão das relações intersubjetivas”. Nesse sentido, a técnica seria utilizada como mediadora de humanidade na relação médico-paciente.

Apesar da relação médico-paciente ser influenciada culturalmente e estar também ligada à tradição, Ales Bello (2004) indica que há a possibilidade de olharmos do ponto de vista do outro. Como citado anteriormente, o médico é de certa forma sensibilizado para isso quando vivencia ser o paciente. Mas, uma vez que as estruturas humanas são universais, a subjetividade é comum a todos os sujeitos. O sujeito possui uma estrutura essencial pura, que tem vivências, percepção, memória, impulsos e que compartilha isso com os outros. Além de ter algo igual ao outro, há também a capacidade de entender que o outro vivencia de forma diferente (ALES BELLO, 2004). Portanto, por essência, o médico possui a capacidade de entender a vivência do paciente, seja qual for a realidade que esteja vivendo.

Perde o médico que não se interessa em perceber os movimentos que o paciente está fazendo para se mostrar. A forma do médico se comunicar com o paciente, de perguntar, pode favorecer isto. A própria pergunta é uma abertura diante do sujeito que está à sua frente (ALES BELLO, 2004). Um olhar mais sensível para a vivência do paciente possibilita a construção da subjetividade de ambos, médico e paciente.

O espaço da subjetividade foi perdido ao longo do tempo, conforme a ciência avançava. Parece que a formação adquirida nas escolas de medicina e na prática da

profissão distanciaram, cada vez mais, o médico do sujeito que traz a doença (ISMAEL, 2005), embora, algo que precede a formação acadêmica e transcende o conhecimento científico, é o reconhecimento do outro, do humano. Assim, Ismael (2005) coloca a importância de “exercer o ofício olhando o paciente como um outro de si mesmo, o que constitui a essência da *Ars curandi* hipocrática, “a sua dor é a minha dor; a sua morte é a minha morte” (p.19).

Nesse sentido, a presença subjetiva do paciente durante a consulta, enquanto portador de um conhecimento essencial sobre sua própria vida, juntamente com o conhecimento teórico do médico sobre os processos patológicos, são fundamentais para o desenvolvimento de um diagnóstico e de uma ação terapêutica consistentes (FERNANDES, 1993). Fernandes (1993) ressalta que a reflexão sobre como a relação médico-paciente vem acontecendo é importante para a desejável “definição de condições que favoreçam o surgimento de uma relação entre sujeitos e, portanto, entre seres humanos” (p.26). O diálogo é uma das condições que pode contribuir nesse sentido, pois o “diálogo é o encontro das liberdades” e, segundo Oliveira (1993), “só entre liberdades pode haver propriamente comunicação” (p.127).

Nesse contexto, fica evidente a necessidade, em alguma medida, de uma reflexão mais aprofundada sobre a própria formação do médico, visando a valorização da subjetividade do paciente e o desenvolvimento de habilidades comunicacionais. Amoretti (2005) ressalta que formação do novo médico está condicionada à mudança na educação. Portanto, reflexões sobre a formação médica são fundamentais para o entendimento deste cenário.

1.5 O ensino da comunicação médico-paciente e o uso de instrumentos

Dentro das habilidades específicas apontadas pelas *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*⁴ (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001), destaca-se a “necessidade de o aluno aprender a **comunicar-se** adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares, informando-os e **educando-os** por meio de técnicas apropriadas” (grifo nosso). Assim, do aluno, futuro médico, espera-se que ele desenvolva habilidades para comunicar-se com o paciente e educá-lo, apropriadamente.

⁴ Reestruturação proposta pela Lei de Diretrizes Básicas (LDB) de 1996.

Apesar da importância da comunicação na relação médico-paciente, as escolas de Medicina ainda ensinam pouco esse tipo de habilidade, atitudes humanísticas e valores profissionais (HAIDET *et al.*, 2002).

A formação médica atual encontra-se estruturada a partir de um modelo tecnocientífico baseado, ainda hoje, no Relatório Flexner⁵. Trata-se de um modelo conhecido como medicina científica, ou modelo biomédico, no qual o paciente transforma-se em objeto de estudo e reduz-se ao seu organismo biológico. Neste modelo, a abordagem pedagógica é tradicional, centrada no professor, em aulas expositivas e demonstrativas com grandes grupos de alunos (LAMPERT, 2003). No entanto, segundo Nogueira (2009), “na contemporaneidade surgem propostas orientadas por um projeto ético-humanista que tensionam esse modelo com vistas à sua transformação” (p. 268).

Nos cursos tradicionais, que adotam o modelo flexneriano, os estudantes adquirem uma série de conteúdos e capacidades práticas que levam a considerarem somente os aspectos físicos, excluindo as características culturais e socioeconômicas do paciente. De maneira geral, há uma falta de preparação para escutar e dialogar. Segundo o estudo de Lampert (2003), faz-se necessária, na educação médica, a transição paradigmática do modelo flexneriano para o modelo da integralidade, o qual atenderia as lacunas do anterior: estrutura curricular com atividades em disciplinas ou em módulos integrados; processo ensino-aprendizagem centrado no aluno com papel ativo na construção do próprio conhecimento, tendo o professor como facilitador; avaliação do desempenho na prática clínica e social de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Há um reconhecimento internacional da necessidade de mudança na educação de profissionais de saúde frente à inadequação do aparelho formador (universidade, hospital e outros espaços de formação) em responder às demandas sociais e o Brasil parece participar desse processo de mudança, apresentando inúmeras experiências inovadoras e reformas curriculares (NOGUEIRA, 2009).

Uma análise feita por Rossi & Batista (2006) sobre o processo ensino/aprendizagem da comunicação na relação médico-paciente, dada a relevância da comunicação no exercício da prática médica, aponta para a “necessidade de um redimensionamento do olhar para essa temática nos projetos

⁵ A partir de uma avaliação dos cursos de Medicina, em 1910, nos Estados Unidos e Canadá.

pedagógicos de formação de futuros médicos” (p.93). Neste estudo, os autores analisaram o processo ensino-aprendizagem da comunicação na relação médico-paciente durante a graduação médica em diferentes estados brasileiros. Foram entrevistados 12 egressos e 9 coordenadores de curso. O estudo apresenta uma tendência em considerar a comunicação como uma habilidade instrumental para conseguir informações e se fazer entender no procedimento médico. Demonstra ainda que o aprendizado de comunicação acontece, prioritariamente, de maneira implícita ao processo de formação, vinculado a algumas disciplinas, como Semiologia e Psicologia Médica.

Um estudo qualitativo sobre a percepção dos estudantes de Medicina de seu aprendizado sobre a relação médico-paciente, realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, demonstrou que o ensino da relação médico-paciente tem sido influenciado por estímulos e desafios não apenas do currículo formal, mas também do currículo oculto e currículo paralelo. Na percepção dos estudantes há uma grande distância entre teoria e prática. Eles demandam por oportunidades de discussão da relação médico-paciente e aprendem observando a relação de seus professores com os pacientes, tendo-os como modelos do que querem e do que não querem ser. Os estudantes anseiam não serem capazes de manter sua capacidade de empatia no futuro devido a problemas relacionados ao trabalho, tornando-se cada vez mais técnicos. Os autores colocam a necessidade de contato gradual entre estudantes e prática médica desde o início do curso que deveria ser acompanhado de discussões interdisciplinares que combinem com aspectos técnicos dos casos e do relacionamento médico-paciente (NOGUEIRA-MARTINS *et al.*, 2006).

Em relato sobre o aprendizado no estágio de observação da prática médica, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Nobre *et al.* (2004) descrevem que, através de observações das consultas (do tipo participativa) e entrevistas com pacientes e com profissionais, os alunos observaram a “importância de o profissional de saúde saber se comunicar e tomar condutas adequadamente com cada tipo de paciente, levando-se em conta o grau de escolaridade e as crenças culturais e religiosas, bem como exercer um papel de educador” (p.385). A importância de uma equipe multidisciplinar também foi ressaltada. No entanto, os alunos notaram que o profissional de enfermagem dá certas orientações aos pacientes que deveriam ser dadas pelos próprios médicos, detectando-se falha no

processo comunicativo dos mesmos. Esse tipo de experiência possibilitou aos alunos a criação de novas formas de comunicação adequadas aos valores dos pacientes.

Blank (2006) acredita que, colocando o estudante em contato com o cenário real, faz com que este “sedimente gradativamente competências e habilidades essenciais para a atuação clínica, tais como postura médica, comunicação interpessoal, valorização do contexto dos pacientes, julgamentos éticos e trabalho em equipe” (p.30).

A Universidade Federal Fluminense iniciou o processo de reformulação do currículo no início da década de 1970, com o descontentamento de professores e alunos em relação às técnicas de ensino e aprendizagem. O reflexo deste modelo era evidenciado na prática do profissional, que demonstrava “ausência de compromissos sociais com a população; formação excessivamente teórica, com ênfase nas especialidades médicas e em tecnologias de tratamento e de investigação diagnosticada de doenças, em detrimento do conteúdo humanístico e promoção da saúde”. Com a implantação do novo currículo, em 1994, avaliou-se que, talvez, ainda se trate de um currículo biomédico, só que mais humanista e, de certa forma, preocupado com a manutenção do ser humano em sua totalidade. Koifman (2001) relata que uma das principais dificuldades para aceitação do novo currículo foi a falta de preparo e treinamento de professores e tutores para trabalharem dentro na nova proposta. Os alunos formados na primeira turma mostraram-se favoráveis ao currículo, pois consideram que sua postura profissional e a compreensão da realidade social foram fortemente influenciadas pelo novo currículo. A autora ainda coloca a necessidade de introduzir conteúdos da área de Ciências Sociais como instrumento para formação do médico.

Segundo Costa (2007), a prática docente tem se mostrado resistente a modificações. Em sua revisão de literatura demonstra ser necessário estimular o desenvolvimento profissional permanente dos professores de Medicina como instrumento de reelaboração e de transformação desta prática.

Quanto à literatura específica e livros didáticos sobre ensino/aprendizagem de comunicação nos cursos de graduação em Medicina, ainda há uma carência, especialmente no Brasil (VIEIRA *et al.*, 2001; SUCUPIRA, 2007). Uma boa e recente contribuição é o livro “*Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*” (LEITE *et al.* orgs, 2007), que traz, de maneira simples e acessível, as habilidades

comunicacionais necessárias para o bom desenvolvimento da relação do médico com seu paciente, quer seja ele criança, adolescente, adulto ou idoso. Sem pretender ser reducionista, o livro pode auxiliar nos processos formativos do médico. Aliás, segundo Cerqueira (2009), a “grande contribuição do livro é marcar uma posição contrária à ainda hegemônica idéia de que o sucesso na relação com o paciente depende de habilidades comunicacionais que emergem “naturalmente” de características pessoais “herdadas”, de “carisma”, trazendo, como consequência, o conceito de que a relação com o paciente, e o aperfeiçoamento da comunicação com o doente não precisam ser ensinados, pois, ou o estudante já vem “pronto de casa” ou se aperfeiçoa “na prática”, afirmações comumente ouvidas no meio” (p.469-470).

Uma vez considerado que as habilidades comunicacionais precisam ser ensinadas, o seu aprendizado necessita ser avaliado. Com este propósito e, também, para avaliação de outras habilidades e competências médicas dos estudantes de Medicina, faz-se presente o uso de instrumentos já validados.

Um exemplo pode ser observado no curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina que, desde 1997, vem incluindo novos conteúdos no seu currículo, como o estudo da comunicação no contexto da prática médica. Este conteúdo faz parte dos Módulos de Habilidades Clínicas e Atitudes, e abrange treinamento em comunicação do primeiro ao quarto ano. O ensino da comunicação em grupos pequenos de alunos inclui a observação de pacientes na sala de espera, entrevistas e observação crítica, entre outros. Faz-se a avaliação formativa e cognitiva do aluno. Utiliza-se o *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE), o qual consiste na observação da relação do estudante com o paciente, por professores munidos de um *checklist* das atitudes consideradas fundamentais ao estabelecimento de uma boa relação. Uma das principais dificuldades encontradas está no fato de, no período de internato, não haver continuidade do programa de comunicação, quando acontece a maior parte do treinamento prático do estudante nessa habilidade. O futuro médico acaba espelhando seu comportamento nas posturas dos demais membros da equipe, formados em cursos tradicionais, os quais não valorizam a comunicação na prática médica. Apesar disto, a avaliação da mudança no currículo é positiva. Há relatos informais sobre a mudança de postura dos médicos recém-formados por essa universidade, quando inseridos no mercado de trabalho, com maior facilidade, mudança de postura e percepção crítica do papel

do médico, compreensão da necessidade de usar linguagem adequado e promover adesão ao tratamento (TURINI *et al.*, 2008).

Ainda considerando a avaliação das competências médicas dos estudantes de Medicina, Troncon (1996) compara a utilização do OSCE, anteriormente citado, com a do *Clinical Performance Examination* (CPE). Segundo o autor, estes dois métodos têm sido os mais utilizados. A vantagem do CPE é a possibilidade de avaliar todo o conjunto de tarefas necessárias para que a abordagem do paciente se complete, numa abordagem integral do caso e não fragmentada, como no OSCE, com o exame clínico estruturado por etapas. Apesar disto, o CPE torna-se inviável devido ao esforço necessário para implementação, custo de treinamento e remuneração dos pacientes padronizados. Segundo o autor, os instrumentos escolhidos devem variar de acordo com as dificuldades operacionais e a habilitação do corpo docente, mas ressalta que a utilização desse tipo de ferramenta, com forte característica observacional, é uma tendência no ensino médico, pois permite avaliar o fazer, preferencialmente em condições reais.

Existem ainda outras formas de avaliar as habilidades clínicas dos alunos de Medicina. Ribeiro & Amaral (2008) utilizaram a *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS) traduzida para avaliar uma postura mais centrada no paciente. A escala PPOS foi aplicada em 738 estudantes de diferentes períodos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM-UFMG). Com uma escala de Likert, possibilita medir a intensidade de sentimentos referentes a um objeto e tais sentimentos seriam responsáveis pela atitude da pessoa frente ao objeto. Mas atitude nem sempre implica em comportamento, embora sugira uma certa correspondência. A escala PPOS foi escolhida, segundo os autores, devido à inexistência de outros instrumentos no Brasil e para que os resultados pudessem ser comparados aos de estudos anteriores. O resultado contrariou, em parte, a impressão inicial que motivou a pesquisa, com os estudantes apresentando escores intermediários entre centrado no médico e doença, e centrado no paciente. Os autores avaliam que, apesar da FM-UFMG não adotar o ensino da Medicina centrada no paciente, o contato desde o terceiro ano com pacientes possibilita o desenvolvimento desta prática. Os autores analisam que, embora preocupados com o cuidado, os estudantes estão pouco predispostos a discutir com o paciente suas prioridades na atenção à própria saúde e seus conhecimentos e crenças sobre o processo saúde-enfermidade.

Apesar de suas limitações, incluindo o processo de tradução, o uso de instrumentos demonstra-se útil para mensurar o impacto do currículo nos estudantes de medicina no que se refere à medicina centrada no paciente (RIBEIRO *et al.*, 2007).

A complexidade no ensino de habilidades comunicativas ainda envolve diferenças de gênero e questões culturais. Ribeiro *et al.* (2007) comparando seus resultados em alunos de medicina brasileiros, com os de outros países, analisaram que a comunicação é mais calorosa e pessoal em médicos brasileiros, embora, segundo os próprios autores, haja sinais de que atualmente a comunicação tem mudado para mais técnica e indiferente. No mesmo estudo, os autores encontraram diferenças no escore PPOS entre mulheres e homens, anteriormente observado (HAIDET *et al.*, 2002), podendo ser justificado pela diferença na comunicação de médicas e médicos.

Como exposto, muitas são as possibilidades, mudanças e inovações nos cenários de ensino e prática médica. Somente a partir de relatos de experiências e estudos pontuais será possível verificar a real efetividade e o impacto das novas implementações (NOGUEIRA, 2009).

Outra possibilidade de avaliar mudanças na relação e comunicação médico-paciente é considerando a percepção do próprio paciente. Importa a percepção dos pacientes? Alguns estudos trazem informações importantes nesse sentido.

1.6 A percepção dos pacientes

Soar Filho (1998) questiona o uso do termo “relação médico-paciente” e propõe o uso da expressão “interação médico-cliente”. Segundo o autor, “a palavra ‘paciente’ traz implícita a ideia de uma passividade e de uma posição hierarquicamente inferior, que muitas vezes está na origem do fracasso terapêutico” (p.35). Ele sugere a palavra “cliente” para caracterizar uma visão do paciente como “sujeito ativo e co-construtor do encontro terapêutico”. O autor considera, também, que a expressão “interação médico-cliente” traz a conotação de participação ativa, pois, conforme o Minidicionário Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, “interação” significa “ação que se exerce *mutuamente* entre duas ou mais coisas, ou duas ou mais pessoas; ação recíproca” (grifo do autor). Essa mudança de termos reforçaria o

processo como ocorrendo *entre* dois agentes, e não como da palavra “uma ação de um sujeito *sobre* outro, o que não fica claramente explicitado na palavra “relação”.

Pelo amplo uso do termo “relação médico-paciente” e pela origem da palavra “*patiens*”, do latim, “que suporta, que sofre”, optou-se, neste trabalho, pela continuidade de sua utilização, considerando, como pressuposto, que esta relação é construída por ambos, tendo o paciente uma postura ativa nesse processo e sendo o principal beneficiado dessa relação. Daí a importância de avaliação a partir da sua percepção.

Lings *et al.* (2003) afirmam que, apesar da importância do relacionamento entre médico e paciente e de estudos sobre as necessidades e as percepções dos pacientes, poucas são as pesquisas sistematizadas que analisam o significado deste relacionamento para ambos, paciente e médico. Assim, os autores investigam as experiências de médicos e pacientes, nesse relacionamento, durante o tratamento. Através de grupos focais⁶, as interações e discussões trouxeram três fatores-chave a este relacionamento: assimetria nas percepções nos dois lados, sustentando a noção de encontro de *experts*; a importância em ambos os lados de empatia; e o valor determinante, para ambos, do desenvolvimento da confiança. Os dois últimos, relacionados com a continuidade do tratamento.

Em pesquisa qualitativa no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), buscou-se conhecer a percepção das mães sobre a consulta e a assistência prestada a seus filhos por estudantes de medicina do sétimo semestre. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 12 mães. Como resultado, a satisfação das mães deveu-se a fatores interpessoais como atenção, paciência, tranquilidade, descontração dos estudantes e orientações claras e acessíveis. Segundo Périco *et al.* (2006), “se o estudante de Medicina não trazer o atributo de ser empático e saber se comunicar de sua educação familiar, cabe à instituição de ensino sensibilizá-lo” (p.54). Neste sentido, os autores avaliam que a reforma curricular do curso de Medicina da UFSC, implantada em 2003, tem contribuído, pois contempla aspectos da relação médico-paciente fundamentais para a formação do estudante de medicina.

⁶ Técnica de avaliação que oferece informações qualitativas através de uma discussão moderada, em grupos pequenos. Apropriada para estudos que buscam entender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos.

Cortopassi *et al.* (2006) avaliaram a percepção dos pacientes quanto à relação estabelecida com profissionais e alunos durante internação no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). Foi realizado um estudo observacional, com 25 entrevistas e realização de grupo focal com pacientes. Os pacientes foram selecionados aleatoriamente, após receberem alta médica. A internação foi avaliada como boa e ótima pela maior parte dos pacientes. As poucas críticas foram em relação à visita médica, quando muitos alunos ficavam presentes no quarto do paciente discutindo o caso, com a utilização de linguagem técnica que não era compreendida pelos pacientes.

Em estudo do tipo exploratório, Victor *et al.* (2003) avaliaram a percepção de 27 visitantes de uma UTI para adultos, com quatro leitos, de um hospital-escola situado no interior paranaense. Utilizaram um formulário com questões fechadas, abertas e mistas, o qual foi validado por 5 visitantes. Os resultados obtidos foram: 8 visitantes referiram não ter entendido tudo que o médico informou; 24 visitantes nunca tinham recebido informações por escrito a respeito do cliente que visitara; e 25 visitantes mencionaram não ter percebido nenhum estímulo por parte do médico para repetir as orientações fornecidas e, assim, fornecer um *feedback* de entendimento ao médico. As sugestões mais citadas para melhoria na relação com os médicos foram: mais detalhes a respeito do estado geral do paciente, abertura para fazer perguntas e receber informações por escrito.

Todos esses estudos apontam o processo comunicativo e educativo do médico como fundamental para o sucesso na relação médico-paciente. Soar Filho (1998) aponta dois conjuntos de fatores fundamentais para o estabelecimento da aliança terapêutica. “O primeiro refere-se aos fatores envolvidos na constituição de um *contexto* propiciador de diálogo e cooperação, marcado pelo respeito ao cliente enquanto pessoa e cidadão. O segundo refere-se às qualidades, ou *atributos*, necessários ao médico para a consecução desse objetivo” (p.40). Segundo o autor, “é por meio da comunicação em geral (o que inclui a comunicação não-verbal), mas principalmente dos processos lingüísticos – da verbalização – que construímos a interação médico-cliente” (p.40).

A comunicação é fundamental para o estabelecimento e o sucesso da relação médico-paciente. Mudanças nos currículos de Medicina trazem novas perspectivas para o ensino e desenvolvimento dessas habilidades, formando um médico mais capacitado para lidar com as questões sociais específicas envolvidas nas consultas

atualmente, bem como com a subjetividade do paciente. Este, por sua vez, tem papel ativo e é co-construtor desse relacionamento. Disto depende a saúde, a adesão e o sucesso do tratamento. Avaliar este processo comunicativo através da percepção dos pacientes é uma abordagem possível para sua melhoria. Faz-se relevante a elaboração de um novo instrumento para área médica que contribua para o desenvolvimento das habilidades clínicas do médico.

Assim, o presente trabalho apresenta a elaboração e validação de um novo instrumento que possibilita avaliar a percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico, bem como identificar possíveis relações quanto ao gênero do paciente, grau de escolaridade, gênero do médico, presença de sintomas depressivos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

A presente pesquisa tem como objetivo geral analisar a percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico, através de um novo instrumento elaborado a partir do *Teacher Communication Behavior Questionnaire* (TCBQ).

2.2 Objetivos específicos

- Elaborar um novo instrumento baseado no *Teacher Communication Behavior Questionnaire* (TCBQ), questionário já traduzido e validado no Brasil para avaliar a percepção dos alunos do comportamento comunicativo do professor (MATOS, 2006).
- Validar o novo instrumento na área médica.
- Analisar questionários de pacientes e médicos, comparativamente.
- Analisar possíveis diferenças na percepção dos pacientes conforme o próprio gênero e grau de escolaridade.
- Analisar possíveis diferenças na percepção dos pacientes em relação ao gênero do médico.
- Analisar possível influência de sintomas depressivos na percepção do paciente.

3 MÉTODO

3.1 Os sujeitos

Foram sujeitos dessa pesquisa 106 pacientes cadastrados no Ambulatório de Endocrinologia do Anexo Hospital Borges da Costa, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), bem como os 10 médicos desse Ambulatório.

Do universo de pacientes cadastrados no Ambulatório de Endocrinologia do Anexo Hospital Borges da Costa (HC-UFMG) foram escolhidos, aleatoriamente, pacientes com diagnóstico de diabetes e doenças da tireóide (hipotireoidismo, hipertireoidismo, nódulo na tireóide e hipoparatiroidismo). Como critérios de exclusão, consideramos: pacientes que estivessem em primeira consulta; que estivessem declaradamente tomando medicamento para depressão; e que não se dispusessem a responder todos os questionários incluídos na pesquisa. A escolha por pacientes que mantinham um tratamento prolongado com o médico visou caracterizar uma relação médico-paciente mais duradoura, para a análise da comunicação. A amostra constituiu-se de 106 pacientes, sendo 74 mulheres e 32 homens.

Todos os 10 médicos do Ambulatório de Endocrinologia aceitaram participar da pesquisa. Estes são os responsáveis diretos pelos pacientes, apesar de, muitas vezes, o atendimento ser realizado também pelos residentes. A amostra de médicos constituiu-se de 6 homens e 4 mulheres.

3.2 O ambulatório de endocrinologia do HC - UFMG

O Ambulatório de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da UFMG funciona no Anexo Hospital Borges da Costa. Criado em 1979, pelo Prof. Leonardo Maurício Diniz, o serviço encontra-se hoje vinculado à Unidade Funcional de Clínica Médica e é composto por 9 professores doutores e 1 especialista, que dedicam de 4 a 12 horas semanais de atendimento a pacientes, orientação a residentes, formação e atualização de médicos de outros serviços, além de atividades de pesquisa e ensino.

A escolha deste ambulatório como universo da pesquisa deveu-se à cronicidade dos casos atendidos, caracterizando relações médico-pacientes de

longa duração, fundamental para a aplicação do instrumento elaborado e para a análise da percepção dos pacientes do comportamento comunicativo do médico.

Apesar de, muitas vezes, os pacientes serem atendidos pelos residentes, existe um médico responsável por cada paciente, o qual é reconhecido nominal e afetivamente pelo paciente, característica que viabilizou a pesquisa.

Importante ressaltar que há um reconhecimento interno pelos outros médicos do hospital que se trata de um ambulatório caracteristicamente “acessível” e “amigável” de relacionamento, o que não só facilitou a adesão à pesquisa, como, também, proporcionou um ambiente de trabalho muito agradável e prazeroso.

A própria estrutura física favoreceu a aplicação dos questionários, com mínimo de interferência possível nas atividades e rotina do ambulatório. A FIG.2 retrata o corredor do ambulatório, local de espera dos pacientes, no qual a pesquisa foi realizada.



FIGURA 2 - Local de espera no Ambulatório de Endocrinologia (HC-UFGM)

3.3 Os instrumentos de medida

Alguns instrumentos usados foram elaborados especificamente para esta pesquisa: o novo instrumento, questionário demográfico-clínico para pacientes, questionário perfil médico; além dos instrumentos já consagrados, tais como:

Inventário de Depressão de Beck (BDI) e *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS).

Para pacientes e médicos utilizou-se como principal instrumento de medida o questionário elaborado a partir do *Teacher Communication Behavior Questionnaire* (TCBQ), traduzido e validado por Daniel Abud Seabra Mattos, em dissertação de mestrado, em 2006, na Faculdade de Educação da UFMG. Ao novo instrumento convencionou-se nomeá-lo Questionário do Comportamento Comunicativo do Médico (QCCM).

Ainda na pesquisa com os pacientes, utilizou-se o questionário demográfico-clínico e o BDI, versão em Português (GORESTEIN e ANDRADE, 1998), para identificar a presença de sintomas depressivos.

Para avaliar atitudes dos médicos mais ou menos centradas no paciente foram usados, além do QCCM, o questionário perfil do médico e a escala PPOS, traduzida e validada por Maria Mônica Freitas Ribeiro, em tese de doutorado, em 2006, na Faculdade de Medicina da UFMG.

3.3.1 TCBQ e sua adaptação para QCCM

O *Teacher Communication Behavior Questionnaire* (TCBQ) é um instrumento de avaliação do ambiente de aprendizagem da sala de aula. Elaborado por She e Fisher (2000) para ser usado especificamente nas aulas de ciências, possibilita mensurar a percepção dos alunos em relação ao comportamento comunicativo do professor.

Na abordagem sistêmica da comunicação, considera-se que os comportamentos dos participantes influenciam-se mutuamente. O comportamento do professor é influenciado pelo comportamento dos alunos e vice-versa. Assim, um processo circular de comunicação acontece (SHE e FISHER, 2000).

Esse instrumento, amplamente utilizado, possibilita comparar a percepção de alunos e de professores em relação ao processo comunicativo. Resultados de estudos, comparando a percepção dos professores e alunos de uma mesma sala de aula, tendem a mostrar os professores com uma percepção mais positiva do ambiente de aprendizagem da sala de aula do que os alunos (SHE e FISHER, 2002). Foi traduzido para o Português e validado no Brasil por Matos (2006).

O TCBQ é constituído de 40 itens, sendo oito itens em cada uma das cinco escalas de análise: Desafio, Encorajamento e elogio, Apoio não-verbal, Compreensão e relação amigável e Controle, as quais avaliam dimensões presentes no comportamento comunicativo do professor. O formato de resposta deste questionário é uma escala Likert de cinco pontos: quase nunca, raramente, às vezes, frequentemente e quase sempre (SHE e FISHER, 2000, 2002). O questionário completo encontra-se no ANEXO A. O QUADRO 1, abaixo, apresenta a descrição das escalas de análise do TCBQ e uma amostra de item para cada uma delas.

QUADRO 1 - Descrição das escalas e uma amostra de item para cada escala do TCBQ

Nome da escala	Descrição da escala	Amostra de item
Desafio (<i>Challenging</i>)	Extensão na qual o professor usa perguntas sofisticadas para desafiar os alunos no seu aprendizado.	Esse(a) professor(a) faz perguntas que exigem que eu incorpore a informação que eu aprendi.
Encorajamento e elogio (<i>Encouragement and Praise</i>)	Extensão na qual o professor elogia e encoraja os alunos.	Esse(a) professor(a) me encoraja a discutir minhas idéias com outros alunos.
Apoio não-verbal (<i>Non-Verbal Support</i>)	Extensão na qual o professor usa comunicação não-verbal para interagir positivamente com os alunos.	Esse(a) professor(a) balança sua cabeça em gesto afirmativo para mostrar apoio enquanto eu estou me esforçando para responder uma pergunta.
Compreensão e relação amigável (<i>Understanding and Friendly</i>)	Extensão na qual o professor é compreensivo e amigável com seus alunos.	Esse(a) professor(a) vai escutar se eu tenho algo a dizer.
Controle (<i>Controlling</i>)	Extensão na qual o professor controla e gerencia o comportamento dos alunos na sala de aula.	Esse(a) professor(a) espera que eu obedeça suas instruções.

Fonte original em inglês: SHE e FISHER, 2002, p. 67.

Fonte versão em português: MATOS, 2006, p.31.

Considerou-se interessante elaborar um instrumento, específico para a área médica, a partir do TCBQ, através de um processo interdisciplinar, considerando a dimensão educativa da relação médico-paciente. Este novo instrumento visa mensurar a percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico. O QCCM não tem a intenção de padronizar comportamentos para serem replicados, mas sim, estimular que a comunicação seja adaptada ao contexto e ao paciente.

Para a elaboração do novo instrumento foram consideradas características desejáveis no médico para um processo comunicativo eficiente com seu paciente.

A grande vantagem desse instrumento, comparado com outros já existentes na área médica, é poder mensurar a percepção de um comportamento efetivo, e não apenas uma “atitude”. A atitude representa uma intenção de comportamento e não o comportamento real. É o que acontece na escala PPOS, traduzida e validada por Ribeiro (2006), a qual será abordada mais adiante.

O processo de elaboração do QCCM incluiu elaboração das perguntas a partir do TCBQ; pré-teste em médicos; pré-teste em pacientes do ambulatório de endocrinologia; versão final do QCCM (APÊNDICE A). Todas as etapas da elaboração serão descritas no item “procedimentos”. O novo instrumento possui 23 itens, divididos entre as mesmas cinco categorias de análise: Desafio, Encorajamento e elogio, Apoio não-verbal, Compreensão e relação amigável, e Controle. O formato de resposta deste questionário é uma escala Likert de resposta com cinco pontos: nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre. O QUADRO 2, abaixo, apresenta a síntese comparativa entre TCBQ e QCCM.

QUADRO 2 – Síntese comparativa entre TCBQ e QCCM

TCBQ	QCCM
<p>Área da educação Professor-aluno 40 itens 5 escalas de análise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desafio • Encorajamento e elogio • Apoio-não verbal • Compreensão e rel. amigável • Controle <p>Escala Likert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quase nunca • Raramente • Às vezes • Frequentemente • Quase sempre <p>Auto-aplicável</p>	<p>Área médica Médico-paciente 23 itens 5 escalas de análise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desafio • Encorajamento e elogio • Apoio-não verbal • Compreensão e rel. amigável • Controle <p>Escala Likert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Raramente • Às vezes • Frequentemente • Sempre <p>Entrevista (pacientes) Auto-aplicável (médicos)</p>

3.3.2 O questionário demográfico-clínico

Com o objetivo de caracterizar a amostra de pacientes, elaborou-se um Questionário demográfico-clínico para pacientes (APÊNDICE B). Através deste questionário, obtivemos dados pessoais sobre gênero, idade, escolaridade, além de dados clínicos como diagnóstico, tempo de diagnóstico da doença, nome do médico e tempo de acompanhamento no serviço, fatores que foram considerados na análise da percepção dos pacientes.

3.3.3 O questionário perfil médico

Visando caracterizar a amostra de médicos, elaborou-se o Questionário perfil médico (APÊNDICE C), através do qual foram coletadas informações sobre sexo do médico, idade, especialidade, tempo de prática médica, tempo no ambulatório de endocrinologia do HC, tipo de formação, se é professor e como classificaria seu grau de satisfação profissional. A princípio, considerou-se que esses dados poderiam ter relação com a qualidade da comunicação do médico.

3.3.4 O Inventário de Depressão de Beck

O Inventário de Depressão de Beck (*“Beck Depression Inventory”*; BECK *et al.*, 1961) mais conhecido no campo da saúde como “BDI” é um instrumento de medida de auto-avaliação de depressão amplamente usado, tanto em pesquisa como em clínica, tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países.

A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens de 1 a 13 avaliam sintomas de natureza psicológica, enquanto os itens de 14 a 21, os sintomas mais somáticos. Referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido.

Assim, para análise dos resultados, considerou-se, na presente pesquisa, a soma das pontuações de cada item. O valor total obtido indicou o grau de

depressão, segundo a classificação do Centro de Terapia Cognitiva: 0 a 9 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 16 = depressão, de leve a moderada; de 17 a 29 = depressão moderada; de 30 a 63 = depressão grave (GORESTEIN & ANDRADE, 1998).

Utilizou-se a versão em português (ANEXO B), disponível no trabalho de Gorestein e Andrade (1998), para identificar a presença de sintomas depressivos nos pacientes da amostra e verificar possíveis influências destes na percepção do paciente em relação à comunicação do médico.

3.3.5 A escala PPOS

Desenvolvida por Krupat e colaboradores (2000), a escala *Patient-practitioner orientation scale* (PPOS) tem como objetivo avaliar o que os médicos, estudantes de medicina e pacientes pensam a respeito do papel do médico no que se refere a atitudes de poder mais ou menos igualitárias na relação médico-paciente e a atitudes centradas principalmente no paciente ou na doença. Trata-se, portanto, de uma escala que mede a atitude, ou seja, a intenção de um comportamento, e não o comportamento em si.

A escala é constituída de 18 itens, num modelo de escala de Likert de 6 pontos, a qual permite expressar a intensidade dos sentimentos variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

Para a análise dos resultados obtidos na escala é considerada a média das respostas aos dezoito itens, denominada score total da PPOS. Valores mais altos correspondem a atitudes de poder mais igualitárias e centradas no paciente. As afirmativas de números 9, 13 e 17 estão com os escores em sentido contrário, devendo os mesmos ser invertidos antes de analisados, segundo orientação do autor (RIBEIRO, 2006).

A escolha pela escala PPOS para a pesquisa de Ribeiro (2006) deveu-se à “inexistência de instrumento desenvolvido no Brasil para medir a orientação de estudantes de medicina a respeito da relação médico-paciente” (p.55) pela possibilidade de comparar seus resultados com os de outros trabalhos, em outros países.

A escala PPOS foi utilizada na presente pesquisa com o objetivo de fazer uma validação externa do QCCM, a fim de analisar o grau de concordância entre a

atitude de médico quanto à relação médico-paciente e a percepção dos pacientes do comportamento comunicativo do médico. Utilizou-se a versão em português (ANEXO C) disponível no trabalho de Ribeiro (2006), mediante sua autorização (ANEXO D) e autorização do autor original (ANEXO E), pois se trata de uma escala registrada.

3.4 Procedimentos

O projeto foi apresentado e aprovado em todas as instâncias envolvidas: Serviço de Endocrinologia do HC, Unidade Funcional do HC – Clínica Médica e Divisão Ambulatorial, para aprovação da pesquisa, pela Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) do Hospital das Clínicas da UFMG (ANEXO F).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP/UFMG) e aprovado em 15 de janeiro de 2009 (ANEXO G).

3.4.1 Procedimentos teóricos

Por tratar-se de uma pesquisa com a utilização de um questionário, foi considerada como uma pesquisa *survey*. A pesquisa *survey* pode ser descrita como a obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, indicado como representante de uma população alvo, por meio de um instrumento de pesquisa, normalmente um questionário.

A metodologia de *survey* faz a articulação entre a teoria e a experiência, prática. Nesse processo, foi importante fazer a operacionalização partindo da teoria (conceito, dimensões da relação médico-paciente, comunicação verbal e não-verbal) para a empiria (o questionário). Portanto, antes da coleta do dado propriamente dita, houve a construção do questionário e a preocupação com a condução da entrevista, considerando-se as tarefas cognitivas realizadas pelo entrevistado, como a interpretação da pergunta, a busca de informações na memória, a formatação da resposta e a edição da resposta. Considerando esses fatores, iniciou-se o processo de elaboração de um novo questionário, o QCCM, com base no TCBQ.

Inicialmente, cada escala de análise do questionário foi redefinida, adaptando-as para o QCCM, conforme apresentado no QUADRO 3, a seguir.

QUADRO 3 - Definição das escalas do novo instrumento QCCM

Nome da escala	Definição do que é analisado na escala
Desafio	Analisa-se se o paciente é estimulado pelo médico a compreender seu “problema” e como deve proceder a partir daí.
Encorajamento e elogio	Analisa-se a construção do tratamento com o médico, o respeito à subjetividade do paciente; se o paciente é encorajado a se expressar durante o processo de tratamento.
Apoio não-verbal	Analisa-se o quanto o médico demonstra através de seu gesto corporal seu interesse pelo caso do paciente. Lembrando que estamos avaliando o que é desejável em um médico.
Compreensão e relação amigável	Analisa-se a preocupação do médico em desenvolver uma relação amigável com o paciente.
Controle	Analisa-se o controle e o poder exercido pelo médico sobre o paciente, em relação à construção do tratamento juntamente com o paciente.

A partir daí, cada pergunta do questionário TCBQ foi avaliada, na tentativa de transformá-la em uma questão pertinente na comunicação médico-paciente. As perguntas que não se adequavam foram retiradas para serem substituídas, posteriormente, por outras. A primeira versão do QCCM (APÊNDICE D) foi então reavaliada.

Inicialmente, o questionário seria auto-aplicável, assim como o TCBQ, mas considerando o perfil dos pacientes do Ambulatório de Endocrinologia, como presença de pacientes idosos, com problemas visuais e grande variação de escolaridade, além de considerar a metodologia de *survey*, que permite a adaptação, decidiu-se que o QCCM seria aplicado na forma de entrevista, mantendo as alternativas de resposta (escala Likert).

Assim, elaborou-se a segunda versão do QCCM, com novas perguntas, já na forma de entrevista (APÊNDICE E).

Numa terceira revisão do questionário, avaliou-se que as perguntas ainda estavam difíceis de serem entendidas e que as escalas de respostas “quase nunca” e “raramente”, bem como “quase sempre” e “frequentemente” seriam dificilmente diferenciadas. Na terceira versão (final) do QCCM (APÊNDICE A), as perguntas foram reescritas de forma mais direta e as escalas de resposta “quase nunca” e

“quase sempre” foram alteradas para “nunca” e “sempre”, mantendo-se os cinco pontos.

O QCCM também foi aplicado nos médicos da amostra. Para os médicos, o questionário foi auto-aplicável e, para tanto, houve uma adaptação (APÊNDICE F).

Em seguida, procedeu-se a etapa de pré-teste dos questionários de médicos e pacientes. Os objetivos do pré-teste foram ajustar as perguntas do questionário em: compreensão da terminologia; problemas com o enunciado das perguntas; tempo para aplicação.

O QCCM, a escala PPOS e o questionário perfil médico foram aplicados em 4 médicos participantes da disciplina “Didática no ensino superior”. Quanto ao QCCM, os médicos avaliaram como “rápido e objetivo”, facilitando a adesão dos médicos à pesquisa e o questionário não sofreu nenhuma alteração. Quanto ao questionário perfil médico, sugeriram incorporar uma pergunta sobre a satisfação do médico, pois isso poderia alterar o modo de lidar com o paciente e colocar alternativas “em curso” para o tipo de formação, chegando à versão final do questionário (APÊNDICE C). O pré-teste com os médicos também definiu a sequência de aplicação dos questionários para que as respostas a um questionário não influenciassem as respostas aos outros: primeiro QCCM, segundo PPOS e terceiro questionário perfil médico.

O pré-teste para paciente (QCCM, BDI e questionário demográfico-clínico) foi realizado com uma pequena amostra de 7 pacientes do próprio ambulatório de endocrinologia. O pré-teste confirmou a proposta de aplicação do QCCM para pacientes que não estivessem em primeira consulta. Aplicado nessa condição, o questionário não pôde ser respondido. O QCCM mostrou-se fácil de ser entendido e de rápida aplicação. Não foi necessária nenhuma alteração nas perguntas do QCCM, aprimorando-se, apenas, a forma de aplicar, com a elaboração e a utilização de um “cartão de resposta” (APÊNDICE G), mostrando a escala Likert maior e com diferencial de cores, facilitando a escolha da resposta. Incorporou-se, também, uma pergunta inicial (“Você costuma ir ao cinema?”) para ver se o entrevistado havia entendido como classificar sua resposta na referida escala.

Quanto à aplicação do BDI, realizou-se inicialmente em sala separada, no próprio ambulatório. Mas, pela praticidade e melhor adesão dos pacientes à pesquisa, o BDI foi aplicado no final do corredor de espera, local constantemente vazio, conforme apresentado na FIG. 3, proporcionando privacidade suficiente ao

paciente. Já no pré-teste, alguns pacientes solicitaram que a pesquisadora lesse as afirmações para que eles escolhessem a mais adequada. Esse procedimento não pareceu inibir o paciente, uma vez que ele falava apenas o número correspondente e não a resposta em si. Assim, definiu-se a ordem de aplicação dos questionários: questionário demográfico-clínico na forma de entrevista e BDI auto-aplicável ou entrevista, quando necessário, antes da consulta; o QCCM na forma de entrevista foi aplicado logo após a consulta, conforme sugerem Vieira *et al.* (2001).



FIGURA 3 - Entrevista sendo realizada no final do corredor do Ambulatório de Endocrinologia, Anexo Borges da Costa, Hospital das Clínicas da UFMG

O pré-teste foi fundamental para conhecimento da rotina do ambulatório e inserção da pesquisa com menor interferência possível na rotina. Foi importante também para definir a forma de abordagem dos pacientes e o tempo necessário para a aplicação dos questionários, sendo este por volta dos 25 minutos (tempo total).

3.4.2 Procedimentos empíricos

Após a etapa de pré-teste iniciou-se, efetivamente, a etapa de coleta de dados.

A pesquisadora optou por não vestir branco, ou mesmo avental, para não ser confundida com médicos ou residentes. Utilizou crachá de identificação como mestranda do Programa de Neurociências. Assim, o paciente poderia ficar mais à vontade para participar da pesquisa.

Os pacientes foram abordados no local de espera para as consultas com algumas perguntas que determinavam se o paciente pertencia ao perfil da amostra ou não: “Tem consulta marcada? É paciente do Dr. fulano? Qual é o seu diagnóstico? Está com ele há muito tempo?”. Esse procedimento otimizou o trabalho de pesquisa.

Uma vez determinado como parte da amostra, o paciente era conduzido ao final do corredor de espera, local mais reservado e era, então, convidado à participação na pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE H). Mediante esclarecimento de eventuais dúvidas e assinatura do TCLE, o questionário demográfico-clínico era aplicado, na forma de entrevista.

O segundo questionário aplicado foi o BDI. A pesquisadora apresentava o questionário e o deixava em uma prancheta para que o paciente preenchesse sozinho. Em alguns casos, o paciente pedia para que a pesquisadora lesse as afirmações para ele. Quando isso acontecia, o BDI era lido, sem interferências, pela pesquisadora e o paciente escolhia a afirmação através do número (0, 1, 2 ou 3), o que evitava constrangimentos. Permitiu-se tal flexibilidade com base no estudo comparativo entre BDI IA (auto-aplicável) e BDI II (entrevista), o qual mostrou equivalência entre os instrumentos (BECK *et al.*, 1996). Ao final do preenchimento do BDI, o paciente aguardava sua consulta.

Logo após a consulta, o QCCM era aplicado na forma de entrevista. Auxiliada pelo “cartão de resposta”, que ficava nas mãos do entrevistado, a pesquisadora conduzia a pesquisa. Eventuais comentários do paciente foram anotados na própria folha do questionário.

Ao término de cada dia de aplicação de questionários, a pesquisadora registrava as informações relevantes em tabela do *Word*.

Os questionários foram aplicados em 119 pacientes. Deste total, fez-se necessário descartar 13 questionários por motivos que os tornavam fora do universo de pesquisa proposto, tais como: paciente com diagnóstico fora do delimitado (n=6); declaradamente tomando medicamento para depressão (n=2); paciente que fazia muito tempo que não era atendido pelo médico (n=1); paciente que não respondeu todos os questionários da pesquisa (n=4). Assim, totalizaram-se 106 questionários válidos para o estudo.

Os questionários dos pacientes foram identificados com numeração contínua e agrupados por médico (M), indo de M1 a M10, conforme QUADRO 4.

QUADRO 4- Distribuição e quantidade de questionários por médico

Médico	Questionários dos pacientes	Total de questionários
M1	1- 10	10
M2	11- 20	10
M3	21 - 30	10
M4	31- 40	10
M5	41- 50	10
M6	51- 60	10
M7	61- 71	11
M8	72- 81	10
M9	82- 93	12
M10	94- 106	13

Paralelamente às entrevistas com os pacientes, entregou-se uma carta de apresentação da pesquisa, juntamente com o TCLE (APÊNDICE I), a versão do médico dos questionários QCCM, a escala PPOS e questionário perfil médico (grampeados nesta ordem) para cada médico. Esse procedimento permitiu que o médico respondesse os questionários auto-aplicáveis no momento que tivesse tempo. Apenas 3 médicos não retornaram os questionários, num primeiro momento. A estes médicos, solicitou-se novamente o preenchimento, através da coordenadora do Ambulatório, com a entrega de novos questionários. Estes, prontamente devolveram os questionários. Portanto, a amostra contou com a adesão dos 10 médicos do ambulatório.

3.4.3 Procedimentos analíticos

O banco de dados foi elaborado, inicialmente, numa planilha de *Excel* e, depois, transferida para o *software* SPSS para a análise de cada um dos instrumentos utilizados.

Finalmente, foi feita a análise estatística dos dados obtidos a partir das entrevistas e questionários, comparando-se a versão de pacientes e seus respectivos médicos, bem como os fatores que interferem na comunicação entre eles: gênero do paciente, gênero do médico, presença de sintomas depressivos, tempo de tratamento, entre outros.

Quanto aos procedimentos estatísticos, utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach para verificar a confiabilidade do questionário QCCM para pacientes e médicos. Utilizou-se, ainda, o coeficiente de correlação Inter-Item, para verificar a relação existente entre os itens (escalas de análise) do questionário. Fez-se ainda, a análise fatorial exploratória para investigar a validade fatorial do instrumento. Com o objetivo de fazer uma validação externa entre a escala PPOS e o QCCM, a fim de analisar o grau de concordância entre a atitude de médico quanto à relação médico-paciente e a percepção dos pacientes do comportamento comunicativo do médico, utilizou-se a correlação de Pearson.

3.4.3.1 Tratamento de dados ausentes

A ocorrência de não-resposta (dados ausentes) é um problema muito comum em pesquisas amostrais, em especial nos estudos clínicos e epidemiológicos. As razões da ocorrência de não-resposta são diversas, destacando-se, dentre elas, a questão de má-formulação do instrumento de coleta de dados, a falta de cooperação do respondente e a transcrição inadequada do dado coletado, além de outras.

Nas pesquisas nas quais as amostras, por natureza do estudo e dificuldade de coleta de dados, são pequenas, a não-resposta pode comprometer mais seriamente os resultados, tornando a análise enviesada. Assim, torna-se necessário desenvolver mecanismos de tratamento da não-resposta nas pesquisas, de forma a minimizar os possíveis desequilíbrios decorrentes da ausência de respostas aos itens do estudo. As estatísticas descritivas das não-respostas para cada item do questionário encontram-se no APÊNDICE J.

Como resultado, temos um número pequeno de ocorrência de dados ausentes nas respostas aos itens do questionário de pacientes. Os maiores percentuais de não-respostas foram para os itens da escala Apoio Não Verbal, cuja variação foi de 1,89% a 4,72%. Nota-se, ainda, que a escala Apoio Não Verbal foi a única que apresentou não-respostas em todos os seus itens (Q7 a Q11), o que pode sugerir uma certa dificuldade na interpretação do instrumento de coleta (questionário) por parte dos entrevistados. Nas demais escalas, a ocorrência de dados ausentes foi inexpressiva.

Uma vez percebida a ocorrência de não-resposta, faz-se necessário adotar algum procedimento para lidar com essas ocorrências de dados ausentes. Existem

várias formas de lidar com esse tipo de dado. A maneira mais simples é excluir da pesquisa os casos onde há ocorrência de tais dados e, desta forma, trabalhar só com os demais casos. Vale ressaltar que esta forma só é adequada quando a quantidade de não-respostas é pouco expressiva, pois, caso contrário, a amostra pode ficar muito reduzida e, com isto, comprometer ou inviabilizar a realização de inferências. Um método também comum de lidar com os dados ausentes é proceder a uma substituição pela média. Outra forma, um pouco mais robusta, é adotar algum procedimento estatístico de substituição dos dados ausentes através de algum modelo de predição. Para tais casos, o método mais comum é atribuição de valores através de Análise de Regressão.

No presente trabalho, optou-se pelo método de substituição de dados ausentes através da Análise de Regressão, tomando-se como variável resposta (Y) o item do questionário para o qual se queria estimar os dados ausentes e como variáveis explicativas as respostas dadas a outras variáveis do estudo. Inicialmente, foram testadas como explicativas as variáveis sociodemográficas (gênero, idade e escolaridade e outras) e as respostas aos demais itens do questionário. Após algumas simulações, percebeu-se que as variáveis mais explicativas estavam dentro da própria escala, ou seja, para um item da escala Apoio Não Verbal as variáveis significativas eram também da escala Apoio Não Verbal; para um item da escala Compreensão e Relação Amigável, as variáveis explicativas mais significativas eram também da própria escala.

O procedimento de atribuição por Regressão foi adotado somente para os casos nos quais a quantidade de não-respostas dentro de uma mesma escala não excedia a 25% dos itens da escala para um mesmo paciente. Para os casos nos quais os dados ausentes eram superiores a 25%, para um mesmo item de escala, para um paciente específico, optou-se por excluir o referido paciente da análise. Ao todo, foram apenas 3 (três) casos de exclusão, todos eles referentes à escala Apoio Não Verbal. Estes 3 casos correspondem a 3 pacientes com deficiência visual e que, portanto, não poderiam responder sobre a comunicação não-verbal. Mesmo assim, considerou-se que estes pacientes estavam aptos para responder às demais perguntas a respeito da comunicação verbal. Para os demais casos, os dados ausentes foram atribuídos pelo método de Regressão.

3.4.3.2 A elaboração de índices

A elaboração de índices tem como objetivo chegar a um valor que represente uma variável, a partir da combinação de alguns itens do questionário. Este procedimento evita o efeito de viés inerente aos itens individuais, formando medidas compostas por mais de um item do questionário. O formato de resposta utilizado nessa pesquisa (escala Likert) pode ser usado na construção de índices (BABBIE, 1999).

Para os cálculos dos índices, inicialmente, as médias de resposta de cada paciente foram calculadas para cada escala de análise, o que foi feito somando-se as respostas dos diversos itens da escala e dividindo pelo número de itens da referida escala. Em seguida, somaram-se as médias de todos os pacientes, para a referida escala e dividiu-se o resultado pelo número de pacientes, obtendo-se o índice final da escala.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da amostra

Inicia-se a apresentação dos resultados da pesquisa com uma caracterização mais detalhada da amostra de pacientes e médicos.

4.1.1 Perfil dos pacientes participantes da pesquisa

As TAB. 1 e 2 especificam a participação dos pacientes de acordo com o gênero e a idade. A amostra apresentou um percentual bem maior para o gênero feminino. Dos pacientes pesquisados aproximadamente 70% são mulheres.

TABELA 1 – Distribuição dos pacientes por gênero

Gênero	Frequência	Percentual (%)
Feminino	74	69,8
Masculino	32	30,1
Total	106	100,00

Na distribuição dos pacientes por idade, a faixa etária de 47 a 60 anos foi a mais frequente com 34% dos pesquisados. A idade média da população estudada foi 47 anos.

TABELA 2 - Distribuição dos pacientes por idade

Idade	Frequência	Percentual (%)
19 a 32 anos	21	19,8
33 a 46 anos	30	28,3
47 a 60 anos	36	34,0
61 a 74 anos	16	15,1
75 a 88 anos	3	2,8
Total	106	100,0

A TAB. 3 indica a distribuição dos pacientes por escolaridade. Mais da metade (56,6%) dos pacientes da amostra possui, pelo menos, o ensino fundamental. Cerca

de 40,0% dos pacientes pesquisados possuem o ensino fundamental incompleto e apenas 2,8% são analfabetos.

TABELA 3 - Distribuição dos pacientes por escolaridade

Escolaridade	Frequência	Percentual (%)
Analfabeto	3	2,8
Fundamental incompleto	43	40,6
Fundamental	20	18,9
Médio incompleto	4	3,8
Médio	30	28,3
Superior incompleto	5	4,7
Superior	1	0,9
Total	106	100,0

Quanto ao diagnóstico dos pacientes entrevistados, a TAB. 4 indica que a diabetes é o diagnóstico em torno de 68% dos pacientes pesquisados e 16% dos pacientes da amostra têm hipotireoidismo.

TABELA 4 - Distribuição dos pacientes por diagnóstico

Diagnóstico	Frequência	Percentual (%)
Diabetes	72	67,9
Hipotireoidismo	17	16,0
Hipertireoidismo	10	9,4
Nódulo tireóide	4	3,8
Hipoparatiroidismo	3	2,8
Total	106	100,0

Segundo a TAB. 5, o tempo médio de diagnóstico da doença é de 13 anos, com variação de 3 meses a 36 anos. O tempo de diagnóstico apresenta uma variabilidade muito grande entre os pacientes (coeficiente de variação, $cv = 75\%$). O tempo médio do acompanhamento do serviço médico aos pacientes foi de 7 anos, com o menor tempo de acompanhamento em 2 meses e o maior em 26 anos. Metade dos pacientes é acompanhada pelos médicos há 4 anos. A variabilidade do tempo de acompanhamento do serviço médico também é muito grande

TABELA 5 - Tempo de diagnóstico e tempo de acompanhamento no serviço

Tempo (anos)	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão (DP)	Coefficiente de Variação (CV)
de diagnóstico	106	0,3	36	13	12	9,8	75,0%
de acompanhamento no serviço	106	0,2	26	7	4	7,0	99,8%

O GRAF.1 mostra a distribuição dos pacientes por tempo de diagnóstico. Observa-se que a distribuição é assimétrica à esquerda, ou seja, há uma concentração dos pacientes em torno dos 13 anos de diagnóstico.

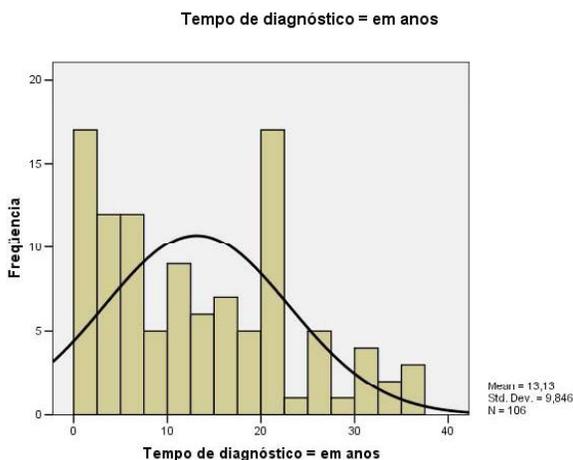


GRÁFICO 1 - Histograma da distribuição dos pacientes por tempo de diagnóstico

O GRAF. 2 mostra a distribuição dos pacientes por tempo de acompanhamento no serviço médico. Observa-se que a distribuição é assimétrica à esquerda, ou seja, há uma concentração dos pacientes em torno dos 7 anos de acompanhamento.

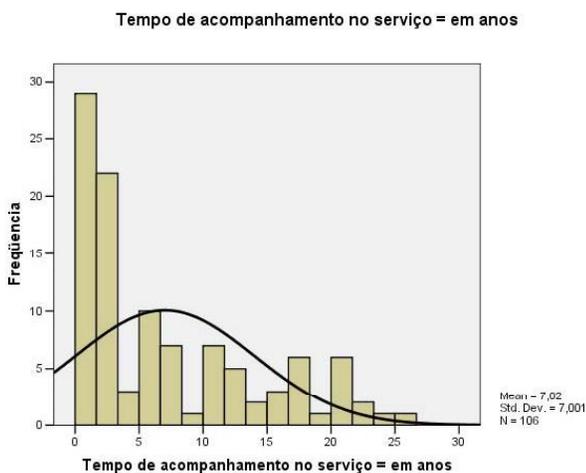


GRÁFICO 2 - Distribuição dos pacientes por tempo de acompanhamento no serviço médico

4.1.2 Perfil dos médicos participantes da pesquisa

Esta pesquisa contou com adesão dos 10 médicos do Ambulatório de Endocrinologia, sendo 4 mulheres e 6 homens, conforme TAB. 6.

TABELA 6 - Distribuição dos médicos por gênero

Gênero	Frequência	Percentual (%)
Feminino	4	40,0
Masculino	6	60,0
Total	10	100,0

Com relação às idades, os médicos apresentaram média de 52 anos, com mínimo de 33 e máximo de 66 anos.

Quanto ao tempo de prática médica, observou-se uma alta variabilidade, de acordo com a TAB. 7, mínimo de 8 e máximo de 42 anos.

TABELA 7 - Tempo de prática médica

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação (CV) (*)
Prática médica (anos)	10	8	42	24	21	11	46,9%

Observou-se também alta variabilidade no tempo do médico no Ambulatório de Endocrinologia, com mínimo de 1 e máximo de 30 anos, conforme TAB. 8.

TABELA 8 - Tempo no ambulatório

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação (CV) (*)
Tempo no ambulatório (anos)	10	1	30	16	16,5	10	64,5%

A TAB. 9 demonstra que 70% dos médicos possui doutorado.

TABELA 9 - Distribuição dos médicos por tipo de formação

Tipo de formação	Frequência	Percentual (%)
Doutorado	7	70,0
Mestrado em andamento	1	10,0
Especialização	2	20,0
Total	10	100,0

As TABs. 10 e 11 demonstram o exercício da prática de ensino e o grau de satisfação profissional, respectivamente.

TABELA 10 - Distribuição dos médicos segundo a prática de ensino

É professor?	Frequência	Percentual (%)
Sim	9	90,0
Não	1	10,0
Total	10	100,0

TABELA 11 - Grau de satisfação profissional

Grau de satisfação	Frequência	Percentual (%)
Muito satisfeito	4	40,0
Satisfeito	6	60,0
Total	10	100,0

4.2 As estatísticas dos índices para as escalas

Na TAB.12, a seguir, têm-se as estatísticas dos índices para as diversas escalas do questionário de pacientes do presente estudo. O GRAF.3 apresenta os histogramas das médias das respostas dos pacientes para as cinco escalas de análise.

TABELA 12 - Análise descritiva dos índices das escalas de análise

Índice da Escala	N	Valor do Índice	Mínimo	Máximo	P25	P50 (mediana)	P75	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação (CV)
Desafio	106	3,95	1,33	5,00	3,33	4,17	4,67	0,88	22,34%
Encorajamento e Elogio	106	3,63	1,00	5,00	3,00	3,67	4,33	0,97	26,75%
Apoio Não Verbal	103	4,11	1,60	5,00	3,80	4,20	4,60	0,80	19,40%
Compreensão e Relação Amigável	106	4,49	2,40	5,00	4,20	4,70	4,80	0,53	11,84%
Controle	106	3,22	1,00	5,00	2,50	3,00	4,00	1,18	36,48%

Nota-se, através da TAB.12, uma alta variabilidade nos valores dos índices de todas as escalas, exceto para a escala Compreensão e Relação Amigável, cujo coeficiente de variação (CV) foi da ordem de 11,84%. O coeficiente de variação é uma maneira de expressar a variabilidade dos dados tirando a influência da ordem de grandeza da variável, definido por $CV = \frac{\text{desvio padrão}}{\text{média}}$. Quanto menor o CV, menor tende a ser a variabilidade do conjunto de dados. Uma possível classificação para o coeficiente de variação pode ser assim descrita no QUADRO 5 (SOARES & SIQUEIRA, 2002).

QUADRO 5 - Classificação para o coeficiente de variação

CV	Classificação da variabilidade dos dados
<= 10%	Baixa
10% < CV <= 20%	Média
20% < CV <=30%	Alta
> 30%	Muito alta

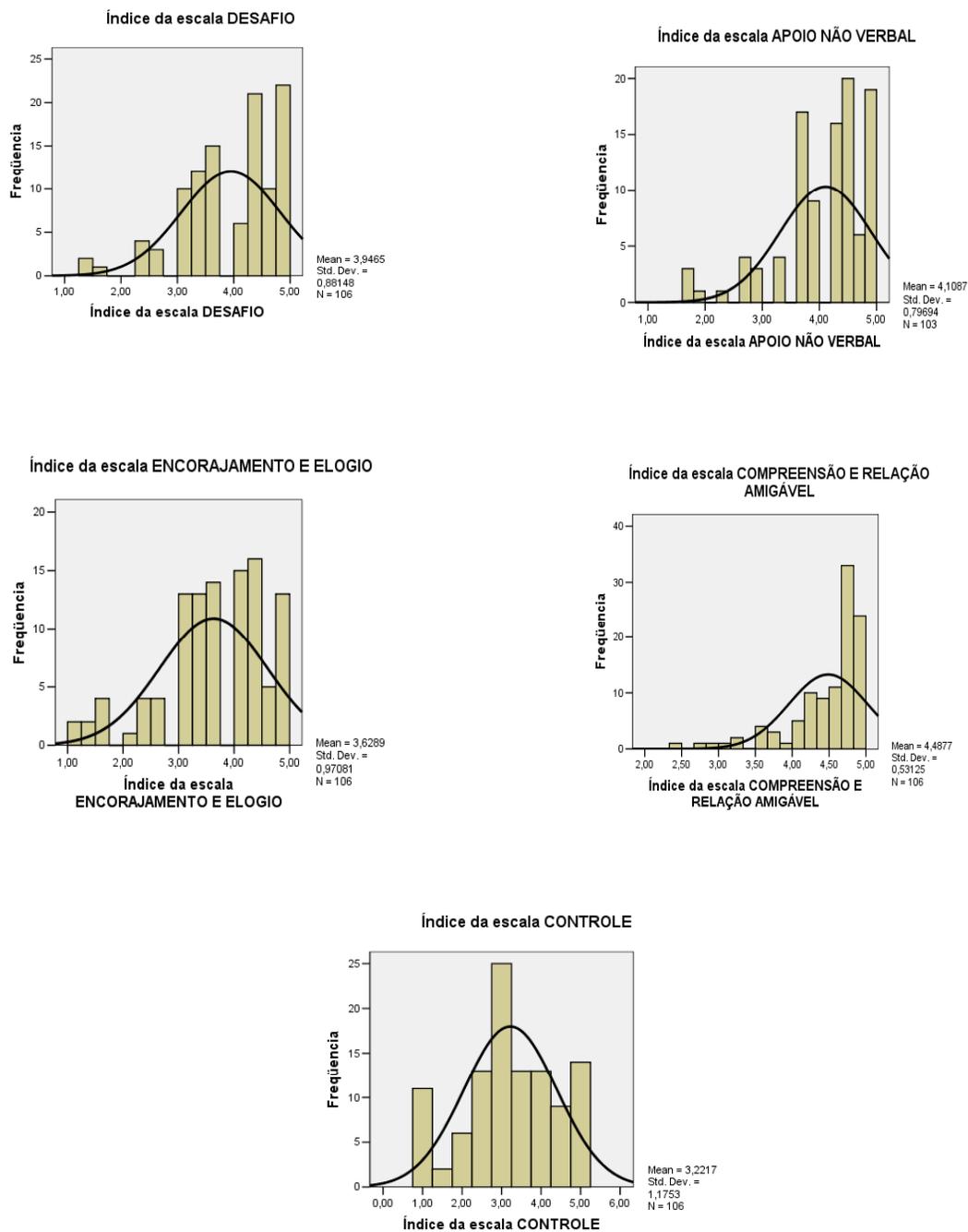


GRÁFICO 3 - Histogramas das médias das respostas dos pacientes para as cinco escalas

Observa-se, através dos histogramas da GRAF. 3, que as escalas Desafio, Apoio não-verbal, Encorajamento e elogio e Compreensão e relação amigável apresentaram distribuição desigual das médias das respostas dos pacientes. A escala Controle apresentou uma distribuição mais simétrica em torno da média.

4.3 Validação do QCCM

Na presente pesquisa, elaborou-se um novo instrumento: o QCCM. Portanto, faz-se necessária a análise de confiabilidade para validação desse instrumento de coleta de dados.

A análise estatística a seguir descreve as validações externa e interna do questionário.

4.3.1 Validação Externa

O processo de validação externa do QCCM foi feito utilizando-se a escala PPOS. Uma vez que a escala PPOS avalia atitudes mais centradas no paciente ou na doença, sugeriu-se que pudesse existir uma relação com o comportamento comunicativo do médico.

Nesta pesquisa, a validação externa foi realizada a partir de dados coletados junto aos dez médicos abordados. A escala PPOS foi medida para cada uma das 18 variáveis consideradas. Os dados seguintes refletem os escores para cada um dos médicos e a síntese média de acordo com o gênero e para o conjunto dos dez médicos. Embora a amostra seja pequena, os dados da TAB. 13 revelam homogeneidade entre os médicos (CV = 14,11%).

TABELA 13 - PPOS Médicos

Gênero do médico	Número	Escore total PPOS	Escore médio
Feminino	M1	5,06	4,97
	M2	5,83	
	M5	4,89	
	M9	4,11	
Masculino	M3	3,89	4,59
	M4	5,67	
	M6	4,28	
	M7	5,06	
	M8	4,11	
	M10	4,56	
Total			4,74

Uma possível classificação para a escala PPOS, comumente adotada noutros estudos, é considerar o ponto de corte 4,57 (numa escala que varia de 1 a 6). Assim, valores superiores a 4,57 sugerem atitudes do médico mais centradas no paciente. Valores inferiores sugerem atitudes mais centradas no médico. Por meio da TAB. 8, podemos notar que os médicos 1, 2, 4, 5 e 7 apresentaram atitude mais centrada no paciente, ao passo que os médicos 3, 6, 8, 9 e 10 apresentaram atitude menos centrada no paciente, comparativamente. Em relação ao gênero do médico, o escore médio feminino (4,97) é maior que o escore médio masculino (4,59). Do ponto de vista sintético, podemos dizer que medianamente os médicos que compõem a amostra apresentaram atitude mais centrada no paciente (escore médio = 4,74).

O passo seguinte foi verificar, através da análise estatística, a existência de concordância entre a atitude do médico quanto à relação médico-paciente (PPOS) e a percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico (TCBQ).

Na TAB.14, a seguir, encontram-se os resultados obtidos na aplicação de ambos os instrumentos.

TABELA 14 - Análise descritiva dos indicadores de atitude do médico quanto à relação médico-paciente e da percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico

Médico	PPOS Médico	QCCM Médico	QCCM Paciente
M1	5,06	4,23	4,25
M2	5,83	4,27	4,08
M3	3,89	4,16	3,56
M4	5,67	4,19	4,15
M5	4,89	4,31	3,84
M6	4,28	3,6	3,88
M7	5,06	4,23	3,87
M8	4,11	4,33	3,60
M9	4,11	3,69	4,03
M10	4,56	4,32	3,53
Média	4,75	4,13	3,88
Desvio-padrão	0,67	0,26	0,25
Coefficiente de variação	14,1%	6,4%	6,5%

OBS: 1) PPOS: ESCALA LIKERT DE (6) SEIS PONTOS; 2) QCCM: ESCALA LIKERT DE 5 (CINCO) PONTOS.

Os resultados da TAB.14 instigam-nos a investigar uma possível associação entre atitude do médico em relação ao paciente, aqui medida pela escala PPOS, e a percepção do comportamento comunicativo do médico, aqui medida pelo instrumento QCCM. Uma forma de realizar tal investigação é através da adoção de coeficientes de correlação entre variáveis. O coeficiente de correlação, usualmente denotado por r , é uma medida descritiva usada para quantificar a força da relação entre duas variáveis. Seus valores variam de -1 a 1 e o sinal de r indica a direção da relação entre as variáveis. Quanto mais próximo de 1 , maior a relação entre as variáveis. Há dois tipos de cálculo de correlação: a paramétrica e a não-paramétrica. A primeira é determinada pela correlação de Pearson e é adotada quando a relação entre as variáveis é aproximadamente linear. A segunda é determinada pela correlação de Spearman e é adotada quando se observa uma relação não linear entre as variáveis ou quando as variáveis são categóricas ordinais. Na TAB. 15, apresentam-se os coeficientes de correlação de Pearson e os respectivos valores p de significância entre as escalas PPOS e QCCM do presente estudo. O valor p , ou valor de probabilidade, é a probabilidade de obter um valor da estatística amostral de teste no mínimo tão extremo como o que resulta dos dados

amostrais, na suposição de a hipótese nula ser verdadeira. Ou seja, é a probabilidade de se rejeitar a hipótese nula, dado que ela é verdadeira.

TABELA 15 - Resultados dos testes de correlação entre as escalas PPOS e QCCM

Associações entre variáveis	Correlação de Pearson (r)	Valor p
PPOS Médico e QCCM Médico	0,39	0,262
PPOS Médico e QCCM Paciente	0,65	0,042**
QCCM Médico e QCCM Paciente	-0,21	0,551

** Valor significativo a 5%

De acordo com a TAB.15, ao nível de 5% de significância há evidências de associação ($r = 0,65$ e valor $p = 0,042 < 0,05$) entre as variáveis PPOS Médico e o QCCM Paciente, ou seja, a atitude do médico em relação ao paciente guarda relação com a percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico. As demais possíveis relações da TAB.15 não se mostraram significativas (valor $p > 0,05$), havendo, portanto, dissociação entre PPOS Médico e QCCM Médico, bem como entre QCCM Médico e QCCM Paciente.

Supõe-se que se a resposta à PPOS for favorável a uma atitude mais centrada na doença, no QCCM espera-se uma percepção mais negativa do comportamento comunicativo do médico; ao passo que uma resposta à PPOS favorável a uma atitude mais centrada no paciente, leva a uma percepção mais positiva do comportamento comunicativo médico. Assim, voltando a TAB.14, podemos notar que os médicos tendem a ter uma percepção mais positiva em relação ao seu comportamento comunicativo do que seus próprios pacientes.

4.3.2 Validação Interna

Assim como a estratégia de redução de dimensionalidade de uma variável só é possível mediante uma premissa de relações entre as categorias de uma variável, um indicador é considerado bom quando todas as suas medidas integrantes têm uma relação coerente entre si no esforço de medir o fenômeno estudado, ou seja, um bom indicador é composto de medidas originais que têm um nível de correlação

(Pereira, 2004). Em análises que envolvem a elaboração de indicadores através de respostas obtidas por questionários, é comum avaliar a adequabilidade da escala utilizada através do cálculo do coeficiente "Alfa de Cronbach" (Cronbach, 1951). O Alfa de Cronbach é um coeficiente utilizado para medir a consistência ou confiabilidade de um indicador. Trata-se de uma medida da confiabilidade da consistência interna que é a média de todos os coeficientes possíveis resultantes das diferentes divisões da escala em duas metades. Adicionalmente, utilizam-se coeficientes de correlação Inter-Item para a obtenção da correlação existente entre os itens que compõem o questionário. Segundo Freitas e Arica (2008), o Coeficiente de Correlação Inter-Item permite determinar o grau em que cada item do questionário está relacionado com os demais itens que avaliam a escala de análise a que este item pertence.

Na análise que segue, utilizou-se o Alfa de Cronbach para verificar a confiabilidade do questionário QCCM para pacientes e médicos. Utilizou-se, ainda, o coeficiente de correlação Inter-Item, para verificar a relação existente entre os itens (escalas) do questionário.

O alfa da escala total é 0,87. De acordo com a TAB. 16, a seguir, o Alpha de Cronbach é relativamente elevado para as escalas Apoio não-verbal e Compreensão e relação amigável, sugerindo que, para essas escalas de análise, seria, respectivamente, cerca de 73% e 80% do impacto real, como medido por um suposto "padrão ouro" ao qual não se tem acesso. Segundo Pereira (2004), é tarefa do pesquisador julgar se o nível alcançado é satisfatório ou não, pois não há um ponto de corte ideal que se possa arbitrar para a concepção de qualquer indicador. No geral, um alfa acima de 0,7 é considerado como elevado para confiabilidade do instrumento. A escala Controle foi a única que apresentou um valor de alfa relativamente baixo (0,424), sugerindo que a confiabilidade do indicador não é satisfatória.

TABELA 16 - Confiabilidade do questionário à luz das escalas, segundo a percepção dos pacientes

Dimensão	Item	Alfa	Corr Inter-Item (Médio)	Alfa (se o item for eliminado)
<i>Desafio</i>	Q1	0,579	0,334	0,254
	Q2			0,530
	Q3			0,586
<i>Incorajamento e elogio</i>	Q4	0,573	0,321	0,527
	Q5			0,423
	Q6			0,474
<i>Apoio não verbal</i>	Q7	0,732	0,352	0,748
	Q8			0,658
	Q9			0,649
	Q10			0,676
	Q11			0,687
<i>Compreensão e relação amigável</i>	Q12	0,801	0,306	0,782
	Q13			0,769
	Q14			0,775
	Q15			0,784
	Q16			0,783
	Q17			0,777
	Q18			0,787
	Q19			0,789
	Q20			0,803
	Q21			0,790
<i>Controle</i>	Q22	0,424	0,269	-
	Q23			-

Cabe destacar que, para qualquer das escalas de análise, a eliminação de determinado item não aumenta, necessariamente, o valor do coeficiente, sugerindo que todos os itens utilizados são importantes para composição do indicador. Nota-se, ainda, que os coeficientes de correlação Inter-Item foram baixos (variaram de 0,269 a 0,352), revelando uma baixa relação entre as escalas do questionário. No entanto, como a eliminação de qualquer item não aumenta significativamente o valor de Alfa, esses baixos valores dos coeficientes de correlação Inter-Item (médio) pouco interferem e podem ser desconsiderados.

Uma análise mais minuciosa foi feita considerando o cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach por gênero. Os resultados são apresentados nas TABs. 17 e 18. A análise por gênero revela alguns aspectos interessantes. Inicialmente, verificamos que houve um aumento no valor dos coeficientes para todas as escalas considerando-se apenas as informações para o gênero feminino (TAB. 17). Em seguida, observamos que houve uma perda considerável de confiabilidade quando

se consideram apenas as informações para o gênero masculino, especialmente para as dimensões Apoio não verbal e Controle.

TABELA 17 - Confiabilidade do questionário à luz das escalas, segundo a percepção dos pacientes do gênero feminino

Dimensão	Item	Alfa	Corr Inter-Item (Médio)
<i>Desafio</i>	Q1	0,571	0,312
	Q2		
	Q3		
<i>Incorajamento e elogio</i>	Q4	0,616	0,36
	Q5		
	Q6		
<i>Apoio não verbal</i>	Q7	0,782	0,419
	Q8		
	Q9		
	Q10		
	Q11		
<i>Compreensão e relação amigável</i>	Q12	0,804	0,315
	Q13		
	Q14		
	Q15		
	Q16		
	Q17		
	Q18		
	Q19		
	Q20		
	Q21		
<i>Controle</i>	Q22	0,542	0,373
	Q23		

TABELA 18 - Confiabilidade do questionário à luz das escalas, segundo a percepção dos pacientes do gênero masculino

Dimensão	Item	Alfa	Corr Inter-Item (Médio)
<i>Desafio</i>	Q1	0,598	0,401
	Q2		
	Q3		
<i>Encorajamento e elogio</i>	Q4	0,461	0,236
	Q5		
	Q6		
<i>Apoio não verbal</i>	Q7	0,359	0,103
	Q8		
	Q9		
	Q10		
<i>Compreensão e relação amigável</i>	Q11	0,793	0,258
	Q12		
	Q13		
	Q14		
	Q15		
	Q16		
	Q17		
	Q18		
	Q19		
	Q20		
<i>Controle</i>	Q21	0,061	0,031
	Q22		
	Q23		

Não obstante, as estimativas dos coeficientes para o questionário do médico, à luz das escalas consideradas, revelam uma situação pouco favorável no que diz respeito à confiabilidade dos indicadores (TAB. 19). O maior valor estimado para o coeficiente foi para a dimensão Compreensão e relação amigável (0,572). Destaca-se o valor mais baixo para a dimensão Controle (0,097). Aqui, novamente, o valor do Alfa quando determinado item é eliminado sugere que todos os itens utilizados são importantes para a escala do construto. Nota-se, também, que os coeficientes de correlação Inter-Item foram baixos (variaram de 0,05 a 0,234), revelando uma baixa relação entre as escalas do questionário.

TABELA 19 - Confiabilidade do questionário à luz das escalas, segundo a percepção dos médicos

Dimensão	Item	Alfa	Corr Inter-Item (Médio)	Alfa (se o item for eliminado)
<i>Desafio</i>	Q1	0,394	0,17	0,040
	Q2			0,000
	Q3			0,537
<i>Encorajamento e elogio</i>	Q4	0,44	0,234	0,357
	Q5			0,537
	Q6			0,073
<i>Apoio não verbal</i>	Q7	0,362	0,094	0,163
	Q8			0,185
	Q9			0,097
	Q10			0,317
	Q11			0,584
<i>Compreensão e relação amigável</i>	Q12	0,572	0,132	0,601
	Q13			0,548
	Q14			0,518
	Q15			0,645
	Q16			0,533
	Q17			0,567
	Q18			0,449
	Q19			0,594
	Q20			0,522
	Q21			0,412
<i>Controle</i>	Q22	0,097	0,05	-
	Q23			-

4.3.3 Análise fatorial

Para a análise fatorial faz-se necessário lembrar a estrutura do novo instrumento, o QCCM, para avaliação da percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico. Assim, tem-se que o formato de resposta do questionário é uma escala Likert de cinco pontos: 1= nunca, 2= raramente, 3= às vezes, 4= freqüentemente e 5= sempre. O modelo hipotético do novo instrumento prevê 23 itens, distribuídos em 5 escalas de análise, conforme QUADRO 6 .

QUADRO 6 - Modelo hipotético do novo instrumento QCCM

Instrumento	Escala Original	Itens	Intervalos
QCCM	Desafio	3	Q1 a Q3
	Encorajamento e elogio	3	Q4 a Q6
	Apoio não-verbal	5	Q7 a Q11
	Compreensão e relação amigável	10	Q12 a Q21
	Controle	2	Q22 a Q23

O modelo do QCCM, sugere um agrupamento dos itens de avaliação do comportamento comunicativo do médico em 5 fatores hipotetizados. Para verificar a adequação desse agrupamento de variáveis do novo instrumento, utilizou-se uma análise fatorial exploratória, com o intuito de avaliar se esse número de fatores hipotetizados é coerente com os dados amostrais do estudo. Como resultado para os cinco primeiros fatores obtidos, utilizando-se para fatoraçoão a matriz de correlação pelo método de componentes principais, tem-se que: o Fator 1 seria majoritariamente representado pelos itens das escalas Apoio não verbal (Q7 a Q11) e Compreensão e relação amigável (Q12 a Q21); o Fator 2 se relaciona com a escalas Desafio (Q1 a Q3) e Encorajamento e elogio (Q4 a Q6); o Fator 3 com poucos valores significativos, compreendendo itens de quase todas as escalas; o Fatores 4 e 5 parecem guardar relação com as escalas Encorajamento e elogio (Q4 a Q6) e Controle (Q21 a Q22). Estes resultados estão disponíveis no APÊNDICE K.

Para auxiliar a visualização da interpretação inicial dos primeiros fatores, adotou-se a rotação ortogonal Varimax (APÊNDICE L) e, em seguida, a rotação não ortogonal Promax (APÊNDICE M). Em geral, em análise multivariada, utiliza-se o recurso das rotações a fim de se alcançar uma estrutura de resultados mais simples de serem interpretados. Existem vários critérios para se proceder a uma rotação, dentre eles as rotações Varimax e Promax. A rotação Varimax é um critério que visa encontrar fatores (grupos) altamente correlacionados e grupos com correlação desprezíveis, evidenciando-se a distinção entre estes grupos. A rotação Promax é um critério proposto com o mesmo objetivo que o método Varimax, contudo, ele não preserva a estrutura original dos dados.

Na TAB.20, a seguir, apresentam-se os resultados finais sugeridos pela análise fatorial exploratória do novo instrumento QCCM, e os coeficientes de consistência interna (Alpha de Cronbach) de cada escala.

TABELA 20 - Resultados da análise fatorial do QCCM

Fator	Escala	Variância explicada (%)	Variância explicada acumulada (%)	Contribuição de cada fator na variância total explicada (%)	Consistência interna (Alpha de Cronbach)
F1	Compreensão e relação amigável	29,3	29,3	53,1	0,801
F2	Desafio	7,9	37,2	14,3	0,579
F3	Encorajamento e elogio	6,4	43,7	11,7	0,573
F4	Apoio não-verbal	6,1	49,8	11,0	0,732
F5	Controle	5,4	55,2	9,9	0,424
Total		55,2	-	100,0	

A análise fatorial exploratória apresentou resultados satisfatórios para uma estrutura de 5 fatores do QCCM. A solução fatorial escolhida explicou aproximadamente 55% da variação total do instrumento. A escala Compreensão e relação amigável contribuiu com aproximadamente 53% dessa variação total explicada. O índice de consistência interna (Alpha de Cronbach) variou de 0,424 (Controle) a 0,801 (Compreensão e relação amigável).

4.4 Comparações entre a percepção do paciente e a percepção do médico

Conforme descrito no “Método”, o QCCM também foi aplicado nos 10 médicos do ambulatório. A TAB. 21 apresenta as médias e desvios padrão da percepção dos pacientes para cada médico. Inclui também, o coeficiente de variação, em percentual, que é uma medida útil sobre precisão de dados, especialmente quando se deseja fazer comparações.

TABELA 21 - Média, desvio padrão e coeficiente de variação da percepção dos pacientes para cada médico

Médico		Escala				
		Desafio	Encorajamento e elogio	Apoio não-verbal	Compreensão e relação amigável	Controle
M1	Média	4,00	4,33	4,60	4,70	3,50
	DP	1,00	0,58	0,55	0,48	0,71
	CV	25,00	13,32	11,91	10,28	20,20
M2	Média	4,33	4,00	4,60	4,40	4,00
	DP	0,58	1,73	0,55	0,70	1,41
	CV	13,32	43,30	11,91	15,89	35,36
M3	Média	4,00	4,00	4,20	4,10	5,50
	DP	1,00	1,00	0,45	0,57	0,71
	CV	25,00	25,00	10,65	13,85	15,71
M4	Média	3,33	5,00	3,60	4,50	4,50
	DP	2,08	-	1,52	0,71	0,71
	CV	62,45	-	42,13	15,71	15,71
M5	Média	4,33	4,33	4,40	4,50	4,00
	DP	0,58	0,58	0,55	0,53	1,41
	CV	13,32	13,32	12,45	11,71	35,36
M6	Média	3,33	3,67	4,20	4,30	2,50
	DP	1,53	1,53	0,84	0,82	0,71
	CV	45,83	41,66	19,92	19,15	28,28
M7	Média	4,33	3,67	4,00	4,80	4,00
	DP	1,15	0,58	0,71	0,42	-
	CV	26,65	15,75	17,68	8,78	-
M8	Média	4,00	4,67	4,60	4,40	4,00
	DP	1,00	0,58	0,55	0,70	-
	CV	25,00	12,37	11,91	15,89	-
M9	Média	3,67	3,67	3,60	4,10	3,50
	DP	0,58	0,58	0,55	0,32	0,71
	CV	15,75	15,75	15,21	7,71	20,20
M10	Média	4,33	4,67	4,60	4,30	3,50
	DP	0,58	0,58	0,55	0,48	0,71
	CV	13,32	12,37	11,91	11,23	20,20

Assim, para a escala Desafio, por exemplo, a maior variação foi observada com o médico M4, ao passo que a menor foi observada para os médicos M2 e M10. Observa-se ainda, por exemplo, que, para o médico M1, a menor variação foi observada para a escala Compreensão e relação amigável.

4.5 Comparações possíveis

4.5.1 Gênero dos pacientes

Na análise que se segue, procurou-se estudar o comportamento comunicativo do médico, categorizando-se a análise por gênero do paciente. Desta forma é possível identificar se a avaliação do comportamento comunicativo do médico difere segundo a variável gênero do paciente. Para proceder esta comparação realizou-se uma análise de variância.

Nesta análise, a hipótese básica ou nula é de que não existe diferença nas médias dos diferentes grupos. Sendo assim, a análise de variância procura identificar se a referida hipótese pode ser rejeitada ou não. Na TAB. 22, apresentam-se resultados obtidos com a análise de variância.

TABELA 22 - Diferenças nas escalas do QCCM, segmentadas pela categoria gênero do paciente

Escala	Índice gênero masculino	Índice gênero feminino	Valor-p do teste	Diferença na percepção do comportamento comunicativo
Desafio	4,01	3,92	0,63	Não
Encorajamento e elogio	3,70	3,60	0,63	Não
Apoio não-verbal	4,11	4,11	0,97	Não
Compreensão e relação amigável	4,54	4,46	0,50	Não
Controle	3,11	3,27	0,52	Não

Conforme se observa na TAB.22, não se identificaram diferenças na percepção do comportamento comunicativo do médico ao se segmentar a análise por gênero do paciente.

4.5.2 Variável gênero dos pacientes versus variável gênero dos médicos

Na TAB. 23, que se segue, tem-se uma análise da percepção do comportamento comunicativo dos médicos, na visão masculina. Assim, procura-se identificar se há indícios, em cada escala, de diferenças na percepção do comportamento comunicativo do médico devido a uma variação no gênero do médico.

TABELA 23 - Diferenças nas escalas do QCCM, segmentadas pela categoria gênero do médico, sob a ótica de pacientes do gênero masculino

Escala	Índice para médicas	Índice para médicos	Valor-p do teste	Diferença na percepção do comportamento comunicativo
Desafio	4,08	3,99	0,79	Não
Incentivo e elogio	4,08	3,57	0,19	Não
Apoio não-verbal	4,15	4,10	0,82	Não
Compreensão e relação amigável	4,70	4,49	0,26	Não
Controle	3,81	2,88	0,03	Sim

Na tabela anterior, percebe-se uma indicação de diferença apenas na escala Controle. As demais escalas não apresentaram indicação de diferença estatística. Analisando apenas a escala Controle, o resultado indica índice maior para médicas (3,81) do que para médicos (2,88).

Na TAB. 24 tem-se uma análise da percepção do comportamento comunicativo dos médicos, na visão feminina.

TABELA 24 - Diferenças nas escalas do QCCM, segmentadas pela categoria gênero do médico, sob a ótica de pacientes do gênero feminino

Escala	Índice para médicas	Índice para médicos	Valor-p do teste	Diferença na percepção do comportamento comunicativo
Desafio	4,03	3,83	0,33	Não
Incentivo e elogio	3,68	3,53	0,54	Não
Apoio não-verbal	4,29	3,95	0,11	Não
Compreensão e rel. amigável	4,66	4,30	0,01	Sim
Controle	3,46	3,11	0,23	Não

Na tabela anterior, observa-se uma indicação de diferença estatística para a escala Compreensão e relação amigável. Para as demais escalas não há indicação estatística de diferença quanto à percepção do comportamento comunicativo do médico na visão feminina, ao se considerar como fonte de variação o gênero do médico. Analisando apenas a escala Compreensão e relação amigável, o resultado indica índice maior para médicas (4,66) do que para médicos (4,30).

4.5.3 Escolaridade dos pacientes

Na avaliação do comportamento comunicativo do médico segmentado pela variável escolaridade dos pacientes, devido ao tamanho reduzido da amostra em

cada categoria original, bem como número elevado de categorias, tornou-se necessário uma recategorização dos dados. Assim, na análise do fator escolaridade, adotou-se uma categorização em três níveis, a saber: fundamental, médio e superior.

Na TAB. 25 observa-se uma indicação de diferença estatística para a escala Controle. Para as demais escalas, não há indicação estatística de existir diferença quanto à percepção do comportamento comunicativo do médico, considerando como fonte de variação a escolaridade.

TABELA 25 - Diferenças nas escalas do QCCM, segmentadas pela variável escolaridade

Escala	Índice ensino fundamental	Índice ensino médio	Índice ensino superior	Valor-p do teste	Diferença na percepção do comportamento comunicativo
Desafio	3,92	4,01	3,89	0,88	Não
Encorajamento e elogio	3,58	3,73	3,61	0,78	Não
Apoio não-verbal	4,15	4,09	3,80	0,59	Não
Compreensão e rel. amigável	4,48	4,46	4,73	0,50	Não
Controle	3,05	3,35	4,42	0,02	Sim

Analisando apenas a escala Controle, comparando dois a dois não há diferença entre ensino fundamental (3,05) e ensino médio (3,35), mas há diferença desses dois para o superior (4,42). O índice é maior para quem têm nível superior.

4.5.4 Tempo de acompanhamento dos pacientes no serviço

Para a avaliação do comportamento comunicativo do médico, segundo a variável tempo de acompanhamento, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de Pearson com o objetivo de medir o nível de interferência desta variável em cada uma das escalas consideradas. Assim, a presença da correlação sugeriria que o tempo de acompanhamento teria interferência na percepção do paciente do comportamento comunicativo do médico.

TABELA 26 - Correlação entre tempo de acompanhamento e a percepção do comportamento comunicativo do médico

Escala	Correlação de Pearson	Valor-p do teste	Correlação estatística
Desafio	0,00	0,99	Não
Encorajamento e elogio	0,09	0,35	Não
Apoio não-verbal	-0,13	0,90	Não
Compreensão e relação amigável	-0,07	0,48	Não
Controle	-0,06	0,55	Não

Assim, conforme descrito na TAB. 26, não se observa correlação estatística entre cada uma das escalas e o tempo de acompanhamento do paciente no serviço.

4.5.5 Presença de sintomas depressivos

Na análise que se segue investigaram-se a presença de sintomas depressivos e sua influência sobre a percepção do paciente do comportamento comunicativo do médico, tendo sido considerados os quatro níveis de depressão, através do escore BDI (soma das respostas das 21 questões): 0 a 9 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 16 = depressão, de leve a moderada; de 17 a 29 = depressão moderada; de 30 a 63 = depressão grave.

TABELA 27 - Relação entre presença de sintomas depressivos e a percepção do comportamento comunicativo do médico

Escala	Índice Sem depressão	Índice depressão leve a moderada	Índice depressão moderada	Índice depressão grave	Valor-p do teste	Diferença na percepção do comportamento comunicativo
Desafio	3,97	3,83	3,97	4,04	0,92	Não
Encorajamento e elogio	3,87	3,21	3,41	3,74	0,03	Sim
Apoio não-verbal	4,10	4,07	4,10	4,28	0,94	Não
Compreensão e rel. amigável	4,55	4,42	4,46	4,37	0,66	Não
Controle	3,32	3,27	3,11	2,78	0,60	Não

A TAB. 27 revela ausência de diferença estatística significativa entre o grau de depressão do paciente em relação à percepção do comportamento comunicativo do médico, com exceção da escala Encorajamento e elogio.

Analisando apenas a escala Encorajamento e elogio, comparando dois a dois verificamos que o índice para pacientes sem depressão (3,87) é maior que os índices para pacientes com depressão leve (3,21), moderada (3,41) ou grave (3,74). Para os demais níveis de depressão não há diferença entre os respectivos índices.

4.5.6 Tempo de prática médica

Na análise que se segue investigou-se a influência do tempo de prática médica sobre a percepção do paciente do comportamento comunicativo do médico, tendo sido efetuada uma categorização da variável em dois valores: tempo inferior a

25 anos e superior a 25. Para a amostra analisada, a opção pelo ponto de corte definido em 25 anos justificou-se por haver, neste limiar, uma mudança significativa no tempo de prática médica.

TABELA 28 - Tempo de prática médica e o índice da percepção do comportamento comunicativo do médico

Escala	Índice tempo inferior a 25 anos	Índice tempo superior a 25 anos	Valor-p do teste	Diferença na percepção do comportamento comunicativo
Desafio	3,92	4,01	0,61	Não
Encorajamento e elogio	3,61	3,67	0,79	Não
Apoio não-verbal	4,15	4,03	0,48	Não
Compreensão e relação amigável	4,53	4,39	0,20	Não
Controle	3,32	3,01	0,21	Não

Na TAB. 28 não se observam indicações de influência do tempo de prática médica sobre a percepção do paciente do comportamento comunicativo do médico.

4.5.7 Tempo do médico no ambulatório de endocrinologia

Por fim, investigou-se a influência do tempo do médico no ambulatório de endocrinologia sobre a percepção do paciente do comportamento comunicativo daquele profissional, tendo sido efetuada uma categorização da variável em três valores: tempo até 5 anos, de 6 a 19 anos e superior a 20 anos.

TABELA 29 - Tempo do médico no ambulatório de endocrinologia e índice da percepção do comportamento comunicativo do médico

Escala	Índice até 5 anos	Índice 6 a 19 anos	Índice mais de 20 anos	Valor-p do teste	Diferença na percepção do comportamento comunicativo
Desafio	4,03	3,91	3,92	0,81	Não
Encorajamento e elogio	3,54	3,77	3,46	0,37	Não
Apoio não-verbal	4,24	4,11	3,94	0,40	Não
Compreensão e relação amigável	4,49	4,57	4,32	0,17	Não
Controle	3,06	3,53	2,79	0,03	Sim

Na TAB. 29 observa-se indicação de diferença estatística do tempo no ambulatório de endocrinologia sobre a percepção do comportamento comunicativo do médico apenas na escala Controle.

Analisando-se apenas a escala Controle, comparando dois a dois não há diferença entre "até 5 anos" (3,06) e "16 a 19 anos" (3,53), mas há diferença destes dois para "mais de 20 anos" (2,79). O índice é menor para o médico que tem "mais de 20 anos" no ambulatório de endocrinologia.

4.6 Resultados qualitativos

A presente pesquisa traz a reflexão sobre a subjetividade do paciente respeitada na relação médico-paciente. Nada mais esperado do que apresentar, além dos resultados a que se propôs, resultados qualitativos. Apesar do formato fechado de respostas, durante as entrevistas de aplicação dos questionários, muitos pacientes fizeram comentários livres e espontâneos sobre seus médicos e sua relação com eles. Estes relatos nos ajudam a caracterizar ainda mais a forma como alguns pacientes se relacionam com seus médicos, acreditando que isso também influencia a percepção deles em relação à comunicação do médico.

Assim, aproveitando esta oportunidade, este capítulo tem como objetivo dar voz aos pacientes que prontamente contribuíram com a nossa pesquisa. Ressaltamos, também, alguns comentários nas respostas de alguns itens específicos do QCCM, os quais podem indicar possibilidades de mudanças futuras para aperfeiçoamento do instrumento.

Alguns relatos demonstram claramente o reconhecimento da capacidade do médico e a admiração por eles:

Ela é muito boa! Ela passa confiança na gente...

Pra mim ela é ótima" É uma benção! Sempre que eu tô chateada eu converso com ela e eu saio bem!

Ele é um ótimo médico! Excelente!

Ela é muito bacana! Conheço ela há muitos anos. Gosto muito dela!

Ele é bonzinho demais! Ele é uma gracinha!

Ela é muito atenciosa! Ela é muito educada, muito simpática...

Se tivesse uns 30 doutor X nesse meio tava ótimo! Te garanto que o andamento seria bem melhor pra quem não tem plano de saúde! Só tenho a agradecer!

Ele é excelente como pessoa! Muito educado. Eu era fumante... um dia ele estava mostrando pros residentes uma ferida que eu tinha. Aí que eu vi: será que eu tenho que passar por isso? Aí parei de fumar!

Nos comentários a seguir, fica claro que a relação médico-paciente é mediada por muito sentimento, gratidão e devoção.

Eu gosto muito dele... capacitado e educado... ele que descobriu meu problema na tireóide. Eu gosto dele mesmo. Eu falo isso do fundo da minha alma. Quando ele viaja, deixa alguém no seu lugar. Ele é muito responsável!

Ele me trata muito bem!

Eu confio nele. Trato com ele há muitos anos. Gosto muito dele. Quando eu comecei a tratar com ele eu tava muito mal mesmo. Ele é muito bom!

Ele é mais que um pai pra nós! Ele nasceu pra ser médico mesmo! Ele é fora de série! Eu espero continuar com ele sempre.

Alguns pacientes fazem reflexões na tentativa de explicar os fatores que interferem na relação médico-paciente.

“O tempo da consulta impede que o resultado seja melhor.”

“Ele é esquisito... tem dia que ele está de lua boa. Acho que todo médico tem a lua... eles são humanos também, que nem a gente... No começo eu ficava até triste, ele ficava olhando pra mim com ar esquisito...”

“Às vezes ele é paciente, às vezes é meio estourado.”

“Tem uns residentes tão bom! Mas tem um que eu acho que não vai dar um bom médico...”

Apesar de todo o processo de elaboração do QCCM, incluindo pré-teste, e das respostas serem fechadas (alternativas na escala Likert), alguns pacientes fizeram complementações. Como por exemplo, nos itens da escala Apoio não-verbal:

Nunca prestei atenção. (para item 7)

Não olho pra ele muito. (para itens 8, 9 e 10)

Não reparei. (para item 10)

Nos itens da escala Compreensão e relação amigável:

Eu acredito que sim... (para item 12)

Eu nunca passei pra ele meus medos e minhas ansiedades. Se eu passasse, ele me apoiaria. (para item 21)

Eu não tenho medo... (para item 21)

E nos itens da escala Controle:

Ele só não olha quando está transcrevendo os exames. (para item 22)

Em caso de medicamento a mudança é mais difícil. (para item 23)

Porque tratamento para diabetes tem que ser aquele mesmo. Diabético não pode ser rebelde, não. (para item 23)

5 DISCUSSÃO

Os resultados demonstrados indicam que o QCCM mostrou-se válido como um primeiro estudo da percepção dos pacientes em relação ao comportamento comunicativo do médico. Na percepção dos próprios pacientes, os médicos avaliados apresentaram comportamentos comunicativos positivos, confirmando a percepção geral e reconhecimento interno pelos outros setores, de tratar-se de um ambulatório “acessível” e “amigável”.

Num primeiro momento, falar em humanização na relação médico-paciente nos serviços de saúde parece uma redundância, uma vez que ambos são seres humanos. Mas a necessidade de uma relação mais centrada no paciente, valorizando seus aspectos socioculturais e suas expectativas, tem sido evidenciada por inúmeros trabalhos para que esta relação seja terapêutica (CAPRARA & FRANCO, 1999; CAPRARA & RODRIGUES, 2004; RIBEIRO & AMARAL, 2008). No contexto específico do Ambulatório de Endocrinologia do HC-UFMG, o resultado desta pesquisa, positivo para a comunicação dos médicos com seus pacientes, se opõe a estudos que ressaltam a necessidade do resgate e da abertura à subjetividade e da relação dialógica entre o profissional e o usuário do serviço na rede básica de saúde (YÉPEZ & MORAIS, 2004; PEREIRA & AZEVÊDO, 2005).

No que diz respeito ao papel de educador que o médico deve desempenhar, reforçando o papel da experiência e das práticas cotidianas, Briceño-León (1996) colocam que “educação não é apenas o que se ensina nos programas educativos, mas o que está sendo passado através de toda ação sanitária”, sugerindo, portanto, considerar “a dimensão educativa não-intencional das ações cotidianas desenvolvidas nos programas de saúde” (p.12). Nesse sentido, uma postura do médico mais centrada no paciente, com uma comunicação aberta e cuidadosa também contribuiriam no processo educativo do paciente. Os resultados da pesquisa indicam que os médicos do Ambulatório de Endocrinologia do HC-UFMG prezam pela comunicação com seus pacientes, exercendo assim, o papel de educadores, mesmo que de maneira não-intencional.

Em relação à elaboração do novo instrumento, o ajuste feito na escala Likert de resposta, substituindo a alternativa “quase nunca” por “nunca” e a “quase sempre” por “sempre”, além de facilitar o entendimento das possibilidades de

resposta, uma vez que ficaria difícil identificar a diferença semântica entre “quase nunca” e “raramente” e entre “quase sempre” e “frequentemente”, atentamos para a crítica feita por Matos (2006), sobre a escala (do TCBQ) não possuir as opções “nunca” e “sempre”. Assim, um médico, por exemplo, poderia nunca se dispor a explicar novamente o que o paciente não entende. Caso não fizéssemos a alteração na escala de resposta, o paciente seria obrigado a responder a alternativa “quase nunca”, mesmo que o médico efetivamente nunca manifestasse esse comportamento.

A elaboração e utilização do “cartão de resposta” foi uma forma de aprimorar a aplicação do questionário, necessidade levantada ainda na fase de pré-teste com os pacientes. O “cartão de resposta” demonstrou-se eficiente, apresentando a escala Likert em tamanho maior e com diferencial de cores, facilitando a visualização e a escolha da resposta pelo paciente. Este tipo de procedimento é simples e pode auxiliar a aplicação de questionários semelhantes em pesquisas futuras.

De maneira geral, médicos e pacientes demonstraram-se receptivos em relação à pesquisa. Especialmente os pacientes, na sua maioria, demonstraram boa vontade em colaborar, sentindo-se importantes e valorizados.

O maior número de pacientes do gênero feminino pode, simplesmente, ser representativo da realidade deste ambulatório específico, uma vez que a pesquisa escolheu seus participantes aleatoriamente.

Na análise dos dados do questionário sócio-demográfico são necessárias algumas considerações. Apesar de apenas 2,8% dos pacientes serem analfabetos, cerca de 40% possuem o ensino fundamental incompleto. Daí a necessidade de adequar a linguagem e a forma de aplicação dos questionários, como, por exemplo, a utilização do “cartão de respostas” e a aplicação do BDI na forma de entrevista. Esta última adequação, corroborada por estudos (BECK *et al.*, 1996), contribuiu também na aproximação entre pesquisadora e os sujeitos da pesquisa.

Em relação ao universo de diagnósticos escolhidos, diabetes e doenças da tireóide, representam doenças crônicas, condicionando relacionamentos mais duradouros entre médicos e pacientes. A alta variabilidade no tempo de diagnóstico pode representar históricos da relação médico-paciente bem diferentes. O paciente traz, na sua percepção em relação ao médico, toda a sua experiência de relacionamentos passados. A alta variabilidade encontrada no tempo de acompanhamento no serviço, também contribui para relacionamentos e percepções

diferentes. Certamente, um paciente acompanhado por um médico há vários anos tem um relacionamento diferente do que um paciente acompanhado há apenas 2 meses.

Quanto aos médicos envolvidos na pesquisa, temos uma amostra (N=10), bem representativa do ambulatório de endocrinologia (100% de adesão), contando com um certo equilíbrio entre homens (60%) e mulheres (40%). A adesão de 100% dos médicos indica a abertura e a disposição para participar da pesquisa, uma vez que essa estaria avaliando a comunicação dos mesmos com seus pacientes. A alta variabilidade na idade dos médicos e no tempo de prática médica caracteriza experiências profissionais e de formação bem diferentes, especialmente no que se refere à comunicação médico-paciente.

Em relação à validação externa do QCCM, optou-se fazer uma comparação com a escala PPOS. Portanto, apesar da amostra pequena de médicos, aplicamos a escala PPOS para avaliar a atitude do médico em relação ao paciente, conforme já explicado anteriormente. Embora a escala PPOS mostre atitude e não comportamento, os estudos de Krupat *et al.* (2000) mostram coerência entre escores elevados para os médicos e satisfação dos pacientes. Assim, conforme resultados apresentados, investigamos uma possível associação entre escala PPOS e QCCM e comprovamos, estatisticamente, evidências de associação entre as variáveis PPOS do médico e QCCM do paciente. Ou seja, a atitude do médico em relação ao paciente guarda relação com a percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico. Supõe-se que uma atitude mais centrada no paciente, leva a uma percepção mais positiva do comportamento comunicativo do médico.

Na validação interna do QCCM, com a utilização do Alfa de Cronbach, analisamos que as escalas do questionário apresentaram confiabilidade satisfatória, exceto a escala Controle, a qual apresentou um índice de consistência interna relativamente baixo 0,424, sugerindo que a confiabilidade do indicador não é satisfatória. No processo de elaboração do instrumento, considerando as características desejáveis no médico para uma comunicação eficiente com seu paciente, as escalas de análise acabaram sofrendo um desbalanceamento na quantidade de itens que as representasse. Assim, o QCCM possui, por exemplo, a escala Compreensão e relação amigável com 10 itens e a escala Controle, com apenas 2, diferentemente do TCBQ (questionário utilizado como base), que possui 8

itens em cada uma das cinco escalas. Como consequência disso, verificamos que a confiabilidade do questionário ficou prejudicada na escala Controle.

Numa análise mais minuciosa, considerando o cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach por gênero, verificamos que houve um aumento no valor dos coeficientes para todas as escalas considerando-se apenas as informações para o gênero feminino. Ao considerarmos apenas as informações para o gênero masculino, houve uma perda considerável de confiabilidade, especialmente para as dimensões Apoio não verbal e Controle. Este resultado diferenciado por gênero pode refletir um problema relacionado ao desbalanceamento da amostra para esta variável.

De acordo com Freitas & Arica (2008), a literatura existente aponta diversos fatores que podem influenciar na confiabilidade de questionários, dentre os quais se destacam:

- (1) Número de itens: a confiabilidade pode ser aumentada quando mais itens são incluídos;
- (2) Tempo de aplicação do questionário: segundo Cronbach (2004), o Alfa não deve ser utilizado quando o questionário é muito grande;
- (3) A amostra: uma amostra de pessoas semelhantes pode resultar em um questionário de baixa confiabilidade.

Nesta pesquisa, em particular, considera-se o tempo de aplicação do questionário relativamente curto, ficando entre 5 e 7 minutos. Quanto à amostra, considera-se que as entrevistas foram feitas com diversos tipos de pessoas, pois foram escolhidas aleatoriamente, em num hospital público. Assim, destacam-se algumas limitações que podem influenciar ou distorcer os resultados na análise de confiabilidade por meio do Alfa de Cronbach:

- (a) Embora um número excessivo de itens possa ser prejudicial (pois um número elevado de itens pode levar a respostas relapsas), parece que o número extremamente baixo de itens para a escala Controle (apenas 2 itens) pode ser decisivo para a não aplicabilidade do Alfa de Cronbach nesta escala, considerando que, no cálculo do indicador, o número de itens tem uma funcionalidade semelhante àquela de diminuição do erro de amostragem através do aumento do tamanho da amostra (Hayes, 1995).

- (b) O desbalanceamento da amostra por gênero poderia ser um problema, uma vez que não se sabe precisamente qual o efeito de tal desproporcionalidade da amostra nesta variável, tendo em vista o objetivo e peculiaridades desta pesquisa.
- (c) A análise da confiabilidade do instrumento aplicado aos médicos revela uma possível preocupação quanto ao tamanho da amostra, apenas 10 participantes, o que pode contribuir para estimativas inconsistentes ou enviesadas.

Apesar da análise dos resultados obtidos pela aplicação da escala PPOS não ser o foco principal desta pesquisa e, considerando ainda a pequena amostra de médicos na qual foi aplicada (N=10), encontramos que o escore médio feminino (4,97) foi maior que o escore médio masculino (4,59). Assim, médicas apresentaram atitudes mais centradas no paciente do que os médicos. Este resultado também foi encontrado na pesquisa de Ribeiro (2006), na qual estudantes de medicina do sexo feminino apresentaram atitudes mais centradas no paciente do que os estudantes do sexo masculino. Estes achados estão de acordo com a metanálise de 150 trabalhos sobre o efeito do gênero no processo de cuidado do paciente, o qual revelou que as médicas têm atitudes mais centradas no paciente que os médicos, pois se empenham mais na comunicação: comportamentos de parceria mais ativos, fala positiva, aconselhamento psicossocial, questões psicossociais e conversa emocionalmente focada (ROTTER *et al.*, 2002). Segundo os autores, esse achado seria consistente com as diferenças no estilo de comunicação entre homens e mulheres, fora do contexto médico.

É importante ressaltar que os valores dos índices para cada escala analisada indicaram uma percepção positiva do paciente em relação à comunicação do médico, no contexto do estudo.

Em relação à versão do QCCM do paciente comparada com a versão do médico, ficou evidenciado que os médicos perceberam seu comportamento comunicativo de uma forma mais positiva do que seus próprios pacientes. Estes resultados também foram encontrados por She e Fisher (2002) e Matos (2006) na relação professor-aluno (na aplicação do TCBQ), o qual evidenciou que professores perceberam o seu comportamento comunicativo de uma forma mais positiva do que

seus alunos. Apesar de serem dois campos diferentes, educação e área médica, optou-se por fazer esta comparação com o TCBQ, uma vez que o QCCM foi baseado nele e é um instrumento novo, não existindo, portanto, nenhum estudo anterior sobre o mesmo. Assim, segundo Matos (2006), este é o padrão de resultados geralmente encontrado, pois os professores tendem a perceber o ambiente de aprendizagem da sala de aula de uma forma mais positiva do que os alunos. Será que podemos dizer o mesmo do ambiente do consultório, durante a consulta? Possivelmente sim, uma vez que o médico está mais seguro e numa posição mais confortável que o paciente.

Numa pesquisa com uma amostra tão variada de indivíduos e valorizando a subjetividade de cada um deles, devemos considerar a variabilidade de percepções. Por exemplo, para a escala Compreensão e relação amigável, a menor variação de índices foi observada com o médico M1. Uma menor variação indicaria percepções mais homogêneas dos pacientes em relação a uma escala de análise. A percepção mais homogênea poderia sugerir um comportamento mais efetivo do médico. Assim, o médico M1 teria um comportamento de compreensão e relação amigável mais consolidado quando comparado aos outros médicos. Por outro lado, o QCCM poderia ser útil para a análise da percepção individual de um determinado paciente no sentido de aperfeiçoar determinados aspectos da comunicação médico-paciente.

A presente pesquisa não identificou diferenças na percepção do comportamento comunicativo ao segmentar a análise por gênero do paciente. Diferentemente do que foi encontrado por Matos (2006), com a aplicação do TCBQ, na análise da percepção dos alunos do comportamento comunicativo do professor, que apresentou diferença estatística significativa na escala Encorajamento e elogio, com meninos percebendo os seus professores dando mais encorajamento e elogio do que as alunas (índice 2,94 para meninos e 2,69 para meninas).

Apesar disso, há indicação de diferença estatística em algumas escalas, quando considerado o gênero do médico. Pacientes do gênero masculino apresentaram diferença na percepção do comportamento comunicativo na escala Controle. Pacientes homens tiveram uma percepção mais positiva das médicas (3,81), do que dos médicos (2,88) em relação à escala Controle. A visão feminina apresentou diferença na percepção do comportamento comunicativo na escala Compreensão e relação amigável. Pacientes mulheres apresentaram uma percepção mais positiva das médicas (4,66), do que dos médicos (4,30) em relação

à compreensão e relação amigável. O estudo de Matos (2006), também identificou que os alunos perceberam professoras (3,81) mais compreensivas e amigáveis do que professores (3,51), além de mais desafiadoras, encorajadoras e apoiadoras. Não seriam essas, respectivamente, as escalas mais sugestivas de características culturalmente esperadas na comunicação médico-paciente para homens e mulheres?

Quando consideramos a escolaridade do paciente, observamos indicação de diferença estatística na escala Controle. Pacientes com nível superior demonstraram uma percepção mais positiva em relação ao controle dos médicos.

Interessante notar que, quando consideramos a presença de sintomas depressivos, há diferença na percepção do comportamento comunicativo para a escala Encorajamento e elogio. Notamos que pacientes sem depressão apresentaram uma percepção mais positiva em relação ao encorajamento e elogio de seus médicos. Não seria esta uma das características da comunicação possivelmente alterada num paciente que apresenta sintomas depressivos?

Por fim, também há indicação de diferença estatística do tempo do médico no ambulatório de endocrinologia sobre a percepção do comportamento comunicativo do médico apenas na escala Controle. Identificamos que pacientes têm uma percepção menos positiva da escala Controle de médicos com mais de 20 anos no ambulatório. Seria possível identificar que um médico com muitos anos de trabalho no mesmo local apresentaria um comportamento comunicativo mais controlador?

A questão é que não se pode necessariamente generalizar os dados gerados nesta pesquisa, uma vez que estamos lidando com um contexto específico deste Ambulatório. Mas a validação do instrumento QCCM, bem como o próprio processo da pesquisa, valorizando a comunicação na relação médico-paciente, geram espaços para outras pesquisas e para a reflexão e construção de novos significados tanto para médicos, como para pacientes, estes ganhando voz e sendo valorizados como potenciais agentes de mudanças, exercendo sua cidadania e participação crítica.

5.1 Síntese da discussão

- O QCCM é válido como um primeiro estudo da percepção do comportamento comunicativo do médico.
- O resultado positivo para comunicação do médico, no contexto do Ambulatório de Endocrinologia do Anexo Hospital Borges da Costa (HC-UFMG), confirma a percepção geral e reconhecimento interno de tratar-se de um ambulatório “acessível” e “amigável”.
- Os resultados indicam que os médicos do Ambulatório prezam pela comunicação com seus pacientes, exercendo assim, o papel de educadores, mesmo que de maneira não-intencional.
- Médicos perceberam seu comportamento comunicativo mais positivamente do que seus próprios pacientes.
- Há evidências de associação entre a atitude do médico em relação ao paciente (PPOS do médico) e a percepção do paciente do comportamento comunicativo do médico (QCCM do paciente).
- Esta pesquisa gera espaços para outras pesquisas e para a reflexão e construção de novos significados tanto para médicos, como para pacientes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E REFLEXÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

Todo processo de pesquisa, elaboração de questionário, entrevistas com pacientes foi extremamente prazeroso. Como pesquisadora, sinto-me privilegiada de ter tido a oportunidade de conversar e me relacionar com pacientes e médicos. Adentrando nesse universo, ficou evidente a necessidade de atenção ao tema comunicação médico-paciente, para ambos os envolvidos.

O grande ganho com a elaboração do QCCM, comparado com instrumentos já existentes na área médica, é permitir mensurar a percepção de um comportamento efetivo, e não apenas uma “atitude”, sem interferir presencialmente durante a consulta através de observação direta, gravação ou filmagem.

Possíveis ajustes no QCCM, como aumentar o número de itens da escala Controle e balancear a quantidade de itens das cinco escalas de análise são necessários para melhorar a confiabilidade do instrumento.

A aplicação do QCCM numa amostra maior de médicos, por exemplo, possibilitaria análises mais consistentes de comparação entre atitude (intenção de comportamento) do médico e a percepção do paciente do comportamento efetivo do mesmo, a partir de estudos já realizados por Ribeiro (2006), por exemplo.

Certamente, os resultados obtidos nesta pesquisa não são suficientes para dizer se a percepção mensurada é transitória, relativa ao momento de vida daquele paciente, ou se trata da percepção que aquele paciente tem em relação à comunicação daquele médico específico, como se pretendeu mensurar (resultado de um relacionamento de longo prazo). Somente um estudo longitudinal, mais aprofundado poderia dizer isso.

O QCCM demonstra-se também versátil no que se refere às possibilidades de análise. Podemos realizar um estudo num grupo específico de pacientes, de um mesmo médico, ou a relação individual de um único paciente com seu médico. Assim, as informações obtidas no QCCM podem ser usadas para a melhoria da comunicação entre médico e paciente.

Nesse sentido, ainda há muito para ser feito a fim de permitir ao paciente passar de objeto a sujeito na prática médica, e isto demanda mudanças significativas

na maneira de se ensinar e praticar a medicina (RIBEIRO, 2006). A utilização do QCCM poderia contribuir na formação médica para investigar, como sugere Ribeiro (2006), se o comportamento do estudante a respeito da relação médico-paciente corresponde à sua atitude, num estudo comparativo entre resultados do QCCM e da escala PPOS. Também poderia contribuir com a necessidade de avaliação de competências médicas incluindo atitudes, habilidades e comportamento além dos aspectos cognitivos, priorizando avaliação formativa, como propõe a mesma autora.

Finalmente, mas sem a intenção de esgotar a discussão sobre o tema, ressaltamos que a comunicação é fundamental para o estabelecimento e o sucesso da relação médico-paciente. Mudanças nos currículos de Medicina podem trazer novas perspectivas para o ensino e desenvolvimento dessas habilidades, formando um médico mais capacitado para lidar com as questões sociais específicas envolvidas nas consultas atualmente, bem como com a subjetividade do paciente. Este, por sua vez, tem papel ativo e é co-construtor desse relacionamento. Disto depende a saúde, a adesão e o sucesso do tratamento. Avaliar este processo comunicativo através da percepção dos pacientes tornou-se uma abordagem possível para sua melhoria. Outros estudos sistematizados e instrumentos padronizados são necessários para o avanço nesta área.

6.1 Síntese das considerações finais e futuras

- O grande ganho do QCCM é mensurar a percepção de um comportamento efetivo do médico na relação médico-paciente, sem interferir presencialmente na consulta.
- A confiabilidade do QCCM pode ser melhorada com o balanceamento na quantidade de itens das escalas de análise.
- Aplicação do QCCM numa amostra maior de médicos possibilitaria análises mais consistentes de comparação entre atitude do médico e percepção do comportamento comunicativo.
- Um estudo longitudinal e mais aprofundado poderia identificar se a percepção mensurada é transitória.
- O QCCM mostrou-se versátil nas possibilidades de análise.

- O QCCM é uma contribuição tanto na formação quanto na prática médica, principalmente, na avaliação das habilidades clínicas.
- Outros estudos sistematizados e instrumentos padronizados são necessários para o avanço nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALES BELLO, A. O ser humano e a comunidade. In: *Fenomenologia do ser humano: traços de uma filosofia no feminino*. Tradução de Antonio Angonese. Bauru: Edusc, 2000. p. 159-182

ALES BELLO, A. Fenomenologia: da estrutura das vivências às formas culturais. In: *Fenomenologia e ciências humanas: psicologia, história e religião*. Organização e tradução de Miguel Mahfoud e Marina Massini. Bauru: Edusc, 2004. p. 155-186.

ALMEIDA, J. *et al.* Pesquisa interdisciplinar na pós-graduação: (des)caminhos de uma experiência em andamento. *Revista Brasileira de Pós-Graduação*, v.1, n.2, nov. 2004, p. 116-140.

ALVARENGA, A. T. de; SOMMERMAN, A. & ALVAREZ, A. M. de S. Congressos internacionais sobre transdisciplinaridade: reflexões sobre emergências e convergências de idéias e ideais na direção de uma nova ciência moderna. *Saúde soc.* [online]. Vol.14, n.3, pp. 9-29. ISSN 0104-1290, 2005.

ALVES, R. F; BRASILEIRO, M. do C. E.;BRITO, S. M. de O. Interdisciplinaridade: um conceito em construção. *Episteme*, Porto Alegre, n. 19, p. 139-148, jul./dez. 2004.

AMARAL, E; DOMINGUES, R. C. L.; ZEFERINO, A. M. B. Avaliando Competência Clínica: o Método de Avaliação Estruturada Observacional. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v .29, nº 1, 2007.

AMORETTI, R. A Educação Médica diante das necessidades sociais em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v.29, n.2, maio/ago, 2005.

ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 53 (5):89-121, 1963 *apud* CAPRARA, A & RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):139-146, 2004.

BABBIE, E. *Métodos de pesquisa survey*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.

BALDO, M. V. C. Interdisciplinaridade das Neurociências. *Revista Médica de Minas Gerais*. Belo Horizonte, v.19, n.3, suplemento 4, julho a setembro, 2009. ISSN 0103-880 X.

BECK, A. T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J. & ERBAUGH, G. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry* 4:53-63,1961. (Xerox)

BECK, A. T.; STEER, R. A.; BALL, R. & RANIERI, W.F. Comparison of Beck Depression Inventories -IA e -II. In: Psychiatric Outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 1996, 67(3), 588-597. Copyright 1996, Lawrence Erlbaum Associates, Inc. (Xerox)

BLANK, D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. *Revista Brasileira de Educação Médica*. [online]. 2006, vol.30, n.1, pp. 27-31. ISSN 0100-5502.

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad. Saúde Pública*, 12:7-30, 1996.

CAPRA, F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix; 1988.

CAPRARA, A & FRANCO, A. L. S. (1999). A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (3), 1999.

CAPRARA, A & RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):139-146, 2004.

CARTA DE TRANSDISCIPLINARIDADE. Adotada no Primeiro Congresso Mundial da Transdisciplinaridade, Convento de Arrábida, Portugal: 2 a 6 novembro de 1994. In: *Educação e Transdisciplinaridade*. CETRANS (Centro de Educação Transdisciplinar). Disponível em: <www.redebrasileiradetransdisciplinaridade.net>. Acesso em: 30 jan. 2010.

CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos. Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. *Interface (Botucatu)* [online]. Vol.13, n.29, pp. 469-473, 2009. ISSN 1414-3283.

COLOMBRI, M. R. C.; LOPES, M. H. B. M.; FIGUEIREDO, R. M. Adesão à terapia anti-retroviral para HIV/AIDS. *Ver. Esc. Enferm. USP*, 2006; 40(4): 576-81.

COMUNICAÇÃO. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Minidicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977. p.116.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. *Diretrizes curriculares nacional do curso de graduação em medicina*. Brasil, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br>>. Acesso em 19 dez. 2007.

CORTOPASSI, A. C. *et al.* Percepção de pacientes sobre a Internação em um Hospital universitário: implicações para o ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 30 (2): 42-48, 2006.

COSTA, N. M. da S. C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? *Revista Brasileira de Educação Médica* 31 (1): 21-30; 2007.

CRONBACH, L. J. *Coefficient alpha and the internal structure of tests*. *Psychometrika*, 16(3), p. 297-334, 1951.

CRONBACH, L. J. My current thoughts on coefficient alpha and successors procedures. *Educational and Psychological Measurement*, vol. 64, n.o 3, pp. 391-418, 2004.

DAVIDOFF, L. L. *Introdução à Psicologia*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983. 732 p.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, no Cazaquistão, entre 6 e 12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 06 mar. 2010.

DOMINGUES, I. Humanidade Inquieta. *UFMG Diversa - Revista da Universidade Federal de Minas Gerais*. Ano 1, N.2, 2003.

DIXON, M. & SWEENEY, K. *The human effect in medicine: theory, research and practice*. Radcliffe Medical Press, Oxford, 2000.

FAZENDA, I. *Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia?* 4ª ed. São Paulo: Loyola, 1996.

FAZENDA, I. *Interdisciplinaridade : história, teoria e pesquisa*. 2ª Ed. São Paulo: Ed. Papirus, 1995.

FERNANDES, J. C. L. A Quem Interessa a Relação Médico Paciente? *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 9 (1): 21-27, jan/mar, 1993.

FORTES, P. A. C. Por uma melhor relação médico-paciente. *Diretrizes. Bioética. Ver. Assoc. Med. Bras.* 2002; 48 (2): 93-117.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

FREEMAN, W. J. A Fisiologia da Percepção. *Viver Mente & Cérebro*. Edição Especial. São Paulo, n.3, p.30-39, 2005.

FREITAS, A. L. P.; ARICA, G. M. A auto-avaliação de IES: um modelo para a avaliação das disciplinas curriculares segundo a percepção do corpo discente. *Revista Iberoamericana de Educación*. V. 7, n. 44, janeiro, 2008.

GORESTEIN, C. & ANDRADE, L. Inventário de depressão de beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5) Edição Especial : 245-250, 1998.

HAIDET, P.; DAINS, J. E.; PATERNITI, D. A.; CHANG, T.; TSENG, E.; & ROGERS, J. C. Medical students attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ* 36:568–574, 2002.

HAYES, B. E. Measuring Customer Satisfaction – Development and Use of Questionnaires, ASQC. INEP (2002): *Manual de Avaliação Institucional – Centros Universitários*. Versão preliminar. 1995.

HOFFMAN, M. L. Is altruism part of human nature? *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 40(1), 121-137, 1981.

ISMAEL, J. C. *O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada*. 2. ed. ver. e ampl. – São Paulo: MG Editores, 2005.

JANTSCH, A. P. & BIANCHETTI, L. (Orgs.) *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. Petrópolis: Vozes, 2002.

JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde*. Vol.VIII(1) p.49-70, 2001.

KRUPAT, E., ROSENKRANZ, S. L., YEAGER, C. M., BARNARD, K., PUTNAM, S. M., INUI, T. S. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Counsel* 2000; 39 (1): 49-59. Resumo.

LAMPERT, J. B. *Da transição paradigmática da educação médica: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado*. Publicado em jul-ago-set-out/2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 16 set. 2007.

LEIS, H. R. Sobre o conceito de interdisciplinaridade. *Cadernos de pesquisa interdisciplinar em ciências humanas*. ISSN 1678-7730 N.73. Florianópolis, agosto/2005. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/viewFile/2255/3947>>. Acesso em: 20 jul. 2009.

LEITE, Á. J .M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. (Orgs.). *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*. São Paulo: Sarvier, 2007.

LINGS, P. *et al*. The doctor–patient relationship in US primary care. *Journal of Theroyal Society of Medicine*. Vol. 96 . Abril, 2003; 96:180–184.

LOGOTHETIS, N. K. *Janela da consciência. Viver mente & cérebro*. Edição Especial. São Paulo, n.3, p.48-55, 2005.

MALANGA, E. B. & LUCCHESI, M. A. S. *A transdisciplinaridade transformando a relação pesquisa/ensino/extensão na produção do conhecimento científico*. Trabalhos apresentados no II Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, 2005. Disponível em: <www.redebrasileiradetransdisciplinaridade.net>. Acesso em: 20 jul. 2009.

MATOS, D. A. S. *A percepção dos alunos do comportamento comunicativo do professor de ciências*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MELLO FILHO, J. *Concepção Psicossomática: visão atual*. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 1988.

MORIN, E. *A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.

NICOLESCU, B. Um Novo tipo de conhecimento- transdisciplinaridade. 1º Encontro Catalisador do CETRANS - Escola do Futuro - USP, Itatiba, São Paulo, abril, 1999. Disponível em: <www.redebrasileiradetransdisciplinaridade.net>. Acesso em: 30 jan. 2010.

NICOLESCU, B. Fundamentos metodológicos para o estudo transcultural e transreligioso. In: SOMMERMAN, A. et al. *Educação e Transdisciplinaridade II*. São Paulo: Triom, 2002.

NICOLESCU, B. *Transdisciplinarity: past, present and future*. In: CONGRESSO MUNDIAL DE TRANSDISCIPLINARIDADE. Vila Velha/Vitória, 2005. Disponível em: <http://www.cetrans.com.br/artigos/Basarab_Nicolescu.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2010.

NOBRE, M. R. C.; DOMINGUES, R. Z. de L.; YAMAGUISHI, M. L. & SHIROMA, M. E. Relato do aprendizado em estágio de observação da prática médica. *Interface (Botucatu)* [online]. Vol.8, n.15, 2004. pp. 381-386. ISSN 1414-3283.

NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev. bras. educ. med.* [online]. Vol.33, n.2, 2009. pp. 262-270. ISSN 0100-5502. Disponível em: <<http://www.educacaomedica.org.br>>. Acesso 21 nov. 2009.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F; NOGUEIRA-MARTINS, L.A. & TURATO, E.R. Medical students' perceptions of their learning about the doctor-patient relationship: a qualitative study. *Medical Education* 2006; 40:322-328. Doi: 10.1111/j. 1365-2929.2006.02411.x.

OLIVEIRA, J. M. de. Percepção e Realidade. *Cérebro & Mente*. Opinião e Discussão. Neurofórum. Universidade Estadual de Campinas, Brasil, 1997. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n04/opinioao/percepcao.htm>>. Acesso em: 19 mai. 2008.

OLIVEIRA, M. A. de. Tecnologia e intersubjetividade. In: *Ética e racionalidade moderna*. São Paulo: Loyola, 1993. (Coleção Filosofia: 28). pp. 115-134.

OLIVEIRA, M. A. de. *Subjetividade e totalidade: um confronto com as antropologias contemporâneas*. Conferência proferida no Congresso Internacional "Pessoa e Sociedade", Universidade Católica de Portugal, Braga (Portugal), em 19 de novembro de 2005 (apostila).

PEREIRA, M. G. A & AZEVÊDO, E. S. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. *Ver Assoc Med Bras* 2005; 51(3): 153-7.

PEREIRA, J. C. R. *Análise de Dados Qualitativos: Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais*. 3. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

PÉRICO, G. V. *et al.* Percepção de mães sobre a Assistência Prestada a seus filhos por estudantes de medicina as sétima fase: estudo de caso no ambulatório de pediatria de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 30 (2): 49-55, 2006.

PIAGET, J. *Os Estágios do Desenvolvimento Intelectual da Criança e do Adolescente*. Rio de Janeiro: Forense, 1972.

RAMADAN, Z. B. A. Comentários de livros: O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada (Ismael, J. C.). *Rev. Psiq. Clín.* 31 (2); 108, 2004.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação Médica* 32(10): 90-97, 2008.

RIBEIRO, M. M. F. *et al.* Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. *Medical Teacher*, 29:6, 204-e208. First Published on: 03 October 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/01421590701543133>>. Acesso em: 31 ago. 2009.

RIBEIRO, M. M. F. *Avaliação da atitude do estudante de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a respeito da relação médico-paciente, no decorrer do curso médico*. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina- Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

RODRIGUES, L. P. Obstáculos epistemológicos e sociológicos à interdisciplinaridade. In: _____ (Org.). *Sociedade, conhecimento e interdisciplinaridade: abordagens contemporâneas*. Passo Fundo: Ed. UPF, 2007. p.19-45. Resumo (2008) disponível em: <<http://mulinari.blogspot.com/2008/06/rodrigues-lo-peixoto-obstculos.html>>. Acesso em: 05 fev. 2010.

ROSSI, P. S.; BATISTA, N. A. O ensino da comunicação na graduação em Medicina – uma abordagem. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.19, p. 93-102, jan/jun 2006.

ROTER, D. L.; HALL, J.; AOKI, Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 2002; 286 (6): 756-764. Resumo.

Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Apresenta informações sobre o Ambulatório de Endocrinologia do HC-UFMG. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/endocrinologia/>>. Acesso em: 11 nov. 2009.

SÍNTESE DO CONGRESSO DE LOCARNO. Suíça, 1997. Disponível em: <<http://www.cetrans.com.br>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

SHE, H. C.; FISHER, D. Teacher Communication Behavior and its Association With Students' Cognitive and Attitudinal Outcomes in Science in Taiwan. *Journal of Research in Science Teaching*, v.39, n.1, p. 63-78, 2002.

SHE, H. C.; FISHER, D. The development of a questionnaire to describe science teacher communication behavior in Taiwan and Australia. *Science Education*, 84, p. 706-726, 2000.

SOAR FILHO, E.J. A interação médico-cliente. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 1998, vol.44, n.1, pp. 35-42. ISSN 0104-4230.

SOARES, J. F.; SIQUEIRA, A. L. *Introdução à estatística médica*. 2. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2002.

SUCUPIRA, A. C. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 2007, vol.11, n.23, pp. 624-627. ISSN 1414-3283.

TORRES, S. J. *Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado*. Porto Alegre: Artmed; 1998.

TRONCON, L. E. de A. *Avaliação do estudante de medicina*. Medicina, Ribeirão Preto, 29: 429-439, out/dez, 1996. Simpósio: Ensino Médico de Graduação. Capítulo IX. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 set. 2007.

TURINI, B. *et al.* Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 32 (2): 264-270, 2008.

VIEIRA, J. E. *et al.* The patient-physician interactions as seen by undergraduate medical students. *São Paulo Med. J/Rev. Paul. Med* 2001; 119(3): 97-100.

VICTOR, A. C. S. *et al.* Comunicação verbal de uma equipe médica: percepções e necessidades de visitantes de uma UTI. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá, v.25, n. 2, p. 199-206, 2003.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D.D. *Pragmática da comunicação humana: estudo de padrões, patologias e paradoxos da interação*. 7. ed. São Paulo: Cultrix, 1991. 262p.

YÉPEZ, M. T. & MORAIS, N. A. de. Reinvidicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20 (1):80-88, jan-fev, 2004.

YÉPEZ, M. T. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em estudo*, Maringá, v.6, n.2, p.49-56, jul./dez. 2001.

APÊNDICE A – Questionário comportamento comunicativo do médico (QCCM) – versão final para pacientes

INSTRUÇÕES PARA ENTREVISTA COM O PACIENTE QUESTIONÁRIO COMPORTAMENTO COMUNICATIVO DO MÉDICO (QCCM)

Esta entrevista contém perguntas sobre as interações que você tem com seu/sua médico(a) nas consultas. Você será perguntado sobre a frequência em que cada interação acontece.

Para responder, pense na consulta que você acabou de ter com o(a) seu/sua médico(a) e como ele(a) se comporta.

Por isso, não existem respostas “certas” ou “erradas”. Somente a sua opinião é necessária. Responda calmamente.

Para cada pergunta, você terá que escolher uma única alternativa de resposta das indicadas neste cartão (*mostrar cartão de respostas e ler para o paciente*):

- 1 se a prática acontece **NUNCA**
- 2 se a prática acontece **RARAMENTE**
- 3 se a prática acontece **ÀS VEZES**
- 4 se a prática acontece **FREQUENTEMENTE**
- 5 se a prática acontece **SEMPRE**

DESAFIO	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Sempre</i>
1. O seu médico faz perguntas para ver se você entendeu o seu problema?	1	2	3	4	5
2. Ele pede para você explicar com suas próprias palavras sobre seu tratamento?	1	2	3	4	5
3. Ele incentiva você a seguir o tratamento proposto?	1	2	3	4	5

ENCORAJAMENTO E ELOGIO	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Sempre</i>
4. O seu médico pede suas opiniões durante as consultas?	1	2	3	4	5
5. Ele te elogia quando você tem condutas adequadas ao seu tratamento?	1	2	3	4	5
6. Ele adapta o tratamento a sua rotina/realidade?	1	2	3	4	5

APOIO NÃO-VERBAL	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Sempre</i>
7. O seu médico balança a cabeça em gesto afirmativo demonstrando que está entendendo o que você fala?	1	2	3	4	5
8. Sem falar, o seu médico demonstra pela expressão facial que te apóia?	1	2	3	4	5
9. Demonstra pela expressão facial entusiasmo sobre o que você diz?	1	2	3	4	5
10. Demonstra que te apoia através dos olhos/olhar?	1	2	3	4	5
11. Olha pra você enquanto você está falando?	1	2	3	4	5

COMPREENSÃO E RELAÇÃO AMIGÁVEL	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- temente	Sempre
12. O seu médico confia em você?	1	2	3	4	5
13. Ele explica novamente o que você não entendeu?	1	2	3	4	5
14. Ele escuta se você tem algo a dizer?	1	2	3	4	5
15. Ele percebe quando você não entende?	1	2	3	4	5
16. Ele é paciente com você?	1	2	3	4	5
17. Ele é amigável com você?	1	2	3	4	5
18. Ele se preocupa com você?	1	2	3	4	5
19. Ele é alguém com quem você pode contar ?	1	2	3	4	5
20. Ele usa uma linguagem que você entende?	1	2	3	4	5
21. Ele se preocupa com seus medos e suas ansiedades?	1	2	3	4	5

CONTROLE	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- temente	Sempre
22. O seu médico deixa você dar opinião sobre a forma de tratamento que irá adotar?	1	2	3	4	5
23. Ele se dispõe a mudar a forma de tratamento se você não consegue realizá-lo?	1	2	3	4	5

APÊNDICE B – Questionário demográfico-clínico para pacientes

QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO-CLÍNICO PARA PACIENTES

Espaço para identificação interna: _____

Data: ___/___/____

Sexo: () masculino () feminino **Idade:** _____

Escolaridade: _____

Diagnóstico: _____

Tempo de diagnóstico da doença: _____

Nome do(a) médico(a): _____

Tempo de acompanhamento no serviço: _____

Depende de insulina: () sim () não

Medicamentos em uso: _____

APÊNDICE C – Questionário perfil médico

QUESTIONÁRIO PERFIL MÉDICO

Espaço para identificação interna: _____

Data: ___/___/____

Sexo: () masculino () feminino Idade: _____

Especialidade: _____

Tempo de prática médica: _____

Tempo no Ambulatório de Endocrinologia HC-UFMG: _____

Tipo de formação:

- () especialização () especialização em andamento
() mestrado () mestrado em andamento
() doutorado () doutorado em andamento

É professor(a)?

- () sim
() não

Como você classificaria seu grau de satisfação profissional:

- () muito satisfeito
() satisfeito
() pouco satisfeito
() insatisfeito

APÊNDICE D – Primeira versão do QCCM

DESAFIO (Entendemos que nessa categoria, analisaremos se o paciente é estimulado pelo médico a compreender seu “problema” e como deve proceder a partir daí)

Esse médico faz perguntas:

5. que exigem que eu aplique o que entendi sobre meu problema para poder responder.
6. que exigem que eu incorpore a informação que aprendi.
7. que exigem que eu entenda o que eu aprendi na consulta para poder responder.

ENCORAJAMENTO E ELOGIO (entendemos que esta categoria analisa a construção do tratamento com o médico, o respeito à subjetividade do paciente; se o paciente é encorajado a se expressar durante o processo de tratamento)

Esse médico:

9. pede minhas opiniões durante as discussões (ou conversas).
- 13/14. me elogia por ter boas práticas/condutas adequadas ao meu tratamento.
- 15/16. contextualiza o tratamento com a minha rotina/realidade.

APOIO NÃO-VERBAL (entendemos que essa categoria analisa o quanto o médico demonstra através de seu gesto corporal seu interesse pelo caso do paciente. Lembrando que estamos avaliando o que é desejável em um médico)

Esse médico balança sua cabeça em gesto afirmativo para:

17. mostrar sua compreensão da minha opinião.

Sem falar, esse médico:

19. demonstra pela sua expressão facial que me apóia.
20. demonstra pela sua expressão facial que me apóia, quando eu tenho um problema.
21. demonstra pela sua expressão facial que ele entende minhas opiniões.
- 22/23. demonstra pela sua expressão facial seu entusiasmo sobre meus relatos, experiências, dificuldades.
24. demonstra apoio através dos seus olhos.

COMPREENSÃO E RELAÇÃO AMIGÁVEL (essa categoria analisa a preocupação do médico em desenvolver uma relação amigável com o paciente)

Esse médico:

25. confia em mim.
26. se dispõe a explicar coisas para mim de novo.
27. vai escutar se eu tenho algo a dizer.
28. percebe quando eu não entendo.
29. é paciente comigo.
30. é amigável comigo.
31. é alguém com quem eu posso contar (para o tratamento, durante).
32. se preocupa comigo.

CONTROLE (essa é a única categoria que não avalia o desejável, mas sim o autoritarismo do médico, que seria indesejável, quando não há construção do tratamento juntamente com o paciente)

Esse médico:

33. exige padrões de comportamento além do que eu poderia ter.
34. espera que eu obedeça suas instruções.

APÊNDICE E – Segunda versão do QCCM

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O PACIENTE COMPORTAMENTO COMUNICATIVO DO MÉDICO

Essa entrevista contém perguntas sobre as interações que você tem com seu/sua médico(a) nas consultas.

Você será perguntado sobre a frequência em que cada interação acontece.

Para responder, pense na consulta que você acabou de ter com o(a) seu/sua médico(a) e como ele(a) se comporta.

Por isso, não existem respostas “certas” ou “erradas”. Somente a sua opinião é necessária. Responda calmamente.

Para cada pergunta, você terá que escolher uma única alternativa de resposta das indicadas neste cartão (*mostrar cartão de respostas e ler para o paciente*):

- 1 se a prática acontece **QUASE NUNCA**
- 2 se a prática acontece **RARAMENTE**
- 3 se a prática acontece **ÀS VEZES**
- 4 se a prática acontece **FREQUENTEMENTE**
- 5 se a prática acontece **QUASE SEMPRE**

Algumas perguntas são parecidas com outras. Não se preocupe com isso. Simplesmente dê sua opinião.

(*Antes de começar a entrevista, anote*):

data: ___/___/____ **sexo do paciente:** () masculino () feminino

idade do paciente: _____ **escolaridade:** _____

nome do(a) médico(a): _____

sexo do(a) médico(a): () masculino () feminino **idade do médico:** _____

DESAFIO

O seu médico faz perguntas:	<i>Quase nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Quase sempre</i>
1. para ver se você entendeu o seu problema?	1	2	3	4	5
2. que exigem que você explique com suas próprias palavras sobre seu tratamento?	1	2	3	4	5
3. que encentivem você a seguir o tratamento proposto?	1	2	3	4	5

ENCORAJAMENTO E ELOGIO

O seu médico:	<i>Quase nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Quase sempre</i>
4. pede suas opiniões durante as consultas?	1	2	3	4	5
5. te elogia por ter condutas adequadas ao seu tratamento?	1	2	3	4	5
6. adapta o tratamento a sua rotina/realidade?	1	2	3	4	5

APOIO NÃO-VERBAL

O seu médico balança a cabeça em gesto afirmativo para:	<i>Quase nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Quase sempre</i>
7. mostrar que está entendendo o que você fala?	1	2	3	4	5

Sem falar, o seu médico:	<i>Quase nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Quase sempre</i>
8. demonstra pela expressão facial que te apóia?	1	2	3	4	5
9. demonstra pela expressão facial entusiasmo sobre o que você diz?	1	2	3	4	5
10. demonstra que te apoia através dos olhos?	1	2	3	4	5
11. olha pra você enquanto você está falando?	1	2	3	4	5

COMPREENSÃO E RELAÇÃO AMIGÁVEL

O seu médico:	<i>Quase nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Quase sempre</i>
12. confia em você?	1	2	3	4	5
13. explica novamente o que você não entendeu?	1	2	3	4	5
14. escuta se você tem algo a dizer?	1	2	3	4	5
15. percebe quando você não entende?	1	2	3	4	5
16. é paciente com você?	1	2	3	4	5
17. é amigável com você?	1	2	3	4	5
18. se preocupa com você?	1	2	3	4	5
19. é alguém com quem você pode contar ?	1	2	3	4	5
20. usa uma linguagem que você entende?	1	2	3	4	5
21. se preocupa com seus medos e suas ansiedades?	1	2	3	4	5

CONTROLE

Seu médico:	<i>Quase nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Quase sempre</i>
22. deixa você dar opinião sobre a forma de tratamento que irá adotar?	1	2	3	4	5
23. se dispõe a mudar a forma de tratamento se você não consegue realizá-lo?	1	2	3	4	5

APÊNDICE F – Questionário comportamento comunicativo do médico (QCCM) – versão para médicos

INSTRUÇÕES PARA O “QUESTIONÁRIO DO MÉDICO” QUESTIONÁRIO COMPORTAMENTO COMUNICATIVO DO MÉDICO (QCCM)

Leia atentamente as instruções a seguir:

Esse questionário tem o objetivo de identificar como você se percebe em relação à comunicação, nas consultas com seus pacientes.

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

Pense sobre a melhor maneira de responder cada pergunta, de forma que ela descreva o que a consulta é para você.

Marque com um **X** o número:

- 1 se a prática acontece **NUNCA**
- 2 se a prática acontece **RARAMENTE**
- 3 se a prática acontece **ÀS VEZES**
- 4 se a prática acontece **FREQUENTEMENTE**
- 5 se a prática acontece **SEMPRE**

Esteja certo de dar uma resposta para todas as questões. Se você mudar de idéia sobre uma resposta, simplesmente faça um círculo em volta da resposta e marque com um X a outra.

DESAFIO	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequen- temente</i>	<i>Sempre</i>
1. Eu faço perguntas para ver se o paciente entendeu o seu problema?	1	2	3	4	5
2. Eu peço para o paciente explicar com suas próprias palavras sobre seu tratamento?	1	2	3	4	5
3. Eu incentivo o paciente a seguir o tratamento proposto?	1	2	3	4	5

ENCORAJAMENTO E ELOGIO	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequen- temente</i>	<i>Sempre</i>
4. Eu peço opiniões do paciente durante as consultas?	1	2	3	4	5
5. Eu elogio o paciente quando ele tem condutas adequadas ao seu tratamento?	1	2	3	4	5
6. Eu adapto o tratamento a rotina/realidade do paciente?	1	2	3	4	5

APOIO NÃO-VERBAL	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequen- temente</i>	<i>Sempre</i>
7. Eu balanço a cabeça em gesto afirmativo demonstrando que estou entendendo o que o paciente fala?	1	2	3	4	5
8. Sem falar, eu demonstro pela expressão facial que apóio o paciente?	1	2	3	4	5
9. Demonstro pela expressão facial entusiasmo sobre o que o paciente diz?	1	2	3	4	5
10. Demonstro que apoio o paciente através dos olhos?	1	2	3	4	5
11. Olho para o paciente enquanto ele está falando?	1	2	3	4	5

COMPREENSÃO E RELAÇÃO AMIGÁVEL	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequen- temente</i>	<i>Sempre</i>
12. Eu confio no paciente?	1	2	3	4	5
13. Eu explico novamente o que o paciente não entendeu?	1	2	3	4	5
14. Eu escuto se o paciente tem algo a dizer?	1	2	3	4	5
15. Eu percebo quando o paciente não entende?	1	2	3	4	5
16. Eu sou paciente como paciente?	1	2	3	4	5
17. Eu sou amigável como paciente?	1	2	3	4	5
18. Eu me preocupo com o paciente?	1	2	3	4	5
19. Eu sou alguém com quem o paciente pode contar ?	1	2	3	4	5
20. Eu uso uma linguagem que o paciente entende?	1	2	3	4	5
21. Eu me preocupo com os medos e ansiedades do paciente?	1	2	3	4	5

CONTROLE	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequen- temente</i>	<i>Sempre</i>
22. Eu deixo o paciente dar opinião sobre a forma de tratamento que irá adotar?	1	2	3	4	5
23. Eu me disponho a mudar a forma de tratamento se o paciente não consegue realizá-lo?	1	2	3	4	5

APÊNDICE G – Cartão de respostas utilizado na entrevista com pacientes na aplicação do QCCM

CARTÃO DE RESPOSTAS

<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequen- temente</i>	<i>Sempre</i>
1	2	3	4	5

APÊNDICE H – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para pacientes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA PACIENTES)

A percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico

Introdução: Você está sendo convidado a participar da pesquisa chamada: “A percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico”. Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e entenda a seguinte explicação sobre os procedimentos da pesquisa. Esta declaração descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e riscos do estudo, e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma afirmação pode ser feita sobre o resultado do estudo. Estas informações estão sendo dadas para esclarecer quaisquer dúvidas sobre a pesquisa proposta, antes de obtermos o seu consentimento.

Objetivo: O objetivo geral desta pesquisa é analisar a percepção que os pacientes têm da comunicação do seu médico nas consultas.

Resumo: A relação médico-paciente vem sendo discutida por muitos autores. Estudos realizados utilizaram questionários para medir as habilidades clínicas dos médicos. A comunicação é uma das habilidades que tem fundamental importância tanto no entendimento do diagnóstico, como na adesão ao tratamento. Não se conhece nenhum estudo que mediu o comportamento comunicativo do médico, através da percepção do paciente. Por isso, esta pesquisa poderá contribuir na reflexão sobre a prática médica, visando a melhoria da comunicação na relação médico-paciente.

Procedimentos: Esta pesquisa irá consistir na aplicação de um questionário sobre dados pessoais (~5 minutos), um questionário para depressão (~15 minutos), que serão aplicados antes da sua consulta; e uma entrevista sobre como você percebe a comunicação do seu médico (~10 minutos), que será feita logo após sua consulta.

Critérios de inclusão: Não estar impossibilitado de se comunicar; ter diabetes ou hipotireoidismo.

Riscos e benefícios: A sua participação nesta pesquisa não envolve riscos para a sua saúde, nem prejuízos na sua relação com seu médico. As informações obtidas nesta pesquisa contribuirão para a melhor compreensão da comunicação entre médico e paciente.

Confidencialidade: Os registros de sua participação neste estudo serão mantidos em segredo até onde é permitido por lei e todas as informações estarão restritas à equipe responsável pelo projeto. No entanto, os pesquisadores e sob certas circunstâncias, o Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG, poderão verificar e ter acesso aos dados confidenciais que o identificam pelo nome. Qualquer publicação dos dados não o identificará. Ao assinar este termo de consentimento, você autoriza os pesquisadores a fornecerem seus registros médicos para o Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG.

Recusa ou desligamento: A sua participação nesta pesquisa é voluntária e sua recusa em participar ou seu desligamento da pesquisa não envolverá penalidades ou perda de

benefícios aos quais você tem direito. Você poderá parar sua participação a qualquer momento sem afetar seu acompanhamento médico em andamento.

Compensação: Você não receberá qualquer compensação financeira por sua participação nesta pesquisa.

Emergência / contato com o Comitê de Ética: Durante o estudo, se você tiver qualquer dúvida, contate os pesquisadores Luciana Nocetti Croitor (8865-0037) ou Prof. Dr. Sérgio Dias Cirino (9311-2929/ 3409-6206), ou o Comitê de Ética no telefone 3409-4592, no endereço: Av. Antônio Carlos, Universidade Federal de Minas Gerais, Unidade Administrativa II (prédio da Fundep), 2º andar, sala 2005, Pampulha, Belo Horizonte-MG.

Consentimento: Li e entendi as informações acima. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando que quero participar da pesquisa, até que eu decida o contrário.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante: _____

Nome legível do paciente: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Espaço para identificação interna: _____

APÊNDICE I – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para médicos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MÉDICOS)

A percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico

Introdução: Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: “A percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico”. Trata-se de um projeto de mestrado do Programa de Pós-graduação em Neurociências (ICB-UFMG) da aluna Luciana Mantovani Nocetti Croitor, e seu orientador, Prof. Dr. Sérgio Dias Cirino. Antes de aceitar participar desta pesquisa, seguem algumas explicações sobre os procedimentos da pesquisa. Esta declaração descreve o objetivo, procedimentos e benefícios do estudo, e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma afirmação pode ser feita sobre o resultado do estudo. Estas informações estão sendo dadas para esclarecer quaisquer dúvidas sobre a pesquisa proposta, antes de obtermos o seu consentimento.

Objetivo: Analisar a percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico, através de um novo instrumento elaborado com base no Teacher Communication Behavior Questionnaire (TCBQ), questionário já traduzido e validado no Brasil para avaliar a percepção dos alunos do comportamento comunicativo do professor.

Resumo: A discussão sobre a relação médico-paciente não é nova, mas hoje encontra renovado interesse na produção científica, na formação e na prática clínica. Entende-se que a comunicação médico-paciente é de tal importância que interfere não apenas na satisfação e no entendimento do paciente, mas também na adesão ao tratamento. Estudos têm apontado inúmeros instrumentos de avaliação quanto às habilidades clínicas e atitudes do médico e do estudante de Medicina. Mas como se dá esse processo comunicativo entre médico e paciente e como ele é percebido? Sintomas depressivos influenciam a percepção do paciente? Qual é a atitude dos médicos quanto à relação médico-paciente? O estudo da percepção de pacientes em relação à comunicação do médico é uma abordagem possível para auxiliar na avaliação de habilidades e competências clínicas do profissional. Esta pesquisa poderá contribuir na reflexão sobre a prática médica, visando a melhoria da comunicação na relação médico-paciente.

Procedimentos: Este estudo irá consistir de três questionários auto-aplicáveis, quais sejam: o novo instrumento para medir o comportamento comunicativo com os pacientes, a escala PPOS (Patient-Practitioner Orientation Scale) e o questionário perfil. Os questionários poderão ser respondidos no momento mais conveniente para você.

Critérios de inclusão: Ser médico do Ambulatório de Endocrinologia do Anexo Hospital Borges da Costa, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG).

Riscos e benefícios: A sua participação nesta pesquisa não envolve risco ou prejuízo na sua relação com o paciente. As informações obtidas nesta pesquisa contribuirão para a melhor compreensão da comunicação médico-paciente, bem como para a validação de um novo instrumento.

Confidencialidade: Os registros de sua participação neste estudo serão mantidos em segredo até onde é permitido por lei e todas as informações estarão restritas à equipe responsável pelo projeto. No entanto, a pesquisadora e sob certas circunstâncias, o Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG, poderão verificar e ter acesso aos dados confidenciais que o identificam pelo nome. Qualquer publicação dos dados não o identificará. Ao assinar este formulário de consentimento, você autoriza os pesquisadores a fornecerem seus registros médicos para o Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG.

Recusa ou desligamento: A sua participação nesta pesquisa é voluntária e sua recusa em participar ou seu desligamento da pesquisa não envolverá penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Você poderá parar sua participação a qualquer momento.

Compensação: Você não receberá qualquer compensação financeira por sua participação nesta pesquisa.

Emergência / contato com o Comitê de Ética: Durante o estudo, se você tiver qualquer dúvida, contate os pesquisadores Luciana Nocetti Croitor (8865-0037) ou Prof. Dr. Sérgio Dias Cirino (9311-2929/ 3409-6206), ou o Comitê de Ética no telefone 3409-4592, no endereço: Av. Antônio Carlos, Universidade Federal de Minas Gerais, Unidade Administrativa II (prédio da Fundep), 2º andar, sala 2005, Pampulha, Belo Horizonte-MG.

Consentimento: Li e entendi as informações acima. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando que quero participar da pesquisa, até que eu decida o contrário.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante: _____

Nome legível do(a) médico(a): _____

Assinatura do pesquisador: _____

Espaço para identificação interna: _____

APÊNDICE J – Análise dos dados ausentes dos itens do QCCM para pacientes

Análise dos dados ausentes dos itens do Questionário Paciente

Item	N	Média	Desvio padrão	Dados Ausentes	
				Frequência	%
Q1 Desafio	106	3,93	1,23	0	0,00
Q2 Desafio	106	3,24	1,48	0	0,00
Q3 Desafio	106	4,67	0,76	0	0,00
Q4 Encorajamento e elogio	106	2,65	1,55	0	0,00
Q5 Encorajamento e elogio	106	4,03	1,28	0	0,00
Q6 Encorajamento e elogio	106	4,21	1,09	0	0,00
Q7 Apoio não verbal	103	4,18	1,10	3	2,83
Q8 Apoio não verbal	102	4,01	1,22	4	3,77
Q9 Apoio não verbal	102	3,89	1,22	4	3,77
Q10 Apoio não verbal	101	3,87	1,28	5	4,72
Q11 Apoio não verbal	104	4,53	0,93	2	1,89
Q12 Compreensão e relação amigável	104	3,95	1,13	2	1,89
Q13 Compreensão e relação amigável	106	4,66	0,80	0	0,00
Q14 Compreensão e relação amigável	106	4,69	0,71	0	0,00
Q15 Compreensão e relação amigável	106	4,01	1,13	0	0,00
Q16 Compreensão e relação amigável	106	4,74	0,67	0	0,00
Q17 Compreensão e relação amigável	106	4,64	0,81	0	0,00
Q18 Compreensão e relação amigável	106	4,77	0,64	0	0,00
Q19 Compreensão e relação amigável	106	4,72	0,71	0	0,00
Q20 Compreensão e relação amigável	106	4,60	0,75	0	0,00
Q21 Compreensão e relação amigável	104	4,06	1,27	2	1,89
Q22 Controle	106	2,85	1,50	0	0,00
Q23 Controle	103	3,64	1,42	3	2,83

APÊNDICE K - Análise Fatorial do QCCM - Método de componentes principais

Análise Fatorial do QCCM - Método de componentes principais

Variável	F1	F2	F3	F4	F5
Q1	0,53	0,47	0,05	0,10	-0,14
Q2	0,43	0,59	-0,05	-0,04	0,21
Q3	0,52	0,10	0,42	-0,02	-0,34
Q4	0,45	0,49	-0,16	0,05	0,32
Q5	0,49	0,29	0,04	0,10	-0,20
Q6	0,48	0,42	0,13	0,21	0,04
Q7	0,36	0,06	0,37	-0,42	-0,30
Q8	0,63	0,12	-0,16	-0,22	-0,01
Q9	0,67	0,00	-0,11	-0,02	-0,17
Q10	0,63	-0,11	-0,37	0,05	-0,23
Q11	0,61	-0,01	-0,34	-0,41	0,24
Q12	0,58	-0,33	0,16	-0,02	0,02
Q13	0,68	-0,19	0,37	0,07	0,16
Q14	0,66	-0,06	0,44	-0,06	0,08
Q15	0,55	-0,05	0,26	0,27	-0,11
Q16	0,54	-0,23	-0,15	0,29	-0,08
Q17	0,64	-0,04	-0,23	0,30	-0,09
Q18	0,61	-0,26	-0,30	-0,29	-0,07
Q19	0,56	-0,20	-0,36	-0,26	-0,24
Q20	0,25	-0,52	0,02	0,44	0,10
Q21	0,56	-0,14	-0,09	0,38	0,14
Q22	0,41	-0,05	0,01	0,01	0,69
Q23	0,38	-0,31	0,32	-0,45	0,27
Variância explicada	29,32	7,90	6,44	6,10	5,45
Variância explicada acumulada	29,32	37,22	43,67	49,77	55,21

(*) Valores em negrito referem-se às correlações mais significativas (em módulo) e sugerem, a priori, os fatores aos quais o item melhor se agruparia.

APÊNDICE L - Análise Fatorial do QCCM - Rotação Varimax

Análise Fatorial do QCCM - Rotação Varimax

Variável	F1	F2	F3	F4	F5
Q1	0,16	0,63	0,11	0,28	-0,11
Q2	0,12	0,73	-0,09	0,05	0,16
Q3	0,11	0,24	0,16	0,68	-0,09
Q4	0,15	0,69	0,04	-0,09	0,23
Q5	0,20	0,45	0,16	0,29	-0,13
Q6	0,00	0,62	0,20	0,22	0,03
Q7	0,22	0,06	-0,20	0,66	0,04
Q8	0,53	0,36	0,07	0,21	0,16
Q9	0,50	0,29	0,29	0,28	0,01
Q10	0,64	0,19	0,36	0,09	-0,10
Q11	0,68	0,25	-0,03	0,01	0,43
Q12	0,30	-0,03	0,39	0,39	0,28
Q13	0,12	0,17	0,45	0,50	0,41
Q14	0,11	0,23	0,29	0,60	0,36
Q15	0,07	0,24	0,48	0,41	0,02
Q16	0,34	0,11	0,57	0,09	0,00
Q17	0,40	0,32	0,53	0,07	-0,05
Q18	0,73	0,01	0,16	0,15	0,19
Q19	0,76	0,02	0,14	0,15	0,00
Q20	0,01	-0,22	0,69	-0,01	0,12
Q21	0,20	0,25	0,62	0,03	0,16
Q22	0,06	0,26	0,25	-0,10	0,71
Q23	0,20	-0,15	-0,02	0,42	0,61

APÊNDICE M - Análise Fatorial do QCCM - Rotação Promax

Análise Fatorial do QCCM – Rotação Promax

Variável	F1	F2	F3	F4	F5
Q1	0,32	0,68	0,30	0,40	-0,04
Q2	0,27	0,72	0,09	0,18	0,19
Q3	0,26	0,35	0,34	0,72	0,00
Q4	0,29	0,70	0,19	0,08	0,26
Q5	0,33	0,53	0,32	0,40	-0,06
Q6	0,19	0,66	0,34	0,35	0,07
Q7	0,30	0,14	0,00	0,64	0,12
Q8	0,63	0,49	0,28	0,39	0,26
Q9	0,61	0,45	0,47	0,47	0,13
Q10	0,70	0,37	0,51	0,30	0,01
Q11	0,74	0,39	0,18	0,22	0,51
Q12	0,42	0,15	0,51	0,52	0,37
Q13	0,33	0,33	0,60	0,65	0,50
Q14	0,32	0,36	0,47	0,72	0,45
Q15	0,25	0,36	0,59	0,54	0,11
Q16	0,44	0,27	0,64	0,28	0,09
Q17	0,53	0,48	0,65	0,29	0,05
Q18	0,77	0,21	0,33	0,34	0,30
Q19	0,77	0,21	0,31	0,32	0,11
Q20	0,08	-0,10	0,61	0,11	0,16
Q21	0,35	0,38	0,68	0,24	0,22
Q22	0,21	0,32	0,31	0,07	0,72
Q23	0,29	-0,05	0,10	0,46	0,66

ANEXO A – Teacher Communication Behavior Questionnaire (TCBQ) – versão em português

COMPORTAMENTO COMUNICATIVO DO PROFESSOR Questionário do aluno

Leia atentamente as instruções a seguir:

Esse questionário contém afirmações sobre as interações que você tem com seu/sua professor(a) nessa aula. Você será perguntado sobre a frequência em que cada interação acontece.

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

Pense sobre a melhor maneira na qual cada afirmação descreve o que essa aula é para você.

Marque com um X o número:

- | | | |
|---|-----------------------|----------------|
| 1 | se a prática acontece | Quase nunca |
| 2 | se a prática acontece | Raramente |
| 3 | se a prática acontece | Às vezes |
| 4 | se a prática acontece | Frequentemente |
| 5 | se a prática acontece | Quase sempre |

Esteja certo de dar uma resposta para todas as questões. Se você mudar de idéia sobre uma resposta, simplesmente faça um círculo em volta da resposta e marque com um X outra.

Suponha que lhe fosse perguntado: “Esse(a) professor(a) pede minhas opiniões durante as discussões.” Se você pensa que seu/sua professor(a) quase nunca pede sua opinião, marque com um X o número 1. Entretanto, se o seu/sua professor(a) quase sempre pede sua opinião, marque com um X o número 5. Ou você pode marcar com um X os números 2, 3, e 4 que estão no meio.

Algumas afirmações nesse questionário são parecidas com outras. Não se preocupe com isso. Simplesmente dê sua opinião sobre todas as afirmações.

Você não deve se identificar. Portanto, não escreva seu nome e nem assine.

Antes de responder ao questionário , preencha as informações a seguir:

Sexo do aluno: () Masculino () Feminino Idade:_____.

Matéria:_____.

Sexo do professor: () Masculino () Feminino

DESAFIO

Esse(a) professor(a) faz perguntas:	<i>Quase nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Quase sempre</i>
1. que exigem que eu estabeleça passos ou maneiras de resolver problemas.	1	2	3	4	5
2. que me fazem pensar com empenho sobre coisas que eu aprendi na aula.	1	2	3	4	5
3. que exigem que eu analise a informação cuidadosamente para poder responder.	1	2	3	4	5
4. que exigem que eu faça um julgamento sobre coisas que eu aprendi na aula para responder.	1	2	3	4	5
5. que exigem que eu aplique o que eu aprendi na aula para poder responder.	1	2	3	4	5
6. que exigem que eu incorpore a informação que eu aprendi.	1	2	3	4	5
7. que exigem que eu entenda o que eu aprendi na aula para poder responder.	1	2	3	4	5
8. que exigem que eu dê explicações com as minhas próprias palavras.	1	2	3	4	5

ENCORAJAMENTO E ELOGIO

Esse(a) professor(a):	<i>Quase nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Quase sempre</i>
9. pede minhas opiniões durante as discussões.	1	2	3	4	5
10. me encoraja a discutir as respostas para as perguntas.	1	2	3	4	5
11. me encoraja a discutir minhas idéias com outros alunos.	1	2	3	4	5
12. me encoraja a expressar minhas opiniões sobre um assunto.	1	2	3	4	5
13. me elogia por fazer uma boa pergunta.	1	2	3	4	5
14. elogia minhas respostas.	1	2	3	4	5
15. usa minhas idéias como parte da aula.	1	2	3	4	5
16. usa minhas respostas como parte da explicação da aula.	1	2	3	4	5

APOIO NÃO-VERBAL

Esse(a) professor(a) balança sua cabeça em gesto afirmativo para:	<i>Quase nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Quase sempre</i>
17. mostrar sua compreensão da minha opinião.	1	2	3	4	5
18. mostrar apoio enquanto eu estou me esforçando para responder uma pergunta.	1	2	3	4	5

Sem falar, esse(a) professor(a):	<i>Quase nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Quase sempre</i>
19. demonstra pela sua expressão facial que me apóia.	1	2	3	4	5
20. demonstra pela sua expressão facial que me apóia, quando eu tenho um problema.	1	2	3	4	5

21. demonstra pela sua expressão facial que ele/ela entende minhas opiniões.	1	2	3	4	5
22. demonstra pela sua expressão facial seu entusiasmo sobre minhas respostas.	1	2	3	4	5
23. demonstra pela sua expressão facial seu entusiasmo sobre minhas perguntas.	1	2	3	4	5
24. demonstra apoio através dos seus olhos.	1	2	3	4	5

COMPREENSÃO E RELAÇÃO AMIGÁVEL

Esse(a) professor(a):	<i>Quase nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Quase sempre</i>
25. confia em mim.	1	2	3	4	5
26. se dispõe a explicar coisas para mim de novo.	1	2	3	4	5
27. vai escutar se eu tenho algo a dizer.	1	2	3	4	5
28. percebe quando eu não entendo.	1	2	3	4	5
29. é paciente comigo.	1	2	3	4	5
30. é amigável comigo.	1	2	3	4	5
31. é alguém com quem eu posso contar.	1	2	3	4	5
32. se preocupa comigo.	1	2	3	4	5

CONTROLE

Esse(a) professor(a):	<i>Quase nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Quase sempre</i>
33. exige padrões de comportamento muito altos dos alunos.	1	2	3	4	5
34. espera que eu obedeça suas instruções.	1	2	3	4	5
35. insiste que eu siga suas regras.	1	2	3	4	5
36. insiste que eu faça tudo que ele/ela me diz para fazer.	1	2	3	4	5
37. exige que eu faça exatamente como me foi falado.	1	2	3	4	5
38. não me permite fazer coisas diferentemente daquilo que ele/ela espera.	1	2	3	4	5
39. deixa muito claro para mim o padrão de comportamento esperado de todos alunos nessa aula.	1	2	3	4	5
40. exige que eu escute as instruções dele(a).	1	2	3	4	5

Créditos

Esse questionário, cujo nome original é *Teacher Communication Behavior Questionnaire* (TCBQ), foi elaborado por HSIAO-CHING SHE (Center for Teacher Education, National Chiao Tung University, Taiwan, R.O.C.) e DARRELL FISHER (National Key Centre for School Science and Mathematics, Curtin University of Technology, Australia).

Fonte: MATOS, D. A. S. *A percepção dos alunos do comportamento comunicativo do professor de ciências*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

ANEXO B – Inventário de depressão de Beck (BDI) – versão em português

BDI- INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (PARA PACIENTES)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado às vezes.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5,0 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Fonte: GORESTEIN, C. & ANDRADE, L. *Inventário de depressão de beck: propriedades psicométricas da versão em português*. Revista de Psiquiatria Clínica, 25 (5) Edição Especial : 245-250, 1998. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/depre255b.htm>. Acesso em 08/Out/2008.

ANEXO C – Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) – versão em português

ESCALA PPOS TRADUZIDA (PARA MÉDICOS)

Os itens abaixo se referem a crenças existentes em relação a médicos, pacientes e o exercício da medicina. Leia-os e assinale em uma escala de **6 a 1**, sua opinião sobre cada um deles.

O número **6** da escala indica discordância total com a afirmativa e o número **1** indica concordância total.

	<i>Discordo totalmente</i>				<i>Concordo totalmente</i>	
1- Cabe ao médico decidir o que será conversado durante a consulta.	6	5	4	3	2	1
2- A atenção à saúde mais impessoal nos dias atuais é um pequeno preço a pagar pelos avanços alcançados pela medicina.	6	5	4	3	2	1
3- A parte mais importante da consulta médica padrão é o exame físico.	6	5	4	3	2	1
4- Frequentemente, é melhor para o paciente que ele não tenha uma explicação detalhada sobre sua condição clínica.	6	5	4	3	2	1
5- O paciente deve confiar no conhecimento do seu médico e não buscar informações sobre suas condições de saúde por conta própria.	6	5	4	3	2	1
6- Quando o médico faz muitas perguntas sobre os aspectos psicossociais da vida do paciente isto é intromissão em problemas pessoais.	6	5	4	3	2	1
7- Se o médico é realmente bom de diagnóstico e tratamento, a forma como ele se relaciona com o paciente não é tão importante.	6	5	4	3	2	1
8- Muitos pacientes mesmo quando não estão aprendendo nada novo, continuam a fazer perguntas.	6	5	4	3	2	1
9- O paciente deve ser tratado como parceiro do médico, igual em poder e importância.	6	5	4	3	2	1
10- O paciente busca, geralmente, mais tranquilização que informações sobre sua saúde.	6	5	4	3	2	1
11- Um médico cuja primeira estratégia na consulta é mostrar-se acessível e receptivo não terá muito sucesso.	6	5	4	3	2	1
12- Se o paciente discorda de seu médico, é sinal que o médico não tem o respeito e a confiança do paciente.	6	5	4	3	2	1
13- Um tratamento não pode dar certo se estiver em conflito com os hábitos e valores do paciente.	6	5	4	3	2	1
14- A maioria dos pacientes prefere permanecer no consultório médico o menor tempo possível.	6	5	4	3	2	1
15- O paciente deve saber que o médico é quem está no comando.	6	5	4	3	2	1
16- Não é muito importante conhecer as características culturais e psico-sociais do paciente para tratá-lo.	6	5	4	3	2	1
17- O bom-humor é um ingrediente fundamental para que o médico trate o paciente	6	5	4	3	2	1
18- Quando o paciente busca informação médica por conta própria, isto geralmente mais confunde que ajuda.	6	5	4	3	2	1

Fonte: RIBEIRO, M. M. F. *Avaliação da atitude do estudante de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a respeito da relação médico-paciente, no decorrer do curso médico.* Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina- Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

ANEXO D – Autorização da autora para utilização da versão em português da escala PPOS

De: Mônica Ribeiro <mmonicaribe@gmail.com >
Assunto: Re: Sobre utilização da escala PPOS
Para: "Luciana Croitor" <lucroitor@gmail.com >
Data: Terça-feira, 14 de Outubro de 2008

Cara Luciana,

O Antônio Lúcio já havia me dito que você iria me procurar. Em relação à PPOS, acho que é conveniente consultar o autor da escala original. Ele é muito disponível e tem interesse que a escala seja utilizada, mas ela é registrada. O endereço dele é ed_krupat@hms.harvard.edu. Quanto à escala traduzida, pode utilizá-la sem problema algum, desde que Dr. Krupat esteja a favor e acredito que isto irá acontecer. Estou à sua disposição para conversarmos quando você desejar, não só sobre a escala mas sobre a aplicação de questionários para estudantes, por exemplo.

Um abraço,

Mônica

ANEXO E – Autorização do autor original para uso da escala PPOS

De: Ed Krupat <ed_krupat@hms.harvard.edu>
Assunto: Re: Patient-practitioner orientation scale (PPOS) in Brazil
Para: "sergiocirino99@yahoo.com" <sergiocirino99@yahoo.com>
Data: Sexta-feira, 5 de Dezembro de 2008, 18:50

Dear Sergio,

I would be glad to have you use the Portuguese version of the PPOS that was developed by Monica Ribeiro. I am assuming that you have scoring instructions from Monica. I wish you well in your research, and please let me know if I can be of assistance. By the way, I am attaching a bibliography of PPOS-based papers from the US and other cultures.

Best,
Ed

Edward Krupat, PhD
Director
Center for Evaluation
Harvard Medical School
384 MEC
260 Longwood Ave.
Boston, MA 02115
617-432-1689 (phone)
617-734-5224 (fax)

**ANEXO F – Carta de aprovação da pesquisa pela Diretoria de Ensino,
Pesquisa e Extensão (DEPE)**



Hospital das Clínicas
Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão - DEPE



Belo Horizonte, 19 de março de 2009.

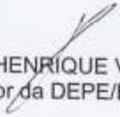
PROCESSO: Nº 159/08

**TÍTULO: "A PERCEPÇÃO DE PACIENTES DO COMPORTAMENTO
COMUNICATIVO DO MÉDICO"**

SR(A) PESQUISADOR(A):

Reportando-nos ao projeto de pesquisa acima referenciado, considerando sua concordância com o parecer da Comissão de Avaliação Econômico-financeira de Projetos de Pesquisa do HC e a aprovação pelo COEP/UFMG em 15/01/2009, esta Diretoria aprova seu desenvolvimento no âmbito institucional. Solicitamos enviar à DEPE **relatório** parcial ou final, após um ano.

Atenciosamente,


PROF. HENRIQUE VITOR LEITE
Diretor da DEPE/HC-UFMG

Ao Sr.
Prof Sérgio Dias Cirino
Depto. Métodos e Técnicas de Ensino
Faculdade de Educação

ANEXO G – Carta de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP/UFMG)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 588/08

**Interessado(a): Prof. Sérgio Dias Cirino
Departamento de Métodos e Técnicas de Ensino
Faculdade de Educação - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 15 de janeiro de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"A percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**