



## ASPECTOS DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

### ASPECTS OF THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP IN UNIVERSITY HOSPITAL

#### ASPECTOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Angela Maria Moreira Canuto<sup>1</sup>, Carlos William Rodrigues Lima<sup>2</sup>, Lucas Nascimento Monteiro<sup>3</sup>, Thais Ferreira Gêda<sup>4</sup>, Beatriz Pereira Braga<sup>5</sup>, Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho<sup>6</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** avaliar a relação médico-paciente por meio do nível de satisfação e percepção dos pacientes. **Método:** estudo transversal e qualitativo com grupos focais constituídos por pacientes provenientes dos ambulatórios de clínica médica do hospital universitário. Os participantes do estudo foram distribuídos em dois grupos focais de oito pessoas, sendo um deles composto por homens e o outro, por mulheres. Um guia padrão de temas foi utilizado para conduzir os encontros de maneira a promover interação e ampla problematização dos temas em estudo. Os diálogos produzidos foram transcritos e organizados em um banco de dados para processamento pelo *software* Alceste, que permite uma análise lexicográfica informatizada do material textual e integra métodos estatísticos sofisticados. **Resultados:** a análise dos dados apresentou um número de 247 Unidades de Contexto Elementar (UCE), sendo aproveitadas 199 UCE, correspondentes a 80,57% do total. Foram elencadas quatro classes, segundo a Classificação Hierárquica Descendente. Com base na seleção das palavras isomorfas, com radical comum mais as características de cada classe, como encaminhamento, sala, exame, hora e espera, foram atribuídos nomes definidores: Classe 1, denominada de Acesso aos serviços de saúde; Classe 2 - Acolhimento e autonomia do paciente; Classe 3 - Respeito à privacidade; e Classe 4 - Espera pela consulta médica e pontualidade do médico. **Conclusões:** a interação médico-paciente é complexa e influenciada por diversos fatores direta ou indiretamente relacionados ao sucesso do tratamento e à satisfação do paciente. As políticas públicas e gerências institucionais precisam compreender que as necessidades sociais implicam realidades perversas que contribuem para uma relação dialógica médico-paciente deficiente e, algumas vezes, ineficaz.

**Palavras-chave:** Aplicativo. Bioética. Clínica Médica. Relações Médico-Paciente. Hospitais universitários. Serviços de Saúde.

#### ABSTRACT

**Objective:** evaluate the doctor-patient relationship using patient perception and satisfaction levels. **Method:** transversal qualitative study with Focal Groups made of patients from the Medical Clinic ambulatories in the University Hospital. Participants were distributed in two Focal Groups with 8 members each, one for male patients and the other for female. A thematic guide was used to conduct meetings, promoting interaction and wide problematization of its themes. All dialog was recorded, transcript and processed in the software ALCESTE, which allows for a sophisticated and up to date analytic lexicography. **Results:** data analysis showed 247 Elementary Context Units (UCE), from which 199 UCE were used, corresponding to 80.57% of the total. Four Classes were listed

<sup>1,2,3,4,5,6</sup>Universidade Federal de Alagoas. Maceió (AL), Brazil.

according to the Descending Hierarchical Classification. Based on the selection of the most characteristic isomorphic words of each class, such as medical referral, room, exam, time and wait, definitive names were assigned: Class 1, called Access to health services; Class 2, Reception and autonomy of the patient; Class 3, Respect for privacy; And Class 4, Waiting for medical consultation and punctuality of the physician. **Conclusions:** the doctor-patient interaction is complex and influenced by several factors, directly or indirectly related to treatment success and patient satisfaction. Public policies and institutional managements need to understand that social needs imply perverse realities that contribute to a deficient and sometimes ineffective medical-patient dialogical relationship.

**Keywords:** Bioethics. Clinical Medicine. Physician-Patient Relations. University Hospitals. Health Services.

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la relación médico-paciente a través del nivel de satisfacción y percepción de los pacientes. **Método:** estudio cualitativo transversal con grupos focales de pacientes de las clínicas ambulatorias del hospital universitario. Los participantes del estudio fueron distribuidos en dos grupos focales de ocho personas, uno compuesto por hombres y otro, por mujeres. Una guía temática fue utilizada para conducir los encuentros, con el fin de promover interacción y una amplia discusión de los temas en estudio. Los diálogos producidos fueron transcritos y organizados en una base de datos para el procesamiento por el software ALCESTE, que permite un análisis lexográfico informatizado de material textual e integra métodos estadísticos sofisticados. **Resultados:** el análisis de datos presentó un número de 247 Unidades de Contexto Elementar (UCE), siendo aprovechadas 199 UCE, correspondientes al 80,57% del total. Fueron listadas cuatro clases, según la Clasificación Jerárquica Descendente. En base a la selección de las palabras isomórficas con radicales comunes más características de cada clase, como referencia, sala, examen, hora y espera, fueron atribuidos nombres definidores: Clase 1, llamada de Acceso a los servicios de salud; Clase 2, Recepción y autonomía del paciente; Clase 3, Respeto a la privacidad; y Clase 4, Espera por la cita médica y puntualidad del médico. **Conclusión:** la interacción médico-paciente es compleja e influenciada por varios factores, relacionados directa o indirectamente con el éxito del tratamiento y la satisfacción del paciente. Las políticas públicas y la gestión institucional deben comprender que las necesidades sociales implican realidades perversas que contribuyen a una relación dialógica médico-paciente pobre y a veces ineficaz.

**Palabras-clave:** Bioética. Clínica Medica. Relaciones Médico-Paciente. Hospitales Universitarios. Servicios de Salud.

## INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente, sob o viés antropométrico, deve ser analisada holisticamente, além da doença. Esta é considerada, pelo modelo biomédico, uma variação biológica contraposta à normalidade. Tal concepção, fundamentada em uma perspectiva mecanicista, é o principal modelo financiado pelo recurso público.<sup>1-2</sup>

Nesse sentido, ao considerar os padrões de comunicação verbal ou não, assim como princípios fundamentais como beneficência, respeito à autonomia e o direito à informação, são muitos os problemas que surgem na relação médico-paciente, o que pode resultar em falta de vínculo e no comprometimento da adesão ao tratamento, visto que a confiança mútua é um aspecto importante no relacionamento com o doente.<sup>1,3</sup>

O fenômeno "fracionamento do corpo humano" agrava essa relação, pois, refugiados nas especialidades, os médicos não consideram o paciente como um todo biopsicossocial,

reduzindo o tempo de consulta.<sup>1</sup>

A importância da comunicação por meio da contribuição do paciente. Relata que algumas iniciativas têm tentado capacitar os pacientes e ampliar a sua participação na consulta. Atualmente, os pacientes procuram muito diagnósticos na internet pelo fácil acesso, sendo a diversidade cultural uma realidade no cotidiano médico hodierno.<sup>4</sup> Assim, a discordância entre este e o paciente quanto ao diagnóstico e tratamento propostos, muitas vezes, implicam a não adesão à terapêutica. Não significa, entretanto, que o médico tenha que abdicar de seu saber técnico-científico, mas, sim, conciliar o conhecimento biomédico às representações populares referentes à saúde-doença, otimizando o tratamento.<sup>5</sup>

A relação médico-paciente é um elemento-chave na atenção à saúde e a humanização aparece como princípio que aumenta a qualidade relacional, enfatizando o aspecto dialógico. Uma relação acolhedora é também sinal de respeito à dignidade do paciente. A figura do médico como ser humano confiável e disponível para ouvir é elemento terapêutico essencial e, como tantas vezes, pode definir a recuperação do paciente, constituindo ferramenta indispensável de beneficência em um tratamento.<sup>1</sup>

Frequentemente, são recebidas denúncias por infração ética junto aos Conselhos Regionais de Medicina, o que estimula o ensino da disciplina ética médica nos currículos do curso. Contudo, deve-se ressaltar que a formação moral oferecida em instituições de ensino e cursos de atualização não define o caráter, mas aprimora e direciona médicos cuja natureza é positiva, consolidando sua disposição para ajudar o próximo. As escolas médicas têm a oportunidade e responsabilidade de ensinar e avaliar as habilidades de comunicação para promover a necessária mudança na conduta médica.<sup>6</sup>

Como esta pesquisa foi realizada em um hospital escola, é de fundamental importância conhecer quais os problemas que afetam essa relação, visto que os estudantes participam das consultas como aprendizes. Nas percepções destes quanto à humanização durante a sua formação, evidencia-se a pouca familiaridade com o tema. Portanto, este estudo visa a avaliar a relação médico-paciente no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes por meio do nível de satisfação e percepção do paciente, especialmente no que diz respeito à comunicação e à qualidade das interações interpessoais. Para isso, foi utilizada a técnica de pesquisa com o Grupo Focal (GF).

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Participaram deste estudo 16 pacientes das clínicas médicas do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), sendo oito do sexo masculino e oito do sexo feminino. Realizou-se uma amostragem não probabilística, isto é, de conveniência, em que os participantes, quando convidados a participar do estudo, decidiram voluntariamente responder ou não ao questionário. Foram excluídos pacientes de outros setores do hospital,

como clínica cirúrgica, pediátrica e internamento, além dos menores de 18 anos e acompanhantes não usuários dos serviços do hospital.

### **Instrumento**

O tamanho ótimo para um GF é aquele que permite a participação efetiva dos participantes e a discussão adequada dos temas. Assim, cada grupo foi composto por oito pessoas dentro dos padrões estabelecidos na literatura. Os participantes do estudo foram distribuídos em dois GF divididos por sexo.

Para a captação das percepções dos usuários do HUPAA, foi elaborado um guia padrão de temas do GF com base nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina em 2014 para o norteamento do moderador durante as discussões dos grupos focais.

#### **1. Avaliar a qualidade das interações interpessoais na relação médico-paciente**

- Como ocorrem a saudação e a apresentação?
- O médico chama pelo nome/olha diretamente para vocês?
- O médico estabelece uma conversa durante a consulta?
- Vocês se sentem à vontade nas consultas?

#### **2. Avaliar a comunicação durante a consulta e a compreensão do paciente sobre a doença, exame físico e complementares (propedêutica) e terapêutica**

- O médico ouve o que vocês têm a dizer?
- Mostra-se interessado pelo que vocês falam?
- O médico faz o exame físico? Vocês entendem o que ele está examinando?
- Orienta a terapêutica (explica como usar a medicação)?
- O médico observa as condições socioeconômicas (valor do medicamento/tratamento)?
- Vocês entendem as recomendações do médico?

#### **3. Perceber se o paciente se sente orientado quanto ao prognóstico e continuidade do tratamento**

- O médico explica a respeito do diagnóstico (grave ou não) e continuidade do tratamento?
- Vocês entendem a explicação dada pelo médico?

#### **4. Avaliar a satisfação do paciente após a consulta médica**

- Algo incomoda vocês durante a consulta?
- Vocês saem tranquilos da consulta?
- Acham que algum aspecto deveria melhorar?

#### **5. Entender se a relação médico-paciente está sendo pautada no respeito e na ética**

- Vocês se sentem respeitados e independentes para decidir?

## Análise de dados

As informações contidas nas transcrições dos diálogos dos GF foram organizadas em um banco de dados preparado especialmente para o processamento pelo *software* Alceste (*Analyse Lexicale par context d'un Ensemble de Segments de Text*, ou Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto).<sup>7</sup> Esse *software* possibilita uma análise lexográfica e integra uma grande quantidade de métodos estatísticos sofisticados, configurando-se como um instrumento de análises de dados textuais que fornece critérios para que o material em questão seja considerado indicador de um fenômeno de valor científico.

O Alceste, por meio de critério de coocorrência, divide termos do texto de acordo com semelhança e dessemelhança, gerando um *corpus* (banco de dados de texto a ser analisado, nesse caso, as respostas do questionário), captando as palavras mais frequentes e significativas pelo coeficiente de associação [ $\chi^2 (1) \geq 3,84, p < 0,05$ ] da palavra à sua posição no texto.<sup>7</sup> Além disso, por meio da Análise Fatorial de Correspondência (AFC), é possível uma descrição, cruzando o vocabulário e as classes, por meio de uma representação gráfica na qual os eixos permitem visualizar as relações e/ou oposições entre as classes.<sup>7-8</sup>

Para entender a análise, alguns conceitos devem ser elucidados. Unidade de Contexto Inicial compreende as divisões naturais do *corpus* (respostas ao questionário da entrevista de cada participante sem as perguntas). A Unidade de Contexto Elementar (UCE) é o menor fragmento de texto com sentido; de maior peso semântico em função do tamanho de texto e pontuação. A Unidade de Contexto (UC) consiste no reagrupamento das UCEs sucessivas de uma mesma UCI. O valor é calculado pelo *software*, dependendo do tamanho do texto a ser analisado. O conceito de classe, que representa um tema extraído do texto, a lematização, consiste na operação de substituir palavras por uma forma reduzida, que permite, ao programa, considerar e verificar a frequência. Classificação Hierárquica Descendente (CHD) corresponde a uma análise de agregação de objetos com base nas características que eles possuem.

Em síntese, o resultado é a construção de uma hierarquia ou estrutura em árvore [dendograma – representação gráfica em árvore], que representa a formação dos agrupamentos. A similaridade entre os objetos pode ser verificada de duas formas, a saber: (a) uma medida de associação, com coeficiente de correlação positivo maior, representando maior similaridade; (b) a proximidade entre cada par de objetos pode avaliar a similaridade onde medidas de distância ou diferença são empregadas, sendo as menores distâncias ou diferenças representando maior similaridade.<sup>8</sup> Por fim, a Análise Fatorial por Correspondência (AFC) consiste no cruzamento entre o vocabulário (tendo em conta a frequência de palavras) e as classes, representadas de forma gráfica em plano cartesiano, possibilitando verificar a oposição entre as classes.<sup>7-8</sup>

Finalmente, esta análise envolve quatro etapas operacionais: Etapa A: Leitura do Texto e Cálculo dos Dicionários; Etapa B: Cálculo das Matrizes de Dados e Classificação das UCEs; Etapa C: Descrição das Classes de UCE escolhidas e Etapa D: Cálculos Complementares. Além disso, possibilita a triangulação de dados qualitativos e quantitativos.<sup>7,9</sup> Para o estudo em questão, utilizou-se a parametrização simplificada (*paramétrage simplifié*), especificamente na Etapa B, com a opção classificação simples em Unidades de Contexto Elementares -*classification simple sur les Unités de Contexte Élémentaries* (UCE).

Os resultados deste estudo serão arquivados pela pesquisadora principal durante cinco anos e colocados à disposição da gestão hospitalar para análise sem a identificação dos sujeitos envolvidos. Após esse período, serão incinerados.

## **RESULTADOS**

Os resultados aqui apresentados referem-se à análise de conteúdo dos diálogos entre os participantes dos grupos focais. Assim, a análise, constituída pelo *corpus* de 150 UCIs, apresentou um número de 247 UCEs, em que foram aproveitadas 199 destas (80,57%).

Foram elencadas quatro Classes (Figura 1A), segundo a CHD. Com base na seleção das palavras mais características de cada classe, foram atribuídos nomes que funcionam como seus descritores. A Classe 1, denominada de *Acesso aos serviços de saúde*, apresentou 69 UCEs (34,67% do *corpus*); a Classe 2, denominada de *Acolhimento e autonomia do paciente*, apresentou 43 UCEs (21,61% do *corpus*); a Classe 3, denominada de *Respeito à privacidade*, apresentou 41 UCEs (20,60% do *corpus*) e a Classe 4, *Espera pela consulta médica e pontualidade do médico*, apresentou 46 UCEs (23,12% do *corpus*).



**Quadro 1. Descrição das UCEs mais características da Classe 1**

X <sup>2</sup>	Seguimento de texto
13	#ent o #diz que passa #anos, #vai para secretaria e n o #consegue.
11	#ent o o m #dico olhou e #disse: oi, eu n o fa o isso mais n o, mas #vou #encaminhar o #senhor para o hu.
10	#ent o eu #pergunto #senhora: #at quando isso #vai acontecer no #hospital aqui?
7	A pessoa tem medo de responder #at o #nome. quando um m #dico assim, n o d #vontade nem de #dizer a idade.
7	A #senhora concorda em ser examinada por eles? eu acho o certo, porque se ele tivesse #feito essa #pergunta eu #ia #dizer que n o, eu fui porque n o me #perguntaram.
5	nas vezes que eu fui atendida ele #deixa. ele #fala: meu #nome fulano, #pergunta meu #nome, eu digo. #ent o a gente #fica conversando e #daqui a pouco desabafa tudo.

Apesar de a Constituição Brasileira assegurar a saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>10</sup> Infelizmente, os depoimentos dos usuários nos GF apontam um quadro desanimador do acesso aos serviços de saúde.

Diferenças de acesso à atenção hospitalar de acordo com o grupo de renda ainda são observadas no Brasil, indicando desigualdade social na utilização destes serviços. Os grupos que apresentam mais necessidades de saúde são aqueles que têm maior dificuldade de acessar e utilizar os serviços de saúde. E, quando os acessam, os indivíduos mais pobres tendem a procurar mais os serviços de saúde por problemas de doença, e não por motivo de prevenção ou exames de rotina, como observado no contingente das pessoas de maior poder aquisitivo.<sup>10</sup>

*Eu pago plano de saúde não é porque eu posso pagar, pago porque preciso [...], eu realmente preciso de cuidados médicos. Se eu vier só para cá, não tem condição porque é muito difícil e demora demais o médico. (Paciente 3, Grupo 2)*

*A pessoa que não tem conhecimento aqui [no hospital] não consegue fazer uma marcação. (Paciente 6, Grupo 2)*

*O meu médico aqui é um bom profissional [...], mas desde o ano passado que ele me encaminhou com um papel daqui do próprio hospital e nunca consegui a consulta. (Paciente 1, Grupo 2)*

*A pessoa tenta fazer uma marcação e sempre é parado pela burocracia do hospital. (Paciente 2, Grupo 2)*

Em consonância aos relatos, as desigualdades de acesso destacam-se como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente, o que requer uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público.<sup>10</sup>

## **Classe 2 – Acolhimento e autonomia do paciente**

Como observado na figura 1A, a Classe 2 é caracterizada por palavras significativas que refletem a importância do acolhimento médico e da autonomia do paciente. Os seguimentos de texto selecionados (Quadro 2) também descrevem crenças relacionadas às funções terapêuticas do médico em si e da própria relação com o paciente.

## Quadro 2. Descrição das UCEs mais características da Classe 2

$\chi^2$	Seguimento de texto
19	quando v que algo muito grave, fica_enrolando a #pessoa, n o d diagn stico exato. eu #acho isso #uma falta de respeito para-com o paciente, porque eu #preciso #saber o-que #est acontecendo comigo
15	A #doutora, ela #conversa mesmo, #a_gente desabafa, como_se_fosse_uma_terapia. minha m #dica me recebe e depois come a a #conversar comigo. como_se_fosse_uma_terapia mesmo-que eu fizesse com ela. e ela me #examina todinho, tudo #direitinho.
12	acusou que eu estou com #uma mancha no meu rim. ent o ele #conversou comigo tudo #direitinho, ia passar para minha m #dica e a minha m #dica ia #explicar tudo #direitinho.
10	O meu neto faz #tratamento aqui, mas a m #dica n o_examina nada. A #primeira m #dica #tirava a roupinha e #examinava do dedinho do p cabe a, que o correto, que eu #acho.
10	pra mim at de #primeira, um m dico que chega, #conversa mesmo, dialoga mesmo com a #pessoa para #saber o-que a #pessoa #est #sentindo.
7	es_vezes tem tr s, quatro, cinco ali na #sala e todos eles t m que #examinar a mesma #pessoa.
6	certo. quem #examinou? outro, n o foi ele. certo que ele tamb m estava na #sala, #entrava e sa a, ent o deixa #a_gente encabulado porque #est l a #pessoa aprendendo, #quer dizer, voc passa a ser #uma cobaia e n o um paciente

Pode-se dizer que “o processo de estabelecimento de relações humanas com os pacientes concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade do médico, bem como melhorar os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação do paciente”.<sup>1:651</sup> Esse aspecto mostrou-se evidente nas falas dos pacientes participantes deste estudo, que enfatizaram a importância do acolhimento médico e das relações interpessoais na satisfação em relação ao atendimento.

*A doutora conversa mesmo, a gente desabafa, é como se fosse uma terapia. Minha médica me recebe e depois começa a conversar comigo. É como se fosse uma terapia mesmo que eu fizesse com ela.* (Paciente 5, Grupo 2)

Outro aspecto característico dessa classe foi o respeito à autonomia, especialmente em relação à informação. O código de ética médica, em seu artigo 34, veta ao médico “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal”.<sup>11:17</sup> O desrespeito a essa autonomia coloca médico e paciente em planos diferentes, originando uma relação assimétrica em que o médico detém um corpo de conhecimentos o qual o paciente, geralmente, não possui.<sup>3</sup>

*Tem alguns médicos que não informam o diagnóstico exato à pessoa, ficam enrolando [...] eu acho isso uma falta de respeito para com o paciente porque eu preciso saber o que está acontecendo comigo.* (Paciente 4, Grupo 1)

A autonomia do paciente choca-se com a terapêutica quando as informações sobre o diagnóstico e suas consequências são passadas precariamente. Assim, percebe-se que,

para organizar serviços de saúde eficientes, é preciso considerar o respeito dos valores subjetivos do paciente, as diversidades culturais e a promoção de sua autonomia.<sup>3</sup>

### Classe 3 – Respeito à privacidade

Observa-se, na figura 1A, que a Classe 3 é caracterizada por palavras significativas que remetem a crenças relacionadas à necessidade de respeito à privacidade do paciente. Os seguimentos de texto selecionados (Quadro 3) seguem a mesma linha.

**Quadro 3. Descrição das UCEs mais características da Classe 3**

$\chi^2$	Seguimento de texto
27	eu pago plano se saúde, n o porque eu posso pagar, pago porque preciso. #tenho seis h rnia de disco na coluna, problema_de_vista, eu #tenho que me cuidar de 6 em 6 #meses, estar #fazendo ultrassom, bi psia do f gado, #fa o muito #exame de sangue e eu realmente preciso de cuidados m dicos.
14	se eu vier para aqui n o tem condi o, porque muito #dif #cil e demora demais o m dico. mas #os m dicos aqui s o #timos, eu gosto muito daqui.
13	quando aquele-que calado, que s olha ali #os #exames, s pergunta sua idade e essas coisas assim, #voc se sente inibida de dialogar.
13	assim, o caso dela, n o_me_incomodo #tamb m. O #ginecologista l muito novinho, mas #faz #exame #tamb m.
10	para quem j #teve filho n o tem essa vergonha toda, mas quem nunca #teve. eu #tenho.
7	fica mais f #cil de #voc ser atendida, marcar_uma_consulta no caso.

Embora seja um hospital escola, a coparticipação de alunos não foi a causa das queixas sobre privacidade. Estas mostraram-se relacionadas, sobretudo, à consulta ginecológica e à realização de procedimentos mais invasivos, como o exame ginecológico especular. Algumas mulheres caracterizam o exame como um procedimento que leva à invasão da privacidade e da integridade corporal ou que as expõe a uma experiência dolorosa, embaraçosa e desagradável.<sup>12</sup>

*Sei que aqui é uma escola, mas isso incomoda: você está numa sala, no meu caso, o problema é ginecológico, e está lá um monte de acadêmico [...]. Isso encabula muito, entendeu? (Paciente 3, Grupo 1).  
Por isso, muitas vezes, eu fico pensando se eu faço ou não exame aqui. (Paciente 2, Grupo 1)*

Foi relatado um constrangimento do grupo feminino quando o profissional realizador do exame ginecológico era do sexo masculino:

*Eu me incomodo porque até fico nervosa pra fazer exame ginecológico com homem porque sempre fiz com mulher. Quando vem um homem, eu mesma fiz aqui e fiquei me tremendo. (Paciente 6, Grupo 1).*

Assim, para garantir uma assistência integral à mulher, é importante olhá-la sem pré-julgamentos de atitudes e concepções, acolhendo-a de modo a não visualizar somente o procedimento técnico, visando ao menor constrangimento durante o procedimento.<sup>12</sup>

#### Classe 4 – Espera pela consulta médica e pontualidade

Observa-se, na figura 1A, que a Classe 4 é caracterizada por palavras significativas que remetem a crenças relacionadas à insatisfação com a falta de pontualidade do médico e o tempo de espera pela consulta. Os seguimentos de texto selecionados (Quadro 4) também revelam a pontualidade como forma de respeito ao paciente.

**Quadro 4. Descrição das UCEs mais características da Classe 4**

$\chi^2$	Seguimento de texto
24	#demora muito, a n o ser que a_gente #venha logo cedo, o-mais cedo poss vel para ser o primeiro, porque se n o. eu, por_exemplo, a minha #consulta estava #marcada para as #sete_horas #da #manh, eu vim ser #atendida agora de #dez_horas.
19	veja, voc #chega de #sete_horas #da #manh para ser #atendida de #dez_horas. E j teve vez de eu #chegar de #sete_horas #da #manh e quando #venho ser #atendida j duas_horas #da tarde.
19	O #problema dessa #espera porque a #consulta #marcada para tal #hor #rio e sempre ela #come a a ser #chamada uma #hora, duas #horas depois.
18	A m dica sempre muito bem atenciosa na #hora #da #consulta. O ruim mesmo por #causas #da #espera.
16	O m dico tem_que_ter_pontualidade. em qualquer servi o a pessoa tem_que_ter_pontualidade no seu servi o. ent o o-que que acontece: #marca o #hor #rio #da #consulta #dez_horas e #chega dez_e_meia, isso n o ser pontual.
14	#marca para #oito_horas e quando vem #come ar a #atender a_gente nove_horas, nove_e_meia, #dez_horas.
9	O #problema mais a #demora para #marca o e a #espera.

Hospitais e ambulatórios-escola geralmente demandam maior tempo de atendimento, pois o professor deve assessorar os estudantes e médicos residentes durante as consultas. Apesar dessa prerrogativa, o fator tempo de espera deve ser considerado quando se estuda a satisfação do paciente, visto que é geralmente uma das principais razões para as queixas dos usuários do serviço.<sup>13</sup>

*A médica é sempre muito bem atenciosa na hora da consulta [...] o ruim mesmo é por causa só da espera. (Paciente 1, Grupo 2)*

*O médico tem que ter mais pontualidade. Em qualquer serviço, a pessoa tem que ter pontualidade no seu serviço. (Paciente 4, Grupo 2)*

Uma espera muito prolongada é relatada como o principal motivo das reclamações. A demora é compreensível, visto que, em serviços de ensino, o docente é constantemente solicitado pelo estudante ou médico residente e dificilmente consegue acompanhar o ritmo de chegada dos pacientes.<sup>14</sup>

#### CONCLUSÃO

O estudo da relação médico-paciente por meio da utilização da técnica dos GF evidenciou quatro classes importantes quando analisadas pelo *software* Alceste. As classes denominadas "Acesso aos serviços de saúde", "Acolhimento e autonomia do paciente", "Respeito à privacidade" e "Espera pela consulta médica e pontualidade" contribuem com subsídios fundamentais para o aprimoramento da relação médico-paciente, objetivo maior desta pesquisa. A dificuldade de acesso ao médico e à atenção hospitalar, a precariedade da acolhida e do respeito à autonomia, assim como a falta de privacidade do paciente,

especialmente durante o exame ginecológico em um local de ensino onde a presença de estudantes é constante, foram os aspectos mais ressaltados do que a qualidade da relação médico-paciente em si. As falas dos pacientes sugerem que o simples fato de conseguirem a consulta médica, diante da realidade da saúde pública e após longos períodos de espera e dificuldades, faz com que essas insatisfações sejam relegadas a um segundo plano.

Os resultados obtidos serão disponibilizados à diretoria executiva do hospital, mantendo-se a confidencialidade dos sujeitos, a fim de que, a partir do que foi observado, os serviços sejam aprimorados. Há a necessidade de novas pesquisas que apresentem contributos para a ampliação desta.

## REFERÊNCIAS

1. Caprara A, Franco ALS. The patient-physician relationship: towards humanization of medical practice. *Cad Saúde Pública*. 1999 Jul/Sep;15(3):647-54. Doi: 10.1590/S0102-311X1999000300023
2. Koifman L. The biomedical model and the reformulation of the medical curriculum of Universidade Federal Fluminense. *Hist ciênc saúde-Manguinhos*, 2001 Jun; 8(1):49-69. Doi: 10.1590/S0104-59702001000200003
3. Bending ZJ. Reconceptualising the Doctor-patient relationship: recognising the role of trust in contemporary health care. *J Bioeth Inq*. 2015 Jun;12(2):189-202. Doi: 10.1007/s11673-014-9570-z
4. De Marco MA, Abud CC, Lucchese AC, Zimmermann VB. *Psicologia médica: abordagem integral do processo saúde-doença*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
5. Caprara A, Rodrigues J. Asymmetric doctor-patient relationship: rethinking the therapeutic bond. *Ciênc Saúde Colet*. 2004; 9(1):139-46. Doi: 10.1590/S1413-81232004000100014
6. Dávila RL. Medical ethics and bioethics as requirement of the moral being: teaching humanitarian skills in medicine. *Rev Bioét [Internet]*. 2010 [cited 2018 Jun 15]; 18(2):311-27. Available from: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/566/574](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/566/574)
7. Reinert M. Postures énonciatives et mondes lexicaux stabilisés en analyse statistique de discours. *Langage et société* 2007; 3-4(121-2):189-202. Doi: 10.3917/ls.121.0189
8. Reinert M. *Alceste (version 4.0 Windows)*. Toulouse: Image; 2000.
9. Nascimento ARA, Menandro PRM. Lexical analysis and content analysis: a proposal for conjugate utilization. *Estud Pesq Psicol*. 2006 Jul/Dec;6(2):72-88. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/4518/451844612009.pdf>
10. Assis MMA, Jesus WLA. Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(11):2865-75. Doi: 10.1590/S1413-81232012001100002.
11. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. *Código de ética médica: legislação dos conselhos de Medicina*. 6th ed. Rio de Janeiro: CRM-RJ; 2012.
12. Jorge RJB, Diógenes MAR, Mendonça FAC, Sampaio LRL, Jorge Júnior R. Pap smear screening: sensations reported by nursing professionals when submitted to this test. *Ciênc Saúde Colet*. 2011 May; 16(5):2443-51. Doi: 10.1590/S1413-81232011000500013.
13. Bastos GAN, Fasolo LR. Factors that influence outpatient service user satisfaction in a low-income population: a population-based study. *Rev Bras Epidemiol*. 2013 Mar; 16(1):114-24. Doi: 10.1590/S1415-790X2013000100011
14. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Quality control in primary health care. I Consumer satisfaction. *Cad Saúde Pública*. 1998 Jul/Sep;14(3):623-8. Doi: 10.1590/S0102-311X1998000300020