



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**JANAÍNA BIANCA BARLETTA**

**A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA GRADUAÇÃO DE  
MEDICINA: AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES PARA A  
EDUCAÇÃO MÉDICA**

**ARACAJU  
2014**

**JANAÍNA BIANCA BARLETTA**

**A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA GRADUAÇÃO DE  
MEDICINA: AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES PARA A  
EDUCAÇÃO MÉDICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rosana Cipolotti  
**Co-orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sheila Giardini Murta

**ARACAJU  
2014**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

B257r Barletta, Janaína Bianca  
A relação médico-paciente na graduação de medicina: avaliação de necessidades para a educação médica / Janaína Bianca Barletta; orientadora Rosana Cipelotti, co-orientadora Sheila Giardini Murta. – Aracaju, 2014.  
176 f. : il.

Tese (Doutorado em Ciências da Saúde - Núcleo de Pós-Graduação em Medicina), Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Federal de Sergipe, 2014.

1. Médico e paciente. 2. Medicina - Estudo e ensino. 3. Formação profissional 4. Habilidades sociais. 5. Educação médica. 6. Medicina. I. Cipelotti, Rosana, orient. II. Murta, Sheila Giardini, co-orient. III. Título

CDU 61:37

**JANAÍNA BIANCA BARLETTA**

**A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA GRADUAÇÃO DE  
MEDICINA: AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES PARA A  
EDUCAÇÃO MÉDICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde.

Aprovada em: 28 / 03 / 2014

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosana Cipolotti – Orientadora  
Universidade Federal de Sergipe – UFS

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Lúcia Barreto da Fonsêca - Membro externo  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Prof. Dr. Ricardo Azevedo Barreto – Membro externo  
Universidade Tiradentes – Unit

Prof. Dr. Valter Joviniano De Santana Filho – Membro interno  
Universidade Federal de Sergipe – UFS

Prof. Dr. Kleyton de Andrade Bastos – Membro interno  
Universidade Federal de Sergipe – UFS

Dedico este trabalho a todos os pacientes,  
estudantes, professores e profissionais da área da  
saúde:

*“A prioridade absoluta tem de ser o ser humano.  
Acima dessa não reconheço nenhuma outra  
prioridade.”*

José Saramago

## AGRADECIMENTOS

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rosana Cipolotti, minha orientadora, por ter aceitado orientar este trabalho e pela confiança em mim toda durante todo o processo. Obrigada por toda sua colaboração, pelas soluções imediatas, pelo suporte, pelo seu sorriso e disponibilidade!

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sheila Giardini Murta, minha co-orientadora, por toda sua delicadeza e sabedoria, por toda motivação e ensinamentos. Obrigada por ter aceitado meu convite e enaltecido este trabalho!

Ao meu marido Marcelo Gennari, por ter me apoiado sempre. Obrigada pelo carinho, pelo amor, pelo companheirismo, por tudo de bom que você é em minha vida. Sem você essa caminhada não teria acontecido! Aos meus filhos, Pedro e Izabela, que são a luz do meu dia e a razão do meu viver. Obrigada por deixarem minha vida mais alegre, mais agitada, mais intensa! Sempre com MUITA emoção!!! Amo vocês com todo meu coração!

Aos meus pais, Walter e Rose Barletta! Vocês são meu porto seguro, meu equilíbrio, meu suporte, meu maior exemplo! Ao meu irmão Rodrigo Barletta, minha cunhada Fabiane Britto, meu afilhado Cainã e meu sobrinho Cairê. Obrigada pela torcida! Amo muito vocês!

Agradeço aos meus sogros, Dr. Jorge e dona Cidinha, pelo incentivo, torcida e carinho de sempre! Muito obrigada!

Aos amigos que tanto me apoiaram, me ensinaram, me alegraram, me acolheram: Claudio Praxedes, Cristiane Faiad, Zenith Delabrida, Letícia Castelo Branco, Luciana C. Ramos.

Aos colegas que deram um *ajuste fino* aos densos e longos momentos de estudo e de aula na pós, permitindo mais suavidade e graça: Roberto Jerônimo, Kathia Riella, Flávia Cristina Silveira, Mila Moraes e Carlos Eduardo.

Aos amigos que conheci em Aracaju e que tanto me ajudaram, cada uma à sua maneira: Giangela Pandim e Wellington, Socorro Mariano e Wilson, Marina Zacchi e Ugo, Marta Santana e Múcio, Nany Marinho, Rose Rodrigues, Lorena Batista, Maria Porto, Ana Luiza Paixão, Flávia Gurgel, Gabriela Dória, Raquel Marques, Erasmo Rodrigues, Eylla

Kamille, Floricélia Teixeira, Eline Feitosa, Laís Moreno, Anna Paula Andrade, Renata Machado e Cecília Sardinha. Sem vocês tudo seria mais difícil! Muito obrigada!

Ao pessoal do grupo de pesquisa e estudos da UnB - GEPPSVida: Cristineide França, Sâmia Abreu, Leonardo Martins, Jordana Menezes, Larissa Nobre, Arthur Corrêa, Karine Brito e Marcelo Luz. Obrigada pelas trocas, discussões e por me receberem de braços abertos!

Aos professores que participaram da banca examinadora: Dr. Ricardo Barreto, Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Fonseca, Dr. Kleyton Bastos e Dr. Valter Joviniano de Santana Filho. Aos professores que participaram da qualificação: Dr<sup>a</sup> Maria Benedita Pardo, Dr. Marco Prado e Dr. Divaldo Lyra Júnior. Muito obrigada pelas valiosas contribuições!

Aos colegas René Mallet Raupp pela ajuda na análise estatística dos dados e Makoto Flores Yamamoto pela ajuda nas versões dos artigos em língua inglesa.

Ao NPGME por todo o suporte! Em especial ao prof. Dr. Ricardo Gurgel pelo incentivo e amor à ciência e à Izabela, Jolinda e Ana Cristina pela paciência e disponibilidade em nos atender sempre com bom humor!

À CAPES/FAPITEC pelo apoio financeiro.

## RESUMO

BARLETTA, J. B. A relação médico-paciente na graduação de Medicina: avaliação de necessidades para a educação médica. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. UFS, 2014.

**Introdução:** No cenário mundial a relação médico-paciente de qualidade é uma das preocupações da Medicina, particularmente no que diz respeito à educação médica. **Objetivo:** O objetivo desta pesquisa foi fazer uma avaliação de necessidades com vistas a identificar alvos para a melhoria do ensino e a aprendizagem da relação médico-paciente no curso de graduação de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS). **Métodos:** Foram feitas: uma revisão narrativa da perspectiva cognitivo-comportamental, uma revisão integrativa da literatura nacional e uma pesquisa descritiva transversal. Participaram do estudo 165 alunos do curso de graduação de Medicina da UFS (92 mulheres e 73 homens), 31 professores (11 mulheres e 20 homens) e 71 pacientes (59 mulheres e 12 homens) atendidos no hospital universitário. Os instrumentos utilizados foram: a versão brasileira do Patient-practitioner Orientation Scale (PPOS), que é uma escala autoinforme com 18 itens, um questionário de dados demográficos e três versões de um questionário sobre a relação médico-paciente com perguntas abertas e fechadas. A primeira versão era composta por 14 itens e foi aplicada com os estudantes, a segunda versão era composta por 15 questões e foi aplicada com os professores e a terceira versão era composta por sete questões e foi aplicada com os pacientes. Foi feita uma análise do currículo e das ementas do curso de Medicina. **Resultados:** Os resultados da revisão apontaram um crescente interesse na temática com pesquisas observacionais e relatos de experiência, mas com falta de instrumento de avaliação. Os resultados da pesquisa de campo apontaram que o desenvolvimento interpessoal na educação médica é considerado importante para 93,5% dos professores e 95,7% dos alunos, mas apenas duas disciplinas têm como objetivo explícito em suas ementas esse conteúdo. As principais estratégias utilizadas pelos professores foram aprendizagem por regras (41,7%), modelação (33,3%) e modelagem (19,4%). As principais barreiras apontadas foram falhas da estrutura curricular (52,7%), deficits do professor (20,6%) ou dificuldades dos próprios alunos (14,6%). O autocontrole e expressividade emocional, comunicação, civilidade e empatia foram as classes de habilidades sociais indicadas como importante por mais de 80% de cada um dos grupos participantes. As atitudes centradas no médico foram indicadas por 45,2% dos professores, 56,4% dos alunos e 88,7% dos pacientes. A média do escore total do PPOS dos professores foi a mais alta ( $4,66 \pm 0,52$ ), sugerindo atitude mediamente centrada no paciente. A média do escore total do PPOS dos alunos ( $4,43 \pm 0,53$ ) foi mais alta que dos pacientes ( $3,93 \pm 0,59$ ), porém ambas indicaram atitude centrada no paciente. **Conclusão:** Entende-se que a relação médico-paciente ainda não está incluída no planejamento formal do curso de Medicina, que este conteúdo não tem sido desenvolvido de forma contínua e que o uso de estratégias de ensino específicas para habilidades interpessoais é restrito. Porém, há uma credibilidade da importância do desenvolvimento interpessoal na educação médica pelos respondentes, o que favorece a formalização de seu ensino e a inclusão de novas estratégias didáticas. Esta identificação pode promover discussões sobre o planejamento educacional, bem como a reflexão sobre o treinamento de habilidades sociais levando em consideração as demandas dos professores, estudantes e pacientes.

**Descritores:** Relações médico-paciente, ensino, aprendizagem, habilidades sociais, atitude, avaliação de necessidades.

## ABSTRACT

Barletta, JB. The doctor-patient relationship in undergraduate medical school: a needs assessment applied to medical education. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. UFS, 2014.

**Introduction:** High-quality doctor-patient relationship is a worldwide concern for medicine, particularly with regard to medical education. **Objective:** This research aimed to carry out a needs assessment in order to identify targets for improving the doctor-patient relationship teaching and learning process in the undergraduate Medicine course at the Sergipe Federal University (UFS). **Methods:** A narrative review of cognitive behavior perspective, an integrative review of the Brazilian literature and a cross-sectional descriptive study were done. This study involved 165 undergraduate Medicine students at the UFS (92 women and 73 men), 31 professors (11 women and 20 men) and 71 patients (59 women and 12 men) admitted at the university hospital. The instruments applied included: a Brazilian version of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS), which is a self-evaluation scale consisting of 18 items; a demographic questionnaire and three versions of a questionnaire on doctor-patient relationship with open and closed-ended questions. The first version consisted of 14 items and was designed for the students; the second version consisted of 15 questions and was designed for the professors; and the third version consisted of seven questions and was designed for the patients. Both the curriculum and the syllabus of the Medicine course were analyzed. **Results:** Review outcomes indicated a growing interest in the topic, with observational research and experience reports, but lacking evaluation tools. Field research showed that interpersonal development in medical education is considered important for 93.5% of professors and 95.7% of students. However, only two disciplines explicitly describe such content in their syllabus. The most common strategies applied by professors were rule-based learning (41.7%), modelling (33.3%) and shaping (19.4%). The major obstacles identified were curriculum flaws (52.7%), professors' flaws (20.6%) or students' difficulties (14.6%). Self-control and emotional expressiveness, communication, civility and empathy were classes of social skills indicated as important by more than 80% of each of the participating groups. Physician-centered attitudes were indicated by 45.2% of professors, 56.4% of students and 88.7% of patients. The professors' total PPOS mean score was the highest ( $4.66 \pm 0.52$ ), suggesting a mildly patient-focused attitude. The students' total PPOS mean score ( $4.43 \pm 0.53$ ) was higher than that of the patients ( $3.93 \pm 0.59$ ), but both indicated patient-centered attitude. **Conclusion:** It is understood that the doctor-patient relationship is yet to be included in formal medical school planning. Also, such content has not been continuously developed and specific strategies for teaching interpersonal skills are barely applied. However, the respondents in this study acknowledged the importance of interpersonal development in medical education, which supports its inclusion in formal education, as well as the inclusion of new teaching strategies. Such acknowledgement may trigger discussions on educational planning and social skills training, as long as professors, students and patients' demands are taken into account.

**Keywords:** Doctor-patient relationship, teaching, learning, social skills, attitude, needs assessment.

# LISTA DE TABELAS

## CAPÍTULO I

Tabela 1. Distribuição dos alunos ao longo do curso médico .....	47
------------------------------------------------------------------	----

## CAPÍTULO III

Tabela 1. . Quantitativo de produções por instituições .....	77
--------------------------------------------------------------	----

## CAPÍTULO IV

Table 1. Number of professors by teaching time .....	90
Table 2. Teaching strategies used by professors mentioned .....	91

## CAPÍTULO V

Tabela 1. Degree of importance attributed by the participants to social skills .....	103
--------------------------------------------------------------------------------------	-----

## LISTA DE FIGURAS

### CAPÍTULO I

- Figura 1. Áreas de intervenção ..... 24  
Figura 2. A arte do exame clínico ..... 28

### CAPÍTULO II

- Figura 1. Fatores que medeiam a relação médico-paciente ..... 59  
Figura 2. Dinâmica da relação de saúde ..... 61

### CAPÍTULO III

- Figura 1. Distribuição dos artigos por período de publicação ..... 74  
Figura 2. Artigos de relação médico-paciente ..... 75  
Figura 3. Versões em diferentes línguas ..... 76

### CAPÍTULO VI

- Figure 1. Attitudes towards doctor-patient relationship by participants ..... 113  
Figure 2. Total PPOS score ..... 114  
Figure 3. Caring and Sharing Subscales' score ..... 115

### CAPÍTULO VII

- Figura 1. Perspectiva cognitivo-comportamental ..... 123  
Figura 2. Variáveis que interferem na relação médico-paciente ..... 124  
Figura 3. Percepção dos professores e alunos sobre o ensino de comportamentos interpessoais da relação médico-paciente ..... 128

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	13
--------------------	----

## CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO .....	15
1.1 Desenvolvimento Histórico da Medicina .....	16
1.2 Transição do Modelo Biomédico ao Biopsicossocial .....	18
1.3 A Psicologia no Contexto Médico .....	20
1.4 Medicina Centrada na Pessoa .....	24
1.5 Habilidades Sociais e a Relação Médico-Paciente .....	30
1.6 A Educação Médica .....	39
2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS .....	45
2.1 Objetivo Geral .....	45
2.2 Objetivos Específicos .....	45
3. MÉTODO .....	46
3.1 Delineamento do Estudo .....	46
3.2 Local e População do Estudo .....	46
3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão .....	47
3.4 Aspectos Éticos .....	48
3.5 Materiais e Instrumentos do Estudo .....	48
3.6 Procedimento .....	50
3.7 Análise de dados .....	51

## CAPÍTULO II

<b>Artigo 1.</b> A Perspectiva Cognitivo-Comportamental dos Aspectos Psicossociais que Interferem na Qualidade da Relação Médico- Paciente .....	52
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## CAPÍTULO III

<b>Artigo 2.</b> A relação médico-paciente: uma revisão integrativa da produção científica nacional .....	69
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## CAPÍTULO IV

<b>Artigo 3.</b> The teaching-learning process of doctor-patient relationship in	
----------------------------------------------------------------------------------	--

Brazil: a cross-sectional study .....	85
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>Artigo 4.</b> Social Skills and medial education: the perceived importance of interpersonal behavior in assistance relationship .....	99
<b>CAPÍTULO VI</b>	
<b>Artigo 5.</b> The doctor-patient relationship: attitudes of medical students, professor and patients in Brazil .....	110
<b>CAPÍTULO VII</b>	
<b>1. DISCUSSÃO GERAL</b> .....	122
<b>1.1</b> Limitações e Pesquisas Futuras .....	135
<b>1.2</b> Implicações para a Educação Médica .....	136
<b>1.3</b> Implicações para a Prática no Contexto de Saúde .....	138
<b>CAPÍTULO VIII</b>	
<b>1. CONCLUSÃO</b> .....	139
<b>1.1</b> Conclusão dos artigos .....	139
<b>REFERÊNCIAS DA TESE</b> .....	142
<b>ANEXOS</b> .....	159
<b>APÊNDICES</b> .....	161

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho é resultante de um longo aprendizado durante todo o meu percurso profissional no âmbito da saúde. Desde 1999, quando ingressei no Hospital Universitário de Brasília, me deparei com algumas dificuldades que me fizeram questionar o atendimento em saúde, especialmente a falta de adesão ao tratamento e relacionamentos interpessoais inadequados entre pacientes e profissionais. Ao iniciar meu trabalho como docente, mais uma vez me deparei com essa temática. Logo no primeiro ano fui escalada para lecionar uma disciplina chamada *Relação Médico-Paciente* para o curso de Medicina em um centro universitário no Tocantins. A partir desse momento pude aprofundar minhas leituras e estudos na área. Outras experiências profissionais de docência e de atuação em hospitais neste estado contribuíram para aumentar meu interesse sobre o tema, quando mais uma vez constatei uma intensa dificuldade nas interações no âmbito da saúde. A oportunidade de ingressar no Programa de Doutorado em Ciências da Saúde na Universidade Federal de Sergipe (UFS) me proporcionou a possibilidade de aprofundar meus conhecimentos e contribuir com uma preocupação atual: o ensino médico e a relação médico-paciente.

A presente tese, que teve como objetivo fazer uma avaliação de necessidades com vistas a identificar alvos para a melhoria do ensino e a aprendizagem da relação médico-paciente na graduação de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, será apresentada em formato diferenciado, conforme documento de instrução normativa disponibilizado no site do Núcleo de Pós-Graduação em Medicina (NPGME). Para melhor sistematização e organização, este trabalho foi dividido em oito capítulos. No primeiro capítulo se encontra a introdução geral do tema, os objetivos e a metodologia da tese. Os cinco capítulos seguintes são compostos por artigos, sendo que os dois primeiros fazem uma contextualização da temática a partir de revisões de literatura e os outros três são a pesquisa propriamente dita. Sendo assim, no capítulo II se aborda teoricamente a concepção da relação médico-paciente e seus aspectos psicossociais a partir da perspectiva cognitivo-comportamental que norteia todo o trabalho; o capítulo III busca fazer uma revisão integrativa da produção científica nacional acerca da relação com o paciente; no capítulo IV é feita uma avaliação de necessidades sobre o ensino e a aprendizagem da relação médico-paciente, a partir da ótica dos estudantes e professores e da análise curricular; no capítulo V se aborda a importância das habilidades sociais para a promoção da relação médico-paciente na ótica dos professores, estudantes e

pacientes; e no capítulo VI são identificadas as atitudes frente à relação médico-paciente, a partir dos respondentes médicos, pacientes e estudantes. O capítulo VII inclui a discussão geral do trabalho e o capítulo VIII as conclusões. Os artigos foram mantidos nos formatos exigidos pelas revistas científicas às quais foram submetidos e o restante da tese foi formatado conforme instruções do NPGME.

Esta pesquisa foi financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) em parceria com a Fundação de Apoio à Pesquisa e à Inovação Tecnológica do Estado de Sergipe (FAPITEC/SE), através do Programa de Formação de Mestres e Doutores em Áreas Estratégicas.

# CAPÍTULO I

“Tanto os médicos como os sofistas afirmam  
que a Medicina não pode ser compreendida,  
se não se sabe quem é o homem...”  
Hipócrates apud O’Neil (1955)

## 1. INTRODUÇÃO

A temática *relação médico-paciente* vem ganhando espaço na literatura nacional e internacional nos últimos anos, sua importância tem sido revista no processo saúde-doença e, atualmente, tem sido considerada a base da prática clínica (SUCUPIRA, 2007; GROSSEMAN; STOL, 2008). O olhar sobre a relação médico-paciente sofreu várias mudanças de acordo com o contexto de desenvolvimento da medicina e da sociedade. O interesse na interação do profissional de saúde com seus pacientes aumentou com as mudanças paradigmáticas sobre os modelos de atuação que proporcionaram alterações nos conceitos fundamentais e variáveis que interferem no processo de adoecimento. Se por um lado esse interesse vai de encontro à forma tradicional de formação em saúde, por outro ele acompanha a globalização e seu momento histórico, o qual aponta para a necessidade da humanização no atendimento em saúde (MAIA, 2005; GALLIAN, 2005).

A relação médico-paciente considerada satisfatória favorece comportamentos de promoção de saúde, como a adesão do paciente ao tratamento, aumento de hábitos saudáveis e colaboração para manutenção da saúde. Porém, a revisão realizada por Franco (2002) mostra que, de uma forma geral, 54% dos pacientes se queixam da relação com seu médico, apontando-a como motivo principal da insatisfação do atendimento. Outro motivo de reclamação entre os pacientes é a falta de consideração de suas queixas pelos médicos (45%) e a falta de concordância sobre a natureza do problema principal (50%). Souto e Pereira (2011) concordam com essa estimativa, ao indicar que em até 50% das vezes há discordância sobre a prioridade do agravo de saúde em questão. A consequência da pouca ou nenhuma concordância entre o pedido do paciente e a problemática apontada pelo médico é o adiamento das resoluções da demanda, assim como uma busca incessante do paciente por diversos profissionais, impedindo o estabelecimento de uma relação mais positiva.

Devido à complexidade do binômio médico-paciente e das múltiplas variáveis envolvidas, ainda não se tem pesquisas suficientes (FRANCO; ALVES, 2005), mas considera-se que:

O adoecimento não se resume, enquanto fenômeno existencial, a uma lesão ou disfunção celular objetivamente detectável por tecnologias materiais, não é função de consumo, não se adapta a regras de mercado e é intensamente impregnado de subjetividades. Sua compreensão e abordagem demandam, cada vez mais recursos que vão além do biomédico e de suas respectivas tecnologias. Requer, por exemplo, grande participação das ciências humanas e sociais, ainda proporcionalmente pouco valorizadas na formação médica tradicional (SOUTO, PEREIRA, 2011, p. 177).

A fim de contextualizar essas mudanças e suas implicações para a relação médico-paciente, será feito um breve histórico do desenvolvimento da medicina e do atendimento em saúde até os momentos atuais.

### **1.1 Breve Desenvolvimento Histórico da Medicina**

Alguns estudiosos, como Porto (2003), apontam que a medicina sempre esteve presente no cotidiano do ser humano. Desde o ano 3.000 a. C. já existem evidências da prática médica, como atividades cirúrgicas e prescrições. A habilidade de observação dos sacerdotes da Mesopotâmia que diagnosticavam a enfermidade possibilitou a descrição de doenças, que estavam associadas às causas sobrenaturais. Ao mesmo tempo, os curadores eram conhecedores dos recursos naturais para minimizar os efeitos da enfermidade. No Egito, rituais mágicos de cunhos religiosos davam o tom da prática médica (DE MARCO, 2007). Neste momento, a relação estabelecida com o paciente era uma habilidade necessária de quem exercia essa prática e facilitava o processo de ajuda (ASSAD, 1993).

Foi com Hipócrates (460-380 a. C.), médico Grego, que começaram as tentativas de explicações das doenças por causas naturais e que foi dada importância aos comportamentos promocionais para a manutenção da saúde, como a dieta e a higiene. Considerado o *Pai da Medicina* por apresentar a primeira elaboração de uma medicina científica, seus ensinamentos até hoje repercutem na prática médica (DE MARCO, 2007; PORTO, 2003). O Juramento é um dos seus escritos que compõem os 53 livros do *Corpo Hipocrático* (CH) e aponta a importância do amor ao homem na prática médica, norteando as bases éticas do atendimento em saúde como a beneficência. O médico hipocrático deveria conhecer seus limites, observar a realidade e usar toda exatidão para julgar, a fim de favorecer sempre e jamais prejudicar. Dessa forma, outro ponto claro no Juramento é o princípio da não maleficência, em que o

médico deve evitar o dano quando não consegue ajudar o paciente, sem submetê-lo a procedimentos que geram mais sofrimento sem melhora, além de não criar falsas expectativas com promessas impossíveis de cura (BEIER, 2010; BEIER, IANNOTTI, 2010).

Em outros escritos do CH, ressalta-se que é preciso que o médico e o paciente se empenhem na mesma direção, ou seja, na busca da saúde. Para tanto, uma das funções do médico seria educativa, sendo necessárias explicações de fácil compreensão para o paciente sobre o adoecimento, tratamento e consequências. Seguindo esse raciocínio, a exploração sensorial e a comunicação verbal eram os principais recursos diagnósticos da medicina hipocrática. Para tanto, saber ouvir e saber interrogar corretamente o paciente deveriam ser habilidades do médico, que também deveria ser humanitário, honesto, justo e respeitar o paciente. Assim, pode-se dizer que a prática médica era considerada uma arte composta pela doença, pela pessoa que estava doente e pelo médico, o que tornava importante a relação interpessoal em que cada um tem seu papel social (BEIER, 2010; BEIER, IANNOTTI, 2010). Segundo esses autores, alguns historiadores apontam que a decisão médica não considerava as opiniões dos pacientes em função da beneficência, o que caracteriza o paternalismo duro. Porém, os autores rebatem essa ideia ao afirmar que a amizade com metas terapêuticas era o modo de relação entre médico e paciente, baseado na conversa e na colaboração entre ambos. O paternalismo moderado, encontrado nos escritos do CH, pode ser atribuído à moral necessária ao médico e à vulnerabilidade do enfermo que dificultava o esclarecimento da problemática sem auxílio do médico.

Outro grande influenciador da medicina foi Galeno (131-200 d.C.), médico romano, que deixou grande produção e sistematizou o conhecimento vigente da época (DE MARCO, 2007). Os romanos criaram escolas médicas que contribuíram para a organização de enfermarias militares. Porém, com o advento do cristianismo, que se desenvolveu no Império Romano e dominou a Idade Média, todo o tipo de pesquisa e conhecimento que não passava pelo crivo da Igreja era condenado e o saber médico greco-romano era mantido nos mosteiros. As doenças eram consideradas uma forma de punição e a cura era conseguida pelo arrependimento da pessoa, que praticava a penitência e a peregrinação para consegui-la (SANTOS, 2004).

As observações e experimentações que levaram ao avanço das ciências foram retomadas apenas no período do Renascimento, momento de declínio do poder Cristão, de transformações sociais e de transição para o capitalismo. A mudança do conhecimento,

recheado pela ótica religiosa para o saber construído na ordem racional, favoreceu a descoberta. É nesse contexto que o dualismo cartesiano permitiu o estudo do corpo humano morto. Essa foi uma proposta de cisão entre corpo e mente do filósofo René Descartes (1596-1659). O primeiro, o corpo, era concebido como um fenômeno da natureza, a parte física do homem, como uma analogia a uma máquina. O segundo, a mente, era tido como fenômeno do espírito, da alma, da psiquê, a parte da abstração (BOCK, FURTADO, TEIXEIRA, 1998; DE MARCO, 2007).

## **1.2 Transição do Modelo Biomédico ao Biopsicossocial**

O pensamento cartesiano e o *zeitgeist* dessa época cada vez mais pautado na ciência e no método científico de produção de conhecimento influenciaram o desenvolvimento do modelo biomédico (DE MARCO, 2007) que, por sua vez, favorecia a medicina das doenças. Algumas publicações fortaleceram esse enfoque, como o livro de Vesalius em 1523, que apresentava a dissecação e observação morfológica, o livro de Harvey em 1628, que descrevia a circulação de sangue no corpo e a obra de Morgagni em 1761, que contribuiu para o conhecimento da medicação das doenças. Essas e outras publicações enfatizavam o conhecimento do corpo humano e as doenças (PORTO, 2003).

As descobertas de Pasteur (1822-1895) e de Koch (1846-1910) no campo da microbiologia, na etiologia de doenças e nas propostas de intervenção marcaram os avanços da medicina científica, que tinha como características: a) o mecanicismo, que entende o corpo como uma máquina; b) o biologismo, reconhecendo a causa biológica da doença; c) o individualismo, cujo foco é na prática individual, desconsiderando os aspectos psicossociais do paciente; d) a especialização, que busca o aprofundamento do conhecimento de partes específicas; e) a exclusão de práticas alternativas, onde só se considera o que foi comprovado cientificamente; f) a tecnificação do ato médico, que incorporou a tecnologia na prática médica para as intervenções, diagnósticos e tratamentos; g) a ênfase na medicina curativa, que busca a cura, e; h) a concentração de recursos, centrada nos hospitais (SILVA Jr., 1997). Assim, a busca pela afetação anatômica bioquímica ou fisiológica que identificava as enfermidades passou a ser o foco da medicina baseada no modelo biomédico (SOUTO, PEREIRA, 2011; OGDEN, 2004).

Em 1895, com a descoberta do raio X por Roentgen, uma medicina cada vez mais tecnológica ganhava força (PORTO, 2003). Como consequência desse novo paradigma,

houve um grande avanço de tecnologias na área médica e as descobertas científicas proporcionaram grande progresso, permitindo um tratamento especializado e um prolongamento da vida (RIBEIRO, 2007). Porém, a priorização da doença em detrimento ao homem holístico distanciou o médico do paciente (SILVA Jr., 1997). A emoção, que estava presente no processo de adoecimento tanto para Hipócrates como para Galeno, foi negligenciada nessa visão considerada reducionista (DE MARCO, 2007). Essa ideia proporcionou o entendimento de que as questões psíquicas poderiam até ser consequência da doença, mas não a causa (OGDEN, 2004; JÖNSSON, 2010).

Na década de 1970, um fenômeno conhecido como inflação médica sustentou a crise do modelo biomédico. Neste contexto, verificou-se alto investimento financeiro em saúde devido à sofisticação tecnológica e aos profissionais cada vez mais especializados. Ao mesmo tempo, os resultados se mostravam proporcionalmente pequenos e limitados, especialmente pela modificação das características das doenças. As doenças predominantemente agudas e fatais estavam perdendo espaço para as crônicas e degenerativas, além daquelas resultantes da sociedade moderna: problemas psicossomáticos, ocupacionais e as neoplasias (SILVA Jr., 1997). Como consequência, as pessoas passaram a conviver com a doença por mais tempo e também com o seu agravamento, o que exigiu uma nova forma de lidar com a situação, colocando os comportamentos de risco e hábitos pouco saudáveis de vida como influenciadores do processo de adoecimento. Assim, a deflagração da doença passou a ser atribuída a outras variáveis, além das biológicas (RIBEIRO, 2007).

Somado a isso, o acesso aos recursos médicos era restrito à população geral, especialmente aos que viviam em zonas rurais e aos que tinham poucas condições financeiras de pagar pela consulta e tratamento, já que se concentrava nos grandes centros hospitalares urbanos (SILVA Jr., 1997). Essa crise gerou um questionamento em relação ao modelo biomédico, possibilitando um novo olhar sobre a saúde (ODGEN, 2004).

Essa nova visão possibilitou mudanças em diversos conceitos, como o de saúde, e motivou a inserção de novas teorias e modelos de intervenção no processo saúde-doença. Foi neste contexto que, nos anos de 1970, George Engel formulou o modelo biopsicossocial ou integrado de saúde (RIBEIRO, AMARAL, 2008). A proposta era de uma medicina com ponto de partida na pessoa, isto é, cujo foco estava no indivíduo e não na doença, considerava que a necessidade dos pacientes poderia estar mediada por fatores diversos, que interagiam entre si. Considera-se que este foi um resgate da pessoa em sua totalidade, composta por seus aspectos

orgânicos, comportamentais, cognitivos e emocionais, e sempre inseridos em um contexto social e cultural (BARLETTA, 2008; RIBEIRO, 2007). Ainda que apontar a totalidade do ser humano possa soar de forma utópica, entende-se que este momento trouxe a possibilidade de refletir a pessoa de uma forma mais integral e sensível, buscando minimizar tanto a separação mente/corpo, quanto à exclusividade dos fatores biomédicos no contexto de saúde.

A Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, é considerada um marco na mudança de paradigmas, fortalecendo a medicina comunitária (SILVA Jr., 1997), cujo objetivo principal está na prestação de cuidados à saúde como forma de potencializar as condições de vida da pessoa e da população (LOPES, 2005). Segundo esse autor, o cuidado pode ser considerado inadequado quando é negado, gerando os maus tratos; ou quando é deficiente, gerando o descuido; ou mesmo quando está em excesso, gerando uma obsessão. Qualquer forma de inadequação do cuidado causa consequências na vida das pessoas ou nas suas relações, sejam sociais ou com o ambiente. O cuidado deve ser adequado e centrado na pessoa. Isto significa dizer que não é necessário gastar tempo em *consertar* partes do indivíduo e deixar de lado a saúde com um todo, mas sim ajudar a remover barreiras que dificultam a habilidade do próprio indivíduo em manter o equilíbrio com o ambiente.

### **1.3 A Psicologia no Contexto Médico**

Esse processo de mudança conceitual e paradigmática remodelou a atuação na saúde e a própria medicina, possibilitando o desenvolvimento de uma série de teorias e modelos intervencionistas que incluíam outras disciplinas como psicologia, fisioterapia, serviço social e nutrição (BARLETTA, 2008). Para o entendimento da psicologia no contexto médico dois movimentos são elencados como fundamentais: a medicina psicossomática e a medicina comportamental. Mas para entendê-los, serão abordadas de maneira breve as contribuições das matrizes do pensamento psicológico, em especial a psicanálise, as abordagens humanistas e as comportamentalistas.

As publicações do médico psicanalista Sigmund Freud (1856-1939), a partir 1900, possibilitaram a compreensão de fenômenos psicodinâmicos, que por sua vez sustentaram os estudos da relação médico-paciente durante muito tempo (PORTO, 2003). Ainda que não fosse interesse de Freud, sua teoria serviu de base para o desenvolvimento da medicina psicossomática, considerada a primeira a desafiar o modelo biomédico. Conceitos como o id, o ego e o superego, a transferência e a contratransferência, a pulsão de vida e a pulsão de

morte permitiram o enlace entre a medicina e a psicanálise. Esses conceitos também serviram de base teórica para os três focos que integram a medicina psicossomática: a dimensão psicológica na etiologia da doença, a relação médico-paciente e a ação terapêutica voltada para a pessoa do doente (EKSTERMAN, 1992).

Para Sousa (2003), a forma como a natureza humana do médico se integra dá o tom ao processo, permitindo que sentimentos amorosos, solidários e generosos sejam contrapostos aos sentimentos de onipotência, arrogância e desprezo, balanceando a tolerância e a intolerância. A proximidade com o paciente movimenta conteúdos emocionais que determinarão as atitudes do médico. Por outro lado, a doença impõe um sofrimento narcísico para o paciente, levando-o à regressão e à idealização do médico, projetando neste todas suas fantasias de defesa. Quanto maior o equilíbrio emocional do profissional, maior a possibilidade de cuidar desta situação delicada. Esta perspectiva trouxe a visão ideológica sobre os mecanismos psíquicos de desenvolvimento da doença e sobre a figura do médico, assim como, sobre as pesquisas que versaram sobre a relação mente-corpo (MELLO FILHO, 1992).

Dessa forma, a medicina psicossomática seria o campo teórico e conceitual que deu sustentação para a parte da prática profissional denominada psicologia médica (ALMEIDA, MALAGRIS, 2011) que, por sua vez, é considerada o braço clínico da medicina psicossomática, tendo seu principal foco de estudo a relação médico-paciente (JEAMMET, REYNAUD, CONSOLI, 2000). A medicina psicossomática foi a que mais influenciou a grande gama de estudiosos da área e até hoje, no Brasil, a maioria dos profissionais que trabalham com essa temática tem referencial teórico psicanalítico. Sabe-se que poucos trabalham com outras orientações, especialmente comportamentais (DE MARCO, 2003, SOUSA, 2003, MELLO FILHO, 1992), mas se reconhece a importância e influência dessas outras matrizes do pensamento psicológico.

As abordagens humanistas contribuíram para a reflexão do processo saúde-doença, especialmente com destaque à humanização e à relação médico-paciente. A definição dada ao humanismo por Sartre (1905-1980), segundo Buys (2011), refere-se a qualquer teoria que “entenda o homem na sua existência própria” (p.339), o que retoma seu início na Grécia com os filósofos sofistas, ainda que o termo tenha surgido no Renascimento. É nesta época que Kant (1724-1804) aponta o homem como um ser autônomo no que se refere à capacidade de criar suas próprias leis. Essa ideia vai contra a heteronomia, na qual o homem é determinado

pela natureza e pela história. Esse é um movimento considerado a terceira força em psicologia, pois se apresentava como uma alternativa entre a psicanálise de Freud e o behaviorismo de Watson. O aspecto comum entre os diversos autores da psicologia humanista é a crítica ao determinismo.

Um dos principais autores foi Carl Rogers (1902-1987), que nos anos de 1940 trouxe a perspectiva do humanismo na abordagem centrada na pessoa (ACP). Ele se baseou em sua experiência de aconselhamento psicológico não diretivo, cujo objetivo é a compreensão da singularidade e subjetividade da pessoa (MOREIRA, 2010). Para Rogers, a liberdade é um aspecto essencial do homem, pois este é livre da determinação social, biológica ou histórica. Além disso, as relações pessoais favoráveis facilitam a transcendência de condições desfavoráveis. Assim, a ACP é uma proposta psicoterapêutica de aconselhamento que ressalta a autonomia da pessoa e não o papel do profissional (BUYS, 2011).

As ideias de Rogers servem de aperfeiçoamento da condição humana em qualquer relacionamento interpessoal, o que por si só pode ser levada a outros contextos. Nessa perspectiva, a cooperação entre o profissional e o paciente é base do trabalho. Três condições facilitadoras de mudança permitem que ocorra a descoberta desse núcleo positivo do indivíduo: a consideração positiva incondicional, em que o outro é recebido e aceito de forma incondicional pelo simples fato de existir; a empatia, que é a capacidade de se colocar no lugar do outro e; a congruência, que permite a expressão dos sentimentos e percepções do profissional. Isso permite uma evolução gradativa, um crescimento e desenvolvimento da pessoa, em que ela sai de uma rigidez perceptual sobre as experiências até o estágio denominado unidade em movimento. Como essas condições devem ser naturais, não existe uma técnica específica e sim a conduta pessoal e profissional (MOREIRA, 2010).

Outra disciplina que desafiou o modelo biomédico foi a medicina comportamental (OGDEN, 2004). Esse termo foi utilizado pela primeira vez em 1973 por Birk, mas a Conferência de Yale, em 1977, é considerada o marco de seu surgimento. A medicina comportamental propõe uma integração dos conhecimentos das ciências médicas e comportamentais para entender o processo saúde-doença, desde os aspectos da prevenção, diagnóstico, tratamento, até a reabilitação. Nessa perspectiva, o comportamento significa todos os aspectos psicossociais do funcionamento humano: emoção, pensamento, reações fisiológicas, aspectos biológicos e genéticos, comportamento (motor) e suas relações com o ambiente social (BARLETTA, 2008). Assim, a medicina comportamental assume a relação

estreita entre comportamento e saúde, baseada no entendimento biopsicossocial do ser humano, numa perspectiva interdisciplinar e científica (RIBEIRO, 2007).

Uma grande contribuição das ciências do comportamento para a saúde está na abordagem funcional do comportamento de Skinner (1904-1990), que erroneamente é citado como autor das ideias do behaviorismo metodológico de Watson (1878-1958). Diferente desse teórico, Skinner, dentro de uma concepção monista de homem, definia comportamento como todo e qualquer aspecto do ser humano. Inclui no conceito de comportamento a parte motora, as reações fisiológicas do corpo ou mesmo os aspectos cognitivos e emocionais, que foram identificados como públicos ou privados. A diferença está na natureza do fenômeno (CANÇADO, SOARES, CIRINO, 2011).

Além disso, comportamento é a relação entre esses aspectos e o ambiente, isto significa dizer que o comportamento modifica o meio e é por ele modificado. Essas relações são dinâmicas e não lineares. Portanto, ao analisar as relações estabelecidas é possível entender a função do comportamento, quais eventos que têm maior probabilidade de afetar o comportamento, quais contingências proporcionam maiores condições de um comportamento acontecer. Nesse raciocínio, as questões sociais e culturais são de suma importância, tanto quanto a auto-observação e o autoconhecimento.

Outro enfoque das ciências do comportamento é a perspectiva cognitivo-comportamental que entende que a forma com que o adoecimento é interpretado pelo paciente vai influenciar nas emoções e reações comportamentais de enfrentamento. Desta forma, esta percepção pode facilitar ou dificultar comportamentos de promoção e de risco para a saúde, tornando o paciente mais ou menos vulnerável ao adoecimento (ALMEIDA, MALAGRIS, 2012). A qualidade da relação estabelecida potencializa a compreensão dos sentimentos e comportamentos frente às situações vivenciadas. Uma relação de ajuda positiva e terapêutica facilita a tomada de decisão, a resolução de problemas, potencializa o senso de autoeficácia e a emissão de comportamentos saudáveis (SIMÕES, BARLETTA, 2009).

Essa diversidade de abordagens teóricas e termos trouxe uma confusão conceitual para a área, sendo que não há consenso. Enquanto alguns teóricos afirmam que os termos têm o mesmo objetivo, apesar de suporte teórico diverso (NEVES NETO, 2004), outros ressaltam as suas diferenças, seja sobre a visão de homem e mundo diferentes em cada abordagem, seja no que diz respeito à prestação de serviço ou à pesquisa (KERBAUY, 2002), ainda que outros estudiosos defendam a pesquisa como um pilar de atuação profissional (GORAYEB,

GUERRELHAS, 2003). Por ser uma área interdisciplinar, há também uma discussão sobre qual a disciplina que deveria ser responsável pela área. Por exemplo, autores da psicologia médica têm enfatizado que essa seria uma área prioritariamente da medicina (JEAMMET, REYNAUD, CONSOLI, 2000; MELLO FILHO, 1992), enquanto outros assumem a competência interdisciplinar ou mesmo da psicologia (ODGEN, 2004).

Almeida e Malagris (2011) ponderam que o uso de vários termos é inadequado, uma vez que apenas confunde e limita o campo de atuação. Partindo desse mesmo raciocínio, atualmente há uma tendência cada vez maior em utilizar o termo *psicologia da saúde* como mais adequado para a intervenção psicológica no campo da saúde, independente das múltiplas matrizes. Isso se deve por se entender que a psicologia da saúde é um movimento de aproximação entre a psicologia e a medicina (TEIXEIRA, LEAL, 1990). Segundo Ribeiro (2007), no modelo proposto por Sherr o tipo de problema e o tipo de intervenção vão resultar na atuação de diferentes profissionais, conforme Figura 1.

	Problemas	
	Psicológicos	Médicos
Intervenção psicológica	A	B
Intervenção médica	C	D

Figura 1: Áreas de Intervenção  
Fonte: RIBEIRO, 2007, p. 43.

Um alerta importante, que parece ser consenso entre os autores da área, é para a *biologização* de problemas psicológicos e *psicologização* de problemas biológicos. O primeiro seria a questão de ignorar os aspectos psicológicos do adoecimento, na tentativa de atribuir causalidade e tratamento apenas com ênfase nos aspectos biológicos e orgânicos. O segundo seria o inverso, em que se atribui o processo de adoecimento exclusivamente às questões psicológicas em detrimento de aspectos biológicos. Ambos são iatrogênicos! Tanto os aspectos psicológicos quanto os biológicos devem ser considerados, de acordo com as demandas e problemáticas (CAIXETA, 2005).

#### 1.4 Medicina Centrada no Paciente

Diante da nova concepção de saúde, com a inclusão de variáveis psicossociais, o atendimento médico também foi repensado. A medicina centrada no médico ou na doença baseada no modelo biomédico não possibilita a identificação da demanda e mantém a decisão

sobre a escolha do procedimento e do tratamento nas mãos do profissional (RIBEIRO, AMARAL, 2008). Assim, a medicina centrada no paciente ou no cuidado se opõe a essa forma de atenção em saúde trazendo algumas implicações para o atendimento, a partir de duas vertentes. A primeira refere-se à discussão do poder *versus* autonomia. Ou seja, é uma discussão que gira em torno da tomada de decisão: quem deveria participar? O quanto seria a participação de cada um? O médico deve puxar para si a responsabilidade (poder) da tomada de decisão ou deve compartilhar com o paciente (autonomia)? A segunda gira em torno do quanto os aspectos do adoecimento devem ser levados em consideração: deve se levar em conta somente os aspectos biológicos e/ou orgânicos da enfermidade? Ou deve-se buscar as necessidades do paciente, incluindo os aspectos psicossociais do processo de adoecimento? (RIBEIRO, 2006). Em ambas as discussões é necessário repensar na relação médico-paciente estabelecida, pois para compartilhar a tomada de decisão ou para incluir diversas variáveis influenciadoras do processo saúde-doença, a relação deve ser mais horizontal possível, com menor hierarquização.

Para entender essa diferença, Lopes (2005) traz uma discussão sobre conceitos gerados ao longo do desenvolvimento da medicina que acarretam o impacto distinto no contexto da saúde. Esse autor explica as diferenças entre enfermidade e doença, sendo a primeira um constructo teórico que explica as anormalidades de uma estrutura ou das funções de órgãos e sistemas do corpo, sejam físicas ou psíquicas. Já a doença seria a experiência individual em relação à enfermidade, com isso há pontos comuns para todos, mas há aspectos específicos da percepção de cada um. Outra diferenciação foi feita no entendimento de paciente e pessoa. Paciente seria sinônimo de alguém que recebe cuidados do médico, que recebe a ação praticada por outro e é um sofredor que padece conformado e resignado. Já pessoa seria uma categoria que atribui independência, livre escolha e ação de acordo com a vontade de cada indivíduo, desde que esteja dentro de princípios éticos do contexto. Essa diferenciação repercute na relação estabelecida entre o médico e o paciente, definindo suas funções sociais.

De acordo com essas definições, entende-se que a palavra paciente define como a pessoa deveria se comportar quando doente, retirando os aspectos volitivos e de autonomia. Porém, ao perceber o paciente como pessoa doente, devolve-se o sentido de sua participação ativa na busca pela saúde, englobando os preceitos biopsicossociais do processo saúde-doença. Com esse olhar, o diagnóstico deveria levar em consideração as questões da enfermidade, assim como as outras questões que interferem no adoecimento. Como exemplo,

os comportamentos e hábitos, as relações familiares e com pessoas significativas, os aspectos culturais, as expectativas e crenças pessoais, além dos aspectos de desenvolvimento e do ciclo de vida (LOPES, 2005). A partir desse raciocínio se consegue entender as vulnerabilidades e potencialidades de cada um para lidar com o adoecimento.

É com esse entendimento que o método clínico centrado no paciente é proposto. Nessa nova concepção de clínica, o médico deve *empoderar* o paciente, tornando-o colaborativo e parceiro, podendo desenvolver sua autonomia. Para tanto, há necessidade de informação técnica, de articulação de valores, de discussão sobre alternativas relacionadas à saúde e implicações para o tratamento e para a vida da pessoa. Dessa forma, há possibilidade de escolha de estratégias de ação, levando em consideração a variedade de aspectos que interferem na saúde (LOPES, 2005).

Foi em 1970 que Michael Balint introduziu o termo medicina centrada no paciente, utilizando a escuta como habilidade essencial do médico para identificar a demanda e os efeitos que ele próprio causa no outro. É através da escuta que o médico consegue perceber as diferenças culturais dele e do paciente, a discordância no entendimento da doença e nos objetivos do tratamento (RIBEIRO, AMARAL, 2008). Porém, foi apenas em 1982, que o médico sul africano Joseph Levenstein levou ao Canadá, na Western Ontário University, sua experiência do atendimento com a comunidade, despertando o interesse de uma de suas alunas chamada Stewart. Interessada na transformação do método clínico vigente, a partir de 1995, Stewart desenvolveu e aprimorou o método clínico de abordagem centrado no paciente (LOPES, 2005; STEWART et al., 2003).

Esse método tem seis componentes que interagem entre si e estão interligados: a) explorar a experiência com a enfermidade e doença, em que se identifica o diagnóstico e as ideias, sentimentos, expectativas sobre o adoecimento, assim como seus efeitos na funcionalidade do cotidiano da pessoa; b) explorar a pessoa como um todo, a partir da compreensão da história de vida e de desenvolvimento da pessoa, seus aspectos pessoais, crenças, valores e cultura, além do contexto, incluindo a família, pessoas próximas e ambiente físico; c) buscar um objetivo comum entre médico e paciente, a fim de desenvolver plataformas de entendimento e corresponsabilidades nas funções do médico e do paciente para o manejo da problemática; d) incorporar a prevenção e promoção de saúde, buscando a diminuição de comportamentos de risco e o aumento dos comportamentos de promoção; e) intensificar a relação médico-paciente, diminuindo a assimetria e aumentando a

horizontalidade, aumentando a partilha de poder, de autonomia e de tomada de decisão, a partir de uma aliança terapêutica cuidadosa e; f) ser realista quanto ao tempo, aos recursos necessários e os existentes, e a equipe, a fim de favorecer a tomada de decisão estabelecida (LOPES, 2005; RUBEN et al., 2009; STEWART et al., 2003).

Os dois principais componentes do método são identificar a percepção do paciente sobre o adoecimento, levantando seus pensamentos e emoções, e harmonizar as singularidades do médico e paciente para chegar a objetivos comuns sobre a doença e tratamento (STEWART, 2001, RIBEIRO, AMARAL, 2008). Isso possibilita a aliança terapêutica, assim como o compartilhamento de decisões e responsabilidades. Mas para que isso aconteça é necessário que o médico tenha tanto o instrumental teórico e técnico quanto o manejo interpessoal. O primeiro dá segurança ao profissional para discutir com o paciente, assim como para ser questionado e o segundo permite o cuidado humanístico (DE VALCK et al., 2001).

Ribeiro (2006) alerta que deixar o paciente tirar algumas dúvidas não caracteriza a clínica centrada no paciente. Alguns autores, como Moura (2012), reforçam a ideia que o desenvolvimento das habilidades interpessoais ao longo da formação médica permite ampliar a abordagem tradicional centrada na doença, uma vez que permite identificar o problema de acordo com a singularidade do paciente, além de reconhecer os determinantes sociais. Outro ponto importante citado pela autora é a potencialização de colocar em prática os pressupostos de integralidade, que são entendidos como a boa prática médica.

Logo, mesmo com uma diversidade de protocolos que facilitam a prática médica, Ribeiro e Amaral (2008) ressaltam que, em sua maioria, são reducionistas, tornando fundamental o desenvolvimento e o uso das habilidades interpessoais por parte do profissional. Na revisão feita por Moura (2012) foi observado que há uma heterogeneidade no uso da medicina centrada no paciente, mas que na atenção primária em saúde grande parte dos médicos consegue valorizar alguns preceitos ou componentes dessa abordagem no encontro clínico. Porém, poucos conseguem dar continuidade e manejar os problemas psicossociais identificados. A autora atribui essa dificuldade à falha na formação profissional, em especial ao precário desenvolvimento das habilidades de comunicação e da falta do trabalho em equipe interdisciplinar.

Outro um ponto de discussão recai sobre o tempo de consulta, que tem sido considerado insuficiente para conhecer as necessidades de saúde de cada paciente e é uma

variável importante na qualidade da relação estabelecida. A autora discute os achados que mostram que o menor tempo de consulta está ligado ao atendimento centrado no médico e que as consultas mais longas ao atendimento centrado no paciente, apontando claramente a preocupação do profissional com os aspectos psicossociais do processo saúde-doença. Porém todas as consultas analisadas utilizaram um tempo menor que 15 minutos, tempo de atendimento preconizado no Brasil. Esse dado demonstra que é possível realizar um atendimento centrado no paciente, valorizando a relação interpessoal, ainda que o tempo de consulta seja restrito (MOURA, 2012).

Bosi (2010) reforça que a medicina é arte, sensibilidade, ciência e técnica, nas quais todas essas dimensões são essenciais e que o ato médico é a complexa integração dessas dimensões. Segundo a autora, não se pode confundir profissionalismo com contenção de afetos, mas não se pode esquecer o aparato técnico. É preciso encontrar o equilíbrio entre a medicina da doença e dos doentes (GORDON, EVANS, 2010). De Valck et al. (2001) reforçam que um modelo não deve se opor ao outro, mas devem ser complementares. Nesse sentido, a medicina centrada no paciente vem resgatar a arte do exame clínico (conforme Figura 2), onde o cuidar é o ponto fundamental de união entre as dimensões supracitadas da medicina. Dessa forma, incorpora todo o aspecto positivo da medicina científica, que é baseada em evidências e da medicina da pessoa, que é baseada em vivências. Assim, a arte clínica poderia ser descrita na seguinte explicação  $AC=E [MBE + (MBV)^2]$ , onde AC é arte clínica, E seria a ética, MBE seria a medicina baseada em evidências e MBV a medicina baseada em vivências (PORTO, 2003).

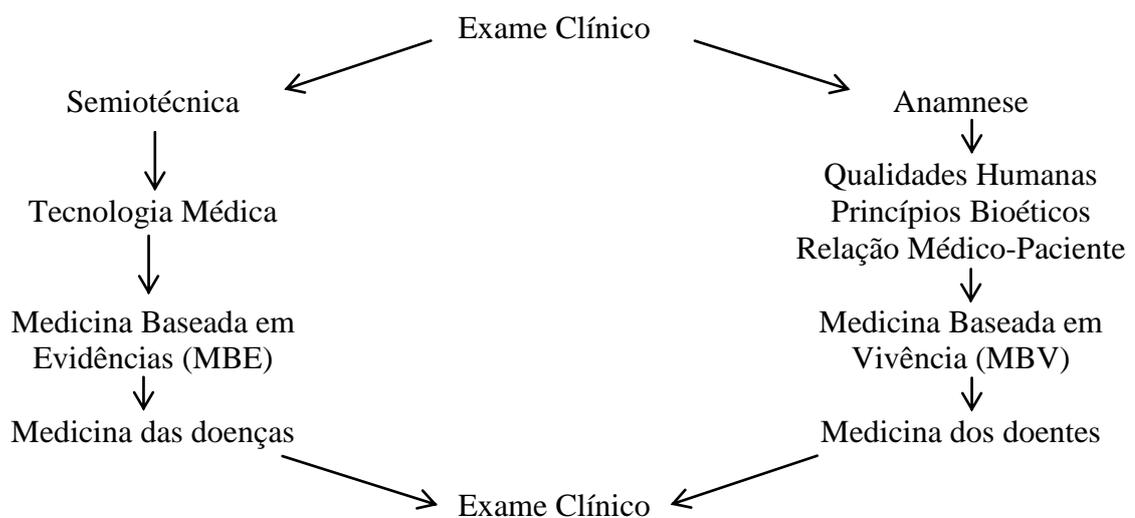


Figura 2. A arte do exame clínico  
Fonte: PORTO, 2003, p. 16.

Para que a medicina centrada no paciente seja colocada em prática, dois pilares são elencados como necessários: o desenvolvimento das habilidades interpessoais e a adoção de uma postura humanística e ética diante do sofrimento humano (NUNES et al., 2008). Para uma interação consistente e adequada, Gomes (2003) descreve 15 aspectos éticos que devem ser levados em consideração na relação com o paciente, alguns já discutidos até o momento: a) o sigilo, que está vinculado aos princípios da autonomia e justiça, sendo que as informações são para uso em benefício do paciente; b) o respeito ao pudor, significa tocar o corpo alheio apenas com intenção terapêutica; c) empenho de meios, onde médico e paciente se comprometem em uma parceria para alcançar o objetivo comum estabelecido; d) a expectativa cerimonial que, fundamentada no princípio da justiça, abraça os papéis exercidos, reforça a importância do ambiente, postura e atitudes profissional e da indumentária; e) consentimento esclarecido, em que nenhum procedimento pode ser realizado sem a compreensão e concordância do paciente; f) busca da verdade; g) a beneficência, não se limitando à qualidade dos resultados obtidos, mas também à qualidade de meios e empenhos na busca do objetivo comum; h) a não maleficência, uma relação sem agravos, danos ou ameaças entre as partes, uma relação sem efeito iatrogênico; i) a autonomia do paciente, que deve estar ligada à habilidade educativa do médico, a fim de permitir que o paciente possa decidir em função de suas conveniências e de sua saúde; j) a atenção ao paciente, o interesse pelo outro; l) o exame físico, considerado o aspecto técnico permeado por atitudes de civilidade e respeito; m) a solidariedade; n) a sujeição tecnológica, em que os recursos técnicos são mais um instrumento, conjuntamente com todo o manejo interpessoal; o) a justiça na relação interpessoal, em que a prestação de serviço deve ser proporcional à competência do profissional e à necessidade do paciente e; p) a responsabilidade, inerente à boa relação entre o médico e o paciente.

### **1.5 As Habilidades Sociais e a Relação Médico-Paciente**

Como já foi mencionado, as habilidades interpessoais, também chamadas de habilidades sociais, são essenciais na boa prática médica e têm a potencialidade de promover uma relação médico-paciente de qualidade. Entende-se que as habilidades sociais são diferentes classes de comportamentos interpessoais de uma pessoa para lidar com as situações vividas em diversos contextos. A emissão desses comportamentos permite desempenhos que favorecem ou prejudicam a qualidade de relacionamentos saudáveis e produtivos. Fatores

específicos da situação, da pessoa e da cultura interferem no desempenho social, como o contexto físico onde acontece o encontro social, as regras explícitas ou implícitas que indicam os comportamentos aceitos e os não permitidos naquele contexto, os sentimentos, as demandas e os objetivos da pessoa em relação a si próprio e à situação, e os valores e normas culturais que definem padrões esperados de comportamento nos papéis sociais exercidos (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2009a).

Dessa forma, para um desempenho competente é preciso aprender as habilidades sociais que respondem à demanda da situação específica. Porém, estas por si só não garantem um desempenho socialmente competente, mas sem o conjunto dessas habilidades não há como ter um desempenho favorável. Além disso, é preciso articular os fatores específicos da situação, da cultura e os pessoais. Isto significa dizer que é necessário haver coerência entre o pensar, o sentir e o agir em função dos objetivos pessoais, situacionais e culturais. Essa articulação gera competência social, ou seja, é o efeito positivo do desempenho das habilidades nas situações vivenciadas (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2009a). Assim, o indivíduo que consegue expressar seus sentimentos, atitudes, desejos, direitos de modo adequado a um contexto interpessoal e que consegue solucionar problemas imediatos da situação, assim como diminuir a probabilidade de futuros problemas, é considerado socialmente competente (A. DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2002; BOLSONI-SILVA et al., 2009).

Historicamente, as habilidades sociais tiveram sua origem diversificada. Segundo A. Del Prette e Del Prette (2002), o interesse nessa área é muito antigo e com diferentes referenciais teóricos, passando pelas abordagens comportamentais, psicodinâmicas e humanistas. Nos anos de 1960 começou o estudo na Inglaterra sobre o treinamento de habilidades interpessoais com Argyle, paralelamente ao treinamento assertivo desenvolvido nos Estados Unidos com Wolpe em 1958. Nos anos de 1970, os trabalhos de Lázarus e de Alberti e Emmons deram novos impulsos para a pesquisa e em pouco tempo o interesse pelos treinamentos alcançou vários países e ganhou bastante repercussão (CABALLO, 2003). A partir dos anos de 1980 houve uma forte defesa de que a assertividade deveria ser entendida como uma das subáreas do treinamento de habilidades sociais, havendo uma convergência dos temas e métodos utilizados (BOLSONI-SILVA et al., 2006).

No Brasil, o interesse pela área aconteceu alguns anos mais tarde. O artigo intitulado 'Habilidades Sociais: uma área em desenvolvimento' dos pesquisadores Z. Del Prette e Del

Prette, publicado em 1996, é identificado como o início do campo no nosso país, ainda que já houvesse outros estudos precursores dos mesmos autores. A partir desse momento houve uma expansão de estudos sobre a temática, com maior interesse de outros pesquisadores (BOLSONI-SILVA et al., 2006). Atualmente, o grupo de pesquisa da área que concentra um grande número de pesquisadores é da Universidade Federal de São Carlos, coordenado pelos Drs. Zilda Del Prette e Almir Del Prette, intitulado Relações Interpessoais e Habilidades Sociais (RIHS). Este grupo se desdobra em núcleos distribuídos em várias instituições nacionais e mantém parcerias e intercâmbios com pesquisadores internacionais, tornando-se multicêntrico e de grande expressão no desenvolvimento da área. Estes dois pesquisadores também coordenam o grupo de trabalho (GT) desta temática, denominado Relações Interpessoais e Competência Social, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP), que atualmente está composto por 23 pesquisadores de diferentes Instituições de Ensino Superior de seis estados brasileiros.

Uma vez que a relação médico-paciente é uma situação social que demanda comportamentos e desempenhos interpessoais específicos em um contexto e ambiente complexo, pode-se transportar o conhecimento das habilidades sociais para a área médica. A interação entre o médico e seu paciente pode ser dividida em dois pilares complementares entre si: o desempenho técnico, apoiado nas capacidades analítica e instrumental, que depende dos conhecimentos teóricos e práticos do médico; e a relação entre o profissional e o paciente, que inclui outros aspectos como as convenções sociais, atitudes, expectativas e demandas de ambos os atores que, muitas vezes, não são consideradas na relação de ajuda (FELDMAN, 2006).

Os ambientes situacionais complexos, como é o caso do contexto médico, criam demandas que possibilitam a emissão das habilidades sociais dos indivíduos (PEREIRA, 2010). Logo, quanto mais hábil o médico é em observar e identificar as informações disponíveis no ambiente, em identificar e controlar as emoções ativadas nos contextos e em analisar as possíveis consequências do desempenho, mais facilmente responderá de forma competente às demandas daquela situação (A. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2002). Assim, o profissional tem maior probabilidade em emitir comportamentos adequados, minimizando efeitos iatrogênicos, invasivos ou desrespeitosos com os pacientes (BARROS, FALCONE, PINHO, 2011).

Logo, as habilidades sociais podem ser consideradas como relevantes para a efetividade e a qualidade da relação médico-paciente (Z. DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009b), pois podem trazer uma série de benefícios a partir do estabelecimento de uma relação positiva na prática clínica. Como exemplo, podem ser citados a maior precisão na identificação de problemas do paciente; melhor entendimento do paciente sobre seus problemas e sobre as opções de tratamento, levando, conseqüentemente, a maior participação no cuidado de saúde e a maior adesão ao tratamento; menos queixas de erro médico; e maior nível de satisfação, tanto do paciente como do médico (GROSSEMAN; STOL, 2008).

Essas habilidades tornam terapêutica a relação com o paciente, uma vez que facilitam o colaborativismo mútuo, a autonomia de ambos, o estabelecimento do vínculo positivo e da confiança, a minimização de reações emocionais, como ansiedade, e ajudam o paciente a lidar com aspectos psicossociais da doença. Esses resultantes auxiliam na mudança de comportamento e de crenças distorcidas sobre o adoecimento. Isto significa dizer que a relação estabelecida no processo de cuidado da saúde influencia na percepção da doença ou do risco da doença e nos comportamentos de promoção de saúde (SIMÕES; BARLETTA, 2009). A possibilidade do paciente se corresponsabilizar pela promoção de saúde é outra resultante. Nesse contexto, paciente e médico podem participar da tomada de decisão mais adequada, interagindo conjuntamente nas escolhas de cuidado, traçando metas e desenvolvendo estratégias para solucionar problemas. Tanto o médico quanto o paciente devem colaborar e assumir papéis de destaque. Uma relação terapêutica com qualidade faz com que médico e paciente se tornem parceiros, trabalhando com uma aliança sólida, favorecendo, mais uma vez, uma relação colaborativa (MALAGRIS, 1999).

Ainda que não haja um consenso nas divisões de classes e subclasses comportamentais das habilidades sociais, algumas delas são consideradas relevantes. É importante ressaltar que as classes comportamentais estão interligadas formando um conjunto de habilidades sociais. Na presente tese, as classes comportamentais consideradas mais importantes foram, conforme descritos por outros autores nacionais (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2001; A. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2006; Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2009a): (a) de comunicação, que inclui fazer e responder perguntas, pedir e dar *feedback*, elogiar, iniciar, manter e encerrar conversação; (b) assertivas, direito e cidadania, que estão ligadas a manifestação da opinião, em concordar, discordar, fazer, aceitar e recusar pedidos, desculpar-se, admitir falhas, interagir com autoridade, estabelecer relacionamento afetivo, expressar

desagrado, pedir mudança de comportamento e lidar com críticas; (c) empáticas, que implicam em parafrasear, refletir sentimentos e expressar apoio; (d) de civilidade, que engloba comportamentos de dizer por favor, apresentar-se, cumprimentar e despedir-se; (e) de trabalho, como coordenar grupo, falar em público, resolver problemas, tomar decisões e mediar conflitos e habilidades sociais educativas e; (f) autocontrole e expressividade emocional, que é reconhecer e nomear as próprias emoções e as dos outros, falar sobre, expressar e lidar com elas.

### **1.5.1 Habilidade de Comunicação**

Na literatura a comunicação é uma das habilidades mais associadas à relação médico-paciente e considerada a principal ferramenta da relação de ajuda (ALMEIDA et al., 2005; BENNETT, LYONS, 2011; HENRY, HOLMBOE, FRANKEL, 2013; JUCÁ et al., 2010; KURTZ et al., 2003; NUNES et al., 2008; MÜLLER, 2009; ROSSI, BATISTA, 2006). A comunicação foi definida como um processo de troca e partilha de informações, sentimentos e emoções, no qual há compreensão de ambos os envolvidos (PHANEUF, 2005; STEFANELLI, 2005a).

Vários problemas são apontados na comunicação em saúde de baixa qualidade: a falta de concordância ou falta de consideração das queixas entre médico e paciente; pouca efetividade; pouca influência na saúde física, emocional e comportamental do paciente; baixo poder de diagnosticar problemas psicossociais e psiquiátricos; pacientes com percepções de que suas preocupações não são elucidadas pelos médicos e; não entendimento ou não lembrança pelos pacientes sobre o diagnóstico ou tratamento (YEDIDIA et al, 2003, STEFANELLI, 2005b, GROSSEMAN; STOL, 2008). Conte e Brandão (2007) afirmam que “um padrão adequado e consistente de comunicação muitas vezes consegue mudanças na outra pessoa e aumenta a probabilidade do outro se comportar de forma a atender nossos objetivos” (p.5).

Desta forma, a comunicação é um instrumento importante não apenas para aumentar o conhecimento de ambos em relação à problemática, mas também para consolidar a relação de confiança e estabelecer vínculo positivo, tornando-se estratégia essencial para iniciar e manter um bom relacionamento entre o profissional e o paciente. A partir de um nível adequado de comunicação o canal fica aberto para ambos os participantes ouvirem, entenderem, discutirem, refletirem e construírem conjuntamente estratégias comportamentais de promoção

de saúde, assim como sanarem e manejarem dúvidas, medos, expectativas e crenças distorcidas. Esse efeito se torna possível uma vez que a função da comunicação vai além da pura e simples transmissão de informações. Abrange também a necessidade de se fazer entender, o que permite médico e paciente reverem conclusões, reconstruírem respostas cognitivas e comportamentais, anteciparem possíveis fatos, influenciarem outras pessoas e/ou eventos externos, compartilharem sentimentos, emoções e percepções (eventos internos), assim como iniciar e modificar processos fisiológicos corporais (MIYAZAKI, 1997, SANTOS, 2001, OLIVEIRA; GOMES, 2004, MÜLLER, 2009).

De acordo com Santos (2001), a falta de treinamento do profissional dificulta a condução da comunicação com o paciente, levando a dificuldade de clareza no conteúdo, especialmente quando este já apresenta deficits nesta habilidade. O conteúdo a ser discutido durante a consulta médica é um fator importante na tomada de decisão sobre o tratamento e que, em geral, é o médico quem o escolhe (MENDONÇA, 2007). A tomada de decisão é um processo em que se colocam na balança as vantagens e desvantagens das escolhas.

Nessa classe são inclusos comportamentos como fazer e responder perguntas, pedir e dar *feedback*, elogiar, iniciar, manter e terminar a conversa (A. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2001). Por exemplo, o *feedback* pode ser entendido como a prática de fornecer informações sobre o desempenho do outro, o que permite uma reflexão e mudança do comportamento, com intuito de deixá-lo mais funcional na situação. O *feedback* positivo ou negativo, expresso de forma clara e honesta sobre o comportamento do outro, minimiza o sofrimento e favorece a relação de qualidade (CONTE, BRANDÃO, 2007). Porém, Miguel e Garbi (2007) ressaltam que é importante refinar a comunicação para que a mensagem não seja interpretada de forma distorcida, eliciando sentimentos e emoções negativos. Algumas outras classes de comportamentos das habilidades sociais facilitam esse processo.

### **1.5.2 Habilidade de assertividade**

Assertividade é a classe de habilidades sociais que permite que a pessoa expresse suas opiniões e sentimentos sem agredir o outro. Esse conceito está pautado na ideia de igualdade de direitos e deveres, de enfrentamento em situações que o desejo e opinião da pessoa gera reação indesejada do outro e em reivindicar e defender os próprios direitos (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2009a). O propósito da assertividade é construir relações mais justas com respeito e ética em “um ambiente em que as necessidades pessoais ou do grupo sejam

respeitadas, onde o eu e os outros possam coexistir sem exploração, abuso, etc.” (CONTE, BRANDÃO, 2007, p. 11).

Assim, a forma de falar, o momento correto e a clareza na expressão dos sentimentos e pensamentos são importantes, já que podem favorecer a inter-relação e a consecução dos objetivos (ALBERTI, EMMONS, 2008). Porém, falar sobre sentimentos e emoções pode gerar ansiedade, especialmente quando são negativas ou desagradáveis, uma vez que outras pessoas podem discordar. Muitas vezes as pessoas são passivas nos relacionamentos a fim evitar uma reação do outro que é considerada aversiva. Esse padrão comportamental pode gerar frustração e raiva, e quando a pessoa perde o controle sobre os sentimentos pode ter um comportamento agressivo, expressando mais intensidade emocional do que deveria (CONTE, BRANDÃO, 2007).

Percebe-se que nem a passividade nem a agressividade estabelecem oportunidades para bons relacionamentos. A pessoa assertiva é sensível às mudanças dos outros e do ambiente, é atenta às reações do outro frente à sua expressividade e reconhece os seus erros. Portanto, a pessoa assertiva é hábil em ouvir e respeitar o que o outro sente e pensa. Pode-se dizer que ter o direito de expressar-se implica no dever de ouvir atentamente o que o outro tem a dizer, o que é uma postura acolhedora de receber e aceitar a opinião e sentimento do outro. Logo a pessoa assertiva é capaz de receber críticas e de se desenvolver a partir delas (CONTE, BRANDÃO, 2007).

Nessa classe são inclusos comportamentos como manifestar opinião, concordar ou discordar, aceitar e recusar pedidos, pedir desculpas e admitir falhas, interagir com autoridades, expressar raiva e/ou desagrado, pedir mudança de comportamento e lidar com críticas (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2001). Na rotina do trabalho médico muitas situações ocorrem em que aparece o déficit nessa habilidade. Em uma consulta de atendimento centrado no médico, por exemplo, se o paciente expressa desacordo com a escolha do tratamento ou expressa um sentimento negativo quanto a conduta do profissional ou da situação, pode ser interpretado como uma postura desafiadora ou de enfrentamento. A resposta a esta interpretação pode ser uma reação que tende a ser agressiva. A assertividade é necessária para que a pessoa não viole o direito do outro, mas possa expressar suas crenças de maneira apropriada. A literatura aponta que a empatia é uma habilidade que gera equilíbrio nessa interpretação, sendo um complemento importante para a assertividade (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2009a).

### **1.5.3 Habilidade de empatia**

A habilidade empática tem despertado atenção de muitos estudiosos. Por exemplo, De Waal (2010) descreve a capacidade de se colocar no lugar do outro, de cooperar e ajudar o próximo como fundamental na evolução humana. Rogers (2009) é outro autor que aponta o quanto estar sensível às mudanças enfrentadas pelo outro é importante para um processo terapêutico. O deficit nessa habilidade é considerado como um dos principais fatores de comportamentos violentos e antissociais, uma vez que as pessoas ficam imunes à dor que causam em terceiros e por isso não se sentem inadequados ou arrependidos (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2009a).

A empatia também é apontada como importante para a qualidade da relação médico-paciente, uma vez que possibilita a reflexão dos sentimentos trazidos pelo paciente, assim como, possibilita a expressão de apoio por parte do profissional, fortalecendo o vínculo de confiança. A capacidade de empatia possibilita ao médico identificar sinais não verbais; ouvir e compreender os sentimentos e perspectivas do paciente; verbalizar empaticamente, validando os sentimentos e perspectivas do outro no contexto específico e; comunicar-se empaticamente de forma não verbal (FALCONE, 1998). Dessa forma, a capacidade de identificar e considerar o sentimento do paciente, a preocupação genuína com seu bem estar e o reconhecimento explícito da sua dificuldade estão associados aos componentes cognitivos, afetivos e comportamentais da empatia, respectivamente (BARROS, FALCONE, PINHO, 2011). Pode-se dizer então que a empatia é importante para aumentar a sensibilidade do médico aos eventos aversivos que impactam de forma negativa para o paciente, assim como ser mais tolerante e flexível às diferenças (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2009a).

Nessa classe são inclusos comportamentos como parafrasear, refletir sentimentos e expressar apoio (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2001). Mello (2010) reforça a importância desses comportamentos na prática médica como uma habilidade que facilita o relacionamento profissional. Em seu estudo, foram avaliadas e comparadas três variáveis em 71 estudantes de medicina, do primeiro e último ano: habilidades sociais, empatia e frustração. De uma forma geral, os resultados apontaram que quanto mais agressivos os comportamentos dos alunos, menor o repertório de habilidades sociais, especialmente em relação à assertividade e à empatia relacionada ao altruísmo e sentimentos da outra pessoa.

Na pesquisa feita por Costa e Azevedo (2010), buscou-se compreender como essa habilidade é aceita na prática médica por docentes de uma instituição pública. Como principais resultados foram encontrados: o entendimento de simpatia com sinônimo de empatia, a pouca atenção ao desenvolvimento dessa habilidade no curso médico e a modelação como principal estratégia de ensino.

#### **1.5.4 Habilidade de civilidade**

Essa classe de comportamentos pode ser descrita como “a expressão comportamental das regras mínimas de relacionamento aceitas e/ou valorizadas em uma determinada subcultura” (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2009a, p. 136). Estes autores afirmam que, de uma maneira geral, esses comportamentos podem mudar quanto à sua forma em diversas culturas, mas provavelmente mantêm a mesma função. São comportamentos de apresentação, cumprimentos, despedidas e agradecimentos que expressam cortesia. Apesar de simples, são comportamentos essenciais para manter a qualidade das relações interpessoais.

Nessa classe são inclusos comportamentos como dizer por favor, agradecer, apresentar-se, cumprimentar e despedir-se (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2001). No contexto de saúde, as habilidades sociais de civilidade tornam a relação médico-paciente mais próxima e atenciosa. Quando o médico cumprimenta e chama o paciente pelo nome, aguarda a sua vez para falar, agradece e despede-se, é interpretado como cuidadoso e educado. Na pesquisa realizada por Nations e Gomes (2007) os pacientes julgaram esses comportamentos como indispensáveis na conduta médica e denominaram de *cavalos* aqueles profissionais que apresentam deficit nas habilidades de civilidade e empatia. Ainda assim, esta é uma habilidade pouco estudada no contexto de saúde.

#### **1.5.5 Habilidade de trabalho**

Essa classe de comportamentos também é chamada de habilidades sociais profissionais e tem sido de interesse na área médica. Na revisão de Menkes (2011) a manutenção de relações produtivas e satisfatórias no ambiente de trabalho, a resolução de conflitos interpessoais e intergrupais, a demonstração de criatividade e o autocontrole, a motivação para o trabalho e lidar com situações estressantes são consideradas como habilidades relevantes. Pode-se dizer que os comportamentos desta classe “atendem às diferentes demandas interpessoais do ambiente de trabalho objetivando o cumprimento de

metas, a preservação do bem-estar da equipe e o respeito aos direitos de cada um” (A. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2002, p. 89). Uma das características das situações de trabalho é que parte das tarefas ocorre em situações interativas e, portanto, a competência social do profissional pode favorecer aspectos como resultados, satisfação do outro e um clima organizacional mais harmonioso (DEL PRETTE, PEREIRA, 2008).

Desta forma, nessa classe são inclusos comportamentos como coordenar grupo, falar em público, resolver problemas, tomar decisões, mediar conflitos e ter habilidades sociais educativas (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2001). Outros comportamentos, como negociar decisões, cooperar, compartilhar e corrigir informação, saber lidar com questões emocionais delicadas da situação (LINO et al., 2011) e anotar queixas do paciente (ALMEIDA, CANTAL, COSTA JR., 2008; HENRY, HOLMBOE, FRANKEL, 2013) são considerados importantes no âmbito da saúde. As habilidades de trabalho ajudam o médico a lidar com situações difíceis e específicas do contexto de saúde, assim como facilitam a maior definição de uma relação médico-paciente menos hierarquizada, aumentando as possibilidades de sucesso do tratamento (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2009a; KLOSTER et al., 2013).

### **1.5.6 Habilidade de autocontrole e expressividade emocional**

Reconhecer e nomear as emoções sejam as próprias ou de terceiros e poder expressá-las e manejá-las são alguns componentes indispensáveis. Porém, em alguns ambientes as emoções são pouco permitidas ou valorizadas, especialmente quando são sentimentos negativos. Nesse caso, as pessoas evitam situações que podem proporcionar emotividade e desenvolvem maneiras de disfarçá-las (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2009a). Nessa classe são inclusos comportamentos como expressar solidariedade, cultivar o bem querer, assim como, reconhecer, expressar e lidar com as próprias emoções (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2001).

O contexto de saúde é um desses que bloqueia ou ignora a emissão de emoções como medo, tristeza, frustração e raiva. Expressar uma emoção geralmente ocorre com base no comportamento não verbal, mas como sua interpretação é mais difícil, muitas vezes é preciso explicitar coerentemente (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2009a). O sentimento positivo também deve ser expresso, uma vez que valoriza o comportamento da outra pessoa e demonstra afeto, o que reforça a autoconfiança (CONTE, BRANDÃO, 2007). Esta

demonstração de afeto também é pouco permitida no âmbito da saúde (BOSI, 2010). Somado a isso, o processo educacional formal não prepara as pessoas para lidar com as emoções e a maior parte dos comportamentos envolve este componente. Vale lembrar que também é necessário o mínimo de controle emocional (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2009a). A atenção dispensada aos pensamentos e sentimentos do paciente potencializa a probabilidade de expressão destes e, conseqüentemente aumenta a quantidade e qualidade das informações relevantes para o entendimento da problemática (BARROS, FALCONE, PINHO, 2011).

Uma vez que as habilidades sociais são comportamentos inter-relacionais, é na infância que começam a ser desenvolvidas, principalmente por modelação e modelagem de pessoas significativas como os pais e professores. Porém, ao longo do ciclo vital, o repertório interpessoal de uma pessoa vai se tornando mais complexo, de acordo com as demandas exigidas e vivenciadas (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2009a; MELLO, 2010). Com isso, muitas vezes, acredita-se os jovens chegam ao ensino superior com as habilidades sociais totalmente desenvolvidas, ignorando sua necessidade de treino ou aprimoramento naquele contexto específico. Provavelmente essa ideia somada a cultura do modelo biomédico tenham reforçado a falta de atenção ao desenvolvimento das habilidades interpessoais no ensino durante muito tempo, inclusive a educação médica. Atualmente, a preocupação de pesquisadores e pedagogos sobre como os jovens universitários enfrentam situações novas consideradas difíceis e que exigem um repertório elaborado de habilidades sociais no contexto universitário tem aumentado (SOARES, DEL PRETTE, 2013). Além das próprias demandas da universidade, é preciso desenvolver habilidades interpessoais que favorecem a competência profissional.

### **1.6 A Educação Médica**

Um marco na educação médica ocorreu em 1910 com o Relatório de Abraham Flexner que fechou 124 escolas médicas americanas de um total de 155 por não basearem o ensino na medicina científica (SILVA Jr., 1997). A partir daí, a proposta de estruturação das escolas médicas foi baseado no modelo regente da época, isto é, hospitalocêntrico, com enfoque curativo, individual e centrado na figura do médico como detentor do saber. A tecnologia passou a ser a base do raciocínio clínico e também de seu ensino. A graduação de medicina, dentro dessa lógica do modelo científico e biomédico, passou a enfatizar a especialização do futuro profissional em detrimento de uma formação clínica geral (LOPES, 2005).

Com o questionamento ao modelo biomédico, em 1970, o relatório de Carnegie propôs mudanças no ensino médico a partir de uma integração docente-assistencial e integração de matérias básicas e profissionalizantes (SILVA Jr., 1997). Ao longo da transformação social e de demanda na saúde, fortalecendo o modelo biopsicossocial, pode-se dizer que a configuração do mercado de trabalho médico também sofreu alterações o que, mais uma vez, fortaleceu a mudança na educação médica. Por exemplo, no Brasil, com a descentralização da gestão em saúde, com a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a implantação da Estratégia da Saúde da Família, começou a haver um resgate do médico generalista ou da família. Na educação médica isso significava uma formação que pudesse compreender a multidisciplinaridade profissional, a atuação coletiva, minimização do distanciamento hierárquico entre todos e a integralidade da atuação profissional (LOPES, 2005).

Com a racionalização de recursos disponíveis e uma nova exigência do repertório do profissional de saúde, começou um resgate do raciocínio clínico sobre a tecnologia. O repensar dos aspectos pedagógicos e curriculares para a formação de um médico com perfil mais adequado, favoreceu a importância da inclusão de disciplinas que valorizassem aspectos além da técnica do saber fazer (LOPES, 2005), especialmente os aspectos relacionais do médico com outras pessoas, sejam pacientes, familiares, comunidade ou mesmo colegas de trabalho.

Mas o interesse da inserção de aspectos psicossociais na educação médica é anterior. Em 1912, John Watson propôs aulas de psicologia para estudantes de medicina, a fim de aumentar a visão global do indivíduo e afirmou que era tão importante quanto outras disciplinas como a anatomia e a clínica (BARLETTA, 2008). Em 1919, Freud ressaltou essa importância, mas questionou o conteúdo que deveria atender ao propósito de compreensão dos problemas numa visão psicanalista. Apenas em 1957 foi criado o primeiro departamento de psicologia médica na Universidade de Oregon. No Brasil, os primeiros cursos aconteceram em 1956, na Escola Paulista de Medicina e na Faculdade de Ribeirão Preto, mas foi na década de 1960 que os programas foram implantados amplamente nas escolas médicas (DE MARCO, 2003).

Michael Balint (1896-1970), médico psicanalista húngaro, aplicou o conhecimento da psicanálise no ensino e desenvolveu uma metodologia conhecida como *Grupos Balint* para o ensino da relação médico-paciente com estudantes de medicina (PORTO, 2003). Ele

acreditava que os grupos de ensino funcionavam como uma ferramenta terapêutica onde se busca entender como ocorreu a interação, especialmente a partir da atitude do médico, que pode ou não suportar as demandas do paciente (PEDROSA, 1992). Essa foi uma das principais estratégias de ensino da psicologia médica. De Marco (2003) aponta que a psicologia médica é a inserção dos aspectos psicológicos no contexto médico e que é de fundamental importância no “treinamento das aptidões psicológicas dos médicos” (p. 77).

Em 1996, houve uma reformulação no sistema educacional brasileiro e em 2001 as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina reforçaram a necessidade do desenvolvimento de algumas posturas e habilidades do estudante de medicina durante o curso de graduação como a comunicação, a liderança e a tomada de decisão (Resolução CNE/CES nº 4, de 01 de novembro de 2001). Atualmente há uma série de propostas de mudanças curriculares, em especial em escolas médicas mais recentes, como o Ensino Baseado em Problemas (PBL), que possibilita o desenvolvimento de atitudes centradas no paciente e habilidades interpessoais (NUNES et al. 2008). Porém, 75% das 213 escolas brasileiras de medicina permaneceram com o currículo tradicional (NASSIF, 2014) que por sua vez não privilegia desenvolvimento dos aspectos interpessoais (DYCHE, 2007, KOMMALAGE, 2011).

Apesar de todo o favorecimento à mudança na educação médica, ainda existem deficiências na formação do médico em habilidades como escutar o paciente, leitura ambiental para permitir a incorporação de aspectos além da enfermidade no diagnóstico e no *empoderamento* do paciente (JUCÁ et al, 2010). Alguns autores reforçam que o curso de Medicina não promove as habilidades sociais do estudante, nem mesmo aquelas que estão descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (KLOSTER et al., 2013; TEMPSKI-FIEDLER, 2008; PARO et al., 2010), ou mesmo que compromete a qualidade de vida por gerar situações estressoras em que o aluno não tem manejo ou estratégias de enfrentamento adequadas (PARO et al., 2010; TRINDADE, VIEIRA, 2013). Haidet e Paterniti (2003) apontam que uma das dificuldades está na maneira de ensinar. Segundo Lopes (2005) o ensino clínico ainda é centrado no médico, no qual se buscam informações para diagnosticar de forma precisa a enfermidade, mas ignora-se o sofrimento humano.

Sucupira (2007) reforça essa ideia ao afirmar que no Brasil ainda há predominância do “interesse na incorporação de procedimentos sofisticados e equipamentos de ponta” (p. 265). Seguindo esse raciocínio, o grande foco dos cursos em saúde ainda é enfatizar o lado técnico-

científico para que o aluno se torne um bom profissional, conhecedor de sua profissão e formas de atuação. Apesar deste enfoque, a cada dia o questionamento da postura do profissional e seus atributos vêm sendo ressaltados, assim como, o processo de ensino-aprendizagem no âmbito da saúde. Tal questionamento tem por base a noção de que a competência profissional é construída pela habilidade técnica e pela habilidade interpessoal e que, muitas vezes, o ensino prioriza a primeira em detrimento da segunda.

Assim, com a prática médica excessivamente pautada em aspectos técnicos, alguns deficits nas habilidades sociais podem ocorrer, o que oportuniza os conflitos interpessoais, a má qualidade da relação médico-paciente, problemas psicológicos (emocionais e comportamentais), assim como, resposta fisiológica alterada. Algumas pesquisas têm mostrado que o desenvolvimento das habilidades sociais profissionais nem sempre é satisfatório ao longo do curso médico. Por exemplo, na pesquisa realizada por Haidet et al. (2002), foi comparada a atitude frente à relação médico-paciente de 673 alunos de medicina entre o primeiro e quarto ano. Nesse estudo houve aumento de atitudes centradas no médico ao longo do curso. Em outro estudo foi comparado o comportamento empático de 355 alunos de cinco cursos de saúde, incluindo a medicina, antes e após um ano de treinamento em um hospital na Inglaterra. Os resultados mostraram um declínio significativo nos escores de empatia (NUNES et al., 2011). Outro estudo que também mostra o declínio da habilidade empática durante o curso de Medicina foi realizado por Hojat et al. (2004) com 125 alunos no início e no final da graduação. Um estudo transversal realizado com 738 estudantes brasileiros mostrou um pequeno aumento na atitude centrada no paciente entre os diferentes períodos do curso, com decréscimo no 10º período. Os autores atribuíram esse fato ao momento em que os alunos iniciaram o treinamento de especialidades (internato), ou seja, com foco nos aspectos biomédicos das enfermidades. Ao final, reforçam a necessidade de rever a educação médica no país (RIBEIRO, KRUPAT, AMARAL, 2007).

Nesse sentido, seria necessário e importante completar a formação acadêmica com a inclusão da aprendizagem da competência social de forma sistemática a partir do ensino de habilidades sociais. De acordo com A. Del Prette e Del Prette (2002), as habilidades sociais profissionais devem levar em consideração as especificidades situacionais e culturais dos papéis a serem exercidos. Isto significa dizer que as regras e valores daquele contexto específico podem facilitar o entendimento das funções das respostas sociais, sem desconsiderar as características de forma comportamental.

O ensino de algumas habilidades, especialmente a de comunicação, tem sido bastante ressaltado em pesquisas, em resoluções nacionais e internacionais e nas diretrizes curriculares do curso de graduação em medicina (ASPEGREN, 1999; MAGUIRE; PITCEATHLY, 2002; GROSSEMAN; STOL, 2008). Porém, apesar de seu impacto na literatura sobre relação médico-paciente, outras habilidades também são muito importantes para a construção de um bom vínculo terapêutico e para a efetivação da competência social, fazendo com que sua aprendizagem seja tão necessária quanto a habilidade de comunicação.

No ensino médico essas características comportamentais têm sido chamadas de “*soft skills*” em contrapartida às habilidades analítica e instrumental, conhecidas como “*hard skills*”. Ainda que não exista uma definição exata de quais comportamentos se incluem nesta classe, é consenso na literatura que o ensino das “*soft skills*” está diretamente ligado às relações interpessoais profissionais e habilidades sociais. Assim, de forma geral, comunicação, atitudes éticas, profissionalismo, capacidade de ouvir o paciente, empatia, assertividade, estabelecimento de *rapport*, respeito e manejo de situações difíceis são consideradas essenciais para o estabelecimento de uma relação médico-paciente adequada e promissora, assim como devem estar contempladas na graduação de medicina (BERGH et al., 2006; EGNEW, WILSON, 2011; JOUBERT et al., 2006; VAN STADEN et al., 2006). Uma barreira para o ensino destes comportamentos está na falta de inclusão formal nas ementas das disciplinas como uma meta clara e específica a ser alcançada (KAUFMAN, MANN, 2010), deixando seu treinamento a cargo do currículo informal ou oculto (DYCHE, 2007, KOMMALAGE, 2011).

Várias estratégias de ensino têm sido citadas na literatura internacional para o desenvolvimento de atitudes centradas no paciente e habilidades interpessoais como: treino com pacientes simulados; uso de vídeo; *role-playing*; ensaios comportamentais; relatórios e discussão de casos clínicos; portfólios; prática supervisionada com discussão; ampliação de cenários de prática; observação do atendimento do professor; auto-avaliações e/ou avaliação interpares (BERGH et al. 2006, DYCHE, 2007; EGNEW, WILSON, 2011; NESTEL, TIERNEY, 2007; NUNES et al., 2008; MILLER, CURTIN, 2011; PASSI et al., 2010; RYAN et al., 2010; VAN STADEN et al., 2006; YAMMINE, 2013).

Além dos métodos de ensino em si, vários autores têm apontado a importância do uso mesclado de estratégias pedagógicas para um bom resultado (KAUFMAN, MANN, 2010), assim como, a importância da reflexão (EGNEW, WILSON, 2011), de um ambiente favorável

à aprendizagem (CARRARA, BEBETO, 2008, HASAN et al., 2011), de uma relação professor-aluno menos hierárquica (TRINDADE, VIEIRA, 2013) e do desenvolvimento de habilidades pedagógicas mais adequadas do docente (JUNIOR, 2010; MILLER, CURTIN, 2011, YAMMINE, 2013).

### **1.6.1 Avaliação de necessidades na educação médica**

A avaliação de necessidades é uma etapa fundamental para a educação médica, pois permite definir o problema e conhecer sua extensão, que serão base para o desenvolvimento de programas de intervenção adequados. Ou seja, esta etapa implica em medir a diferença entre o que é e o que deveria ser. Neste sentido, a identificação de deficits e recursos para um desempenho satisfatório no contexto social é definido como avaliação de necessidades (MAGALHÃES, BORGES-ANDRADE, 2001; POSAVAC, CAREY, 2003; MURTA et al., 2011). Porém, a maioria dos estudos privilegia a avaliação dos resultados e não detalha ou explica como foi realizada a avaliação de necessidades, muito embora esta etapa seja descrita como a base inicial da intervenção (PEREIRA, 2010).

Para acessar as informações em uma avaliação de necessidades devem-se incluir documentos objetivos, fatos e opiniões da comunidade envolvida e apontamentos de *experts* que conhecem aquela problemática e aquela comunidade (POSAVAC, CAREY, 2003). Essas maneiras de identificação das necessidades estão de acordo com a revisão de Murta et al. (2011), que aponta quatro caminhos, podendo ser pela busca de dados em documentos de órgãos oficiais de controle de saúde, pela comparação da problemática em vários contextos, pela observação direta da comunidade ou “ouvindo-se o que a população-alvo tem a dizer sobre o que ela julga precisar” (p.6).

O que se pretende, então, é buscar uma diversidade de informações sobre os deficits e potencialidades dos grupos que vivenciam o problema pesquisado. No caso do ensino das habilidades sociais na educação médica é importante descrever o problema, o seu impacto na qualidade das relações interpessoais do grupo, as causas comportamentais e ambientais assim como seus determinantes (BARTHOLOMEW, PARCEL, KOK, GOTTIEB, FERNANDEZ, 2011). A partir disto, podem-se definir os objetivos de uma intervenção baseada nas necessidades de uma população (PEREIRA, 2010). Ou seja, estas informações permitem o planejamento de um programa de intervenção adequado e de qualidade, uma vez que a partir delas pode-se escolher a melhor proposta de condução, formatação e conteúdo do treinamento

(MAGALHÃES, BORGES-ANDRADE, 2001; POSAVAC, CAREY, 2003; MURTA et al, 2011).

## **2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS**

A partir do momento que o ensino tradicional não privilegia o desenvolvimento interpessoal (DYCHE, 2007; KOMMALAGE, 2011) e que há uma queixa sobre a baixa qualidade da relação médico-paciente nos atendimentos (FRANCO, 2002; SOUTO, PEREIRA, 2011), torna-se necessário conhecer como tem sido realizado o ensino das habilidades sociais na educação médica. Baseado nos conceitos, pontos críticos e favoráveis descritos na literatura, o estudo desta tese parte da hipótese de que não há formalização deste aspecto nas metas curriculares e nas disciplinas, assim como não há um treinamento específico sobre as relações interpessoais durante a formação do aluno no curso de graduação na Universidade Federal de Sergipe.

### **2.1 Objetivo geral**

Assim, o objetivo geral desta tese é fazer uma avaliação de necessidades com vistas a identificar alvos para a melhoria do ensino e da aprendizagem da relação médico-paciente na graduação de Medicina da Universidade Federal de Sergipe.

### **2.2 Objetivos específicos**

1. Descrever os aspectos psicossociais da relação médico-paciente sob enfoque da perspectiva cognitivo-comportamental (**artigo 1**);
2. Descrever a produção científica nacional acerca da relação médico-paciente (**artigo 2**);
3. Identificar como os professores e alunos do curso de Medicina percebem o processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente (**artigo 3**);
4. Identificar a percepção da importância das habilidades sociais ensinadas na graduação de Medicina na perspectiva dos professores, estudantes e pacientes (**artigo 4**);
5. Identificar as atitudes frente à relação médico-paciente do estudante de Medicina, do professor e do paciente (**artigo 5**).

### 3. MÉTODO

Esta seção é referente ao método geral utilizado na pesquisa, deixando as especificidades metodológicas para cada artigo que compõem a presente tese.

#### 3.1 Delineamento do Estudo

Este estudo tem característica de uma pesquisa descritiva transversal, para fazer um levantamento sobre o desenvolvimento das variáveis interpessoais que interferem na relação médico-paciente e seu processo ensino-aprendizagem (COZBY, 2003).

#### 3.2 Local e População do Estudo

A coleta de dados foi realizada na Universidade Federal de Sergipe (UFS) campus de São Cristóvão e no Hospital Universitário de Sergipe (HU), durante o primeiro semestre de 2012. Em função de greve, este semestre correspondia ao término o ano letivo de 2011.

Participaram da pesquisa:

- À época da coleta de dados, de acordo com a secretaria do departamento de Medicina, o curso de graduação estava contemplado com 86 professores efetivos e 06 substitutos, totalizando 93. Deste total, participaram 31 docentes do curso de graduação em Medicina da UFS, com idade entre 35 a 69 anos (média 47,1 anos,  $dp=8,78$ ), de ambos os sexos (20M, 11F), casados (22), solteiros (6) ou separados/divorciados (3). O tempo médio de formado dos professores foi de 22,4 anos ( $dp=8,5$ , mínimo de 8 anos e máximo de 44 anos), sendo que 23 se graduaram na UFS. Sobre a formação, 28 eram graduados em Medicina e os outros três em Ciências Biológicas, Odontologia e Psicologia. O tempo médio de docência no nível superior foi de 15,7 anos ( $dp=10,49$ ; mínimo 3 anos e máximo 39 anos).

- Segundo Oliva-Costa (2007) o curso de Medicina da UFS tem em torno de 40 alunos por turma, mas este curso passou a ter 50 vagas por semestre, o que totalizava cerca de 510 alunos, à época da coleta de dados. Deste montante, participaram 165 alunos do curso de graduação, de ambos os sexos (92F, 73M), com idade mínima de 20 e máxima de 33 anos, com um *outlier* de 63 anos (média 25,68 anos,  $dp=3,83$ ), sendo a maior parte deles solteiros (149). Os alunos estavam cursando do 1º ao 12º períodos, conforme Tabela 1:

Tabela 1. Distribuição dos alunos ao longo do curso médico.

	ANO	N	TOTAL	%
1º Terço	1º ano	3		
	2º ano	2		
	Subtotal		5	3,0
2º Terço	3º ano	30		
	4º ano	47		
	Subtotal		77	46,7
3º Terço	5º ano	54		
	6º ano	29		
	Subtotal		83	50,3
TOTAL		165	165	100

- 71 pacientes atendidos no ambulatório do HU, com idade mínima de 22 e máxima de 74 anos (média 41,4 anos, dp=12,8) e de ambos os sexos (59F, 12M). Sobre o estado civil 31 eram solteiros, 31 casados, 6 separados ou divorciados e 3 viúvos. O nível de escolaridade variou entre não alfabetizado (3), ensino fundamental incompleto (18) ou completo (5), ensino médio incompleto (3) ou completo (29) e ensino superior incompleto (5) ou completo (8).

De acordo com o relatório de assistência prestada à comunidade de 2011, referente aos meses de janeiro, fevereiro, março e abril, foram realizados uma média mensal de 7.226,75 consultas ambulatoriais. Para selecionar a quantidade de paciente foi utilizado o cálculo amostral conforme fórmula descrita abaixo (SANTOS, 2011):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde: n = amostra calculada, N = população, Z = variável normal padronizada associada ao nível de confiança, p = probabilidade do evento e, e = erro amostral. Para o cálculo o nível de confiança utilizado foi de 95% e o erro amostral de 5%. A quantidade mínima para compor a amostra foi de 68 usuários.

### 3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Para participar da pesquisa os alunos deveriam ser estudantes de medicina da UFS do campus de São Cristóvão ou do campus do HU, do 1º ao 12º períodos. Os professores deveriam ser docentes do curso de medicina da UFS do campus de São Cristóvão ou do

campus do HU, e os pacientes deveriam ser maiores de 18 anos e atendidos no ambulatório do HU, independente da especialidade que estavam buscando.

### **3.4 Aspectos éticos**

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, aprovado sob o protocolo CEP 325/2011 e N° CAAE 0287.0.107.000-11 (anexo A). Cada participante voluntário assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo que uma permaneceu com o participante e outra com a pesquisadora (apêndices A, B, C). Os TCLE foram redigidos de acordo com os termos da Resolução CNS n°. 196/96, vigente à época da coleta de dados.

### **3.5 Materiais e Instrumentos do Estudo**

Este estudo contou com diversas formas de registro, conforme instrumentos listados abaixo:

#### *- Patient-practitioner Orientation Scale (PPOS):*

Esta é uma escala de autoinforme, já traduzida para o português (RIBEIRO, 2006), validada, com 18 itens referentes à relação médico-paciente em uma escala Likert de seis pontos. Nove itens estão relacionados à sub escala *Cuidar* que se refere a quanto o respondente considera que as variáveis psicossociais interferem no adoecimento ou se apenas as questões biológicas estão ligadas a esse processo. Os outros nove itens estão relacionados à sub escala *Compartilhar*, que se refere a quanto o respondente considera que deva participar do processo de tomada de decisão ou quanto isso deve estar apenas em poder do médico. Para análise das respostas, os dezoito itens dão o escore total contínuo de um a seis, a partir da média das respostas. Apenas os itens 9, 13 e 17 são contabilizados em sentido inverso. O escore abaixo de 4,57 significa atitudes centradas no médico, entre 4,57 a 5,0 atitudes mediamente centradas no paciente e acima de 5,0 atitudes centradas no paciente. Para a sub escala *Compartilhar* é contabilizada a média dos itens 1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 15 e 18. Para a sub escala *Cuidar* é contabilizada a média dos itens 2, 3, 6, 7, 11, 13, 14, 16 e 17 (RIBEIRO, 2006, PEIXOTO, 2009) (Anexo B). Foram obtidas as autorizações prévias do Dr. Krupat e da Dr<sup>a</sup> Ribeiro, autor e tradutora do instrumento.

- Questionário sobre a relação médico-paciente em três versões:

Versão dos estudantes: Instrumento elaborado para este estudo com objetivo de acessar a percepção do estudante de Medicina sobre as habilidades sociais importantes na prática médica e sua aprendizagem. Este questionário é composto por 15 questões, sendo 06 abertas e 09 fechadas. Dentre as questões fechadas uma é de marcar sim ou não, três são de escolher alternativas, três são escala Likert em régua de cinco pontos e duas, com 41 e 15 itens respectivamente, são em escala Likert também de cinco pontos. Este instrumento foi baseado no 'Questionário de relações interpessoais' (A. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2003) aplicados em professores de ensino fundamental (Apêndice D).

Versão dos docentes: Instrumento elaborado para este estudo com objetivo de acessar a percepção do professor de Medicina sobre as habilidades sociais importantes na prática médica e seu ensino. Este questionário é composto por 17 questões, sendo 06 abertas e 11 fechadas. Dentre as questões fechadas duas são de marcar sim ou não, três são para escolher alternativas, 04 são escala Likert em régua de cinco pontos e duas, com 41 e 15 itens respectivamente, são em escala Likert também de cinco pontos. Este instrumento foi baseado no 'Questionário de relações interpessoais' (A. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2003) aplicados em professores de ensino fundamental (Apêndice E).

Versão dos pacientes: Instrumento elaborado para este estudo com objetivo de acessar a percepção do paciente usuário do serviço ambulatorial do HU sobre as habilidades sociais importantes na prática médica. Este questionário é composto por 09 questões, sendo uma aberta e 08 fechadas. Dentre as questões fechadas uma é de marcar sim ou não, 02 são para escolher alternativas, 03 são escala Likert em régua de cinco pontos e duas, com 41 e 15 itens respectivamente, são em escala Likert também de cinco pontos. Este instrumento foi baseado no 'Questionário de relações interpessoais' (A. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2003) aplicados em professores de ensino fundamental (Apêndice F).

- Cartão de respostas: duas régua coloridas, sendo uma de cinco pontos e outra de seis pontos, conforme escala likert dos instrumentos mencionados acima (Apêndice G).

- Currículo do curso de medicina da UFS e as ementas das disciplinas.

- Questionários de dados demográficos: Para este estudo foram elaborados três questionários de dados sócio demográficos. O questionário aplicado nos alunos contém 14 itens sobre os aspectos sócio demográficos dos discentes de Medicina (Apêndice D). O questionário aplicado nos professores contém 11 itens sobre os aspectos sócio demográficos dos docentes de Medicina (Apêndice E). O questionário aplicado nos pacientes contém 11 itens sobre os aspectos sócio demográficos dos pacientes atendidos no serviço ambulatorial do HU (Apêndice F).

### **3.6 Procedimento**

Antes da coleta de dados foi realizado um estudo piloto com a participação de: 10 médicos recém-formados, para responderem os instrumentos que seriam aplicados com os alunos; 10 médicos com pelo menos quatro anos de formados e que já haviam passado pela docência, para responder os instrumentos que seriam aplicados aos professores e; 10 pacientes do SUS para responderem os instrumentos que seriam aplicados aos pacientes participantes da pesquisa. Após os ajustes necessários, foi feito outro pré-teste com mais 30 pacientes do SUS, a fim de certificar se o instrumento estaria adequado. Neste momento, foram introduzidos dois cartões de respostas com uma régua de 5 pontos e uma régua de 6 pontos, para facilitar o reconhecimento das escalas likert.

Para a coleta de dados, inicialmente, o conjunto de instrumentos foi enviado para todos os professores via e-mail, adquiridos na secretaria do curso de Medicina. No e-mail constava explicação da pesquisa e do preenchimento do instrumento, seguido do TCLE. Os professores que não responderam foram procurados pessoalmente e após o aceite de participação, puderam responder o instrumento impresso ou, caso preferissem, o questionário era reenviado por e-mail.

Já os alunos foram contatados em sala de aula, após a permissão do professor. Quando os alunos se voluntariavam como participantes, após a assinatura do TCLE, poderiam escolher preencher o conjunto de instrumentos na via impressa ou em um ambiente virtual (<https://www.surveymonkey.com/s/habilidadesinterpessoais>) com o mesmo instrumento online. Os pacientes foram contatados no ambulatório do HU enquanto esperavam por suas consultas. O pesquisador se aproximava, explicava a pesquisa e após a assinatura do TCLE, lia as perguntas e anotava as respostas indicadas pelos pacientes no questionário.

### **3.7 Análise de dados**

As informações foram colocadas em um banco de dados no programa Microsoft Excel, onde foram feitas as análises descritivas. Para os testes Qui-quadrado e T de Student de diferença de médias foi utilizado o Programa Estatístico R versão R-3.0.1 (<http://www.estatisticador.xpg.com.br/>), software livre mantido pela Fundação Oswaldo Cruz.

## CAPÍTULO II

“Tão importante quanto conhecer a doença  
que o homem tem,  
é conhecer o homem que tem a doença”

Sir William Osler (1849-1919)

Médico canadense, professor da John Hopkins University

### **ARTIGO I - A PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.**

Artigo publicado no periódico “Psicologia em Revista” (ISSN 1678-9563), nº17(3), 396-413, 2011. Autoria: Barletta, J.B.; Gennari, M. S.; Cipolotti, R.

#### **Resumo**

Este artigo tem por objetivo abordar os aspectos psicossociais que medeiam a qualidade da relação médico-paciente a partir de uma concepção cognitivo-comportamental. Para tanto é feita uma breve revisão sobre os aspectos da relação de ajuda. Ressalta-se a importância da qualidade da relação estabelecida, destacando a participação de ambos na tomada de decisão e a relação colaborativa, empática e bidirecional. Assim, as crenças, necessidades específicas e características pessoais ganham lugar de destaque. Além disso, a organização empregadora, a equipe de saúde, o meio social e os familiares vão interferir na dinâmica da relação. O suporte social e a comunicação terapêutica são outros componentes da multifatorialidade desse processo. A relação positiva permite o aparecimento de fatores de predisposição da doença, facilita o treino de habilidades assertivas de enfrentamento, a reestruturação cognitiva e a reeducação emocional resultando na construção de respostas adaptativas a situações adversas.

**Palavras-chave:** perspectiva cognitivo-comportamental, aspectos psicossociais; qualidade; relação médico-paciente.

#### **Abstract**

This article aims to address the psychosocial aspects related to the doctor-patient relationship quality from a cognitive behavioral concept. A brief review of aspects related to assistance-based relationship was done. The importance of the relationship quality was emphasized, highlighting the role of both doctor and patient in the decision-making process and for a

collaborative, empathetic and bidirectional relationship. Thus, their beliefs, specific needs and personal traits are significant factors. Moreover, the employing organization, the health care staff, their social environment and their family will definitely affect the relationship dynamics. Social support and therapeutic communication are other significant factor in the process. A positive relationship triggers predisposing factors to disease and facilitates the training of assertive coping skills, cognitive restructuring and emotional rehabilitation. As a result, adaptive responses to adverse situations are eventually developed.

**Keywords:** cognitive-behavioral perspective, psychosocial aspects, quality, doctor-patient relationship.

### **Introdução**

No desenvolvimento histórico da medicina, algumas fases podem ser citadas, como a medicina espontânea, oracular, farmacopeica, hipocrática, medieval, moderna e contemporânea (Salgado, Salgado & Salgado, 2002), e seu estudo aponta de que forma a preocupação com o cuidado da saúde foi se modificando. Inicialmente, quem tinha o poder da cura eram os xamãs e sacerdotes, ligando o trabalho com saúde ao místico e à arte. Essa medicina foi se transformando de maneira rápida, mas durante muitos anos a relação médico-paciente e o sigilo profissional foram os dois pilares que davam suporte para essa prática (Assad, 1993).

A partir do século XIX, a medicina tomou outra roupagem com as contribuições da biologia e da microbiologia na descoberta de micro-organismos e, por conseguinte, nas causas de doenças, o que corroborou com o *zeitgeist* científico da época. Dessa forma, o cuidado com a saúde começou a ser calcado nos aspectos técnicos e nos avanços tecnológicos. Segundo alguns autores, essa nova forma de atuar em saúde afastou o médico do sentido humano e da importância da relação estabelecida com o paciente (Barletta, 2008; Ogden, 2004; Rodríguez, Kolling & Mesquida, 2007).

Atualmente, a relação médico-paciente tem sido alvo de vários olhares e sua importância tem sido reconsiderada no processo saúde-doença. Não se questiona sobre os importantes progressos da ciência no tratamento de diversas doenças, mas nem sempre tais avanços garantem a satisfação do paciente com o atendimento, seu retorno às consultas, sua adesão ao tratamento e a emissão de comportamentos promocionais de saúde. Verifica-se que, além da importância da qualificação técnica, no atendimento em saúde é necessário responder

a outras demandas, principalmente de inter-relacionamento. Em geral o paciente não sabe avaliar a competência do profissional, especialmente no início do acompanhamento, mas consegue fazer uma avaliação imediata da maneira com que foi atendido e cuidado (Pinheiro, 2005). Segundo Franco e Alves (2005), a satisfação do paciente está associada à quantidade de informação recebida na consulta, à comunicação social, à competência técnica e interpessoal. Esses aspectos fortalecem a confiança que o paciente credita ao médico (Roberstson, Dixon & LeGrand, 2008).

A competência profissional está diretamente ligada ao conceito de qualificação, sendo necessário um conjunto de saberes para que uma tarefa profissional seja bem desempenhada em um contexto específico (Dultra & Bastos, 2009). Para tanto, três dimensões sustentam o desenvolvimento da competência: conhecimento ou capacidade analítica, ligada ao domínio teórico; habilidade prática ou capacidade instrumental, ligada ao domínio técnico; e a habilidade social ou a capacidade de inter-relação, ligada à capacidade de empatia, assertividade, comunicação, maturidade pessoal e condução ética (Cruz & Shultz, 2009; Del Prette & Del Prette, 2003; Lörh & Silveiras, 2006).

Outro motivo que tem levantado a discussão sobre este tema é o fato da grande preocupação sobre o processo de humanização, isto é, do resgate da dimensão humana na assistência. Assim, a importância do acolhimento, a intimidade e a naturalidade nas relações de ajuda, devem andar de mãos dadas ao conhecimento científico, a fim de resgatar a saúde e a dignidade do paciente, funções primárias do atendimento médico (Crepaldi, 1999; Ezequiel e cols., 2008).

Este artigo tem por objetivo abordar teoricamente questões pertinentes a essa relação, a partir das contribuições do enfoque cognitivo-comportamental, ressaltando os aspectos psicossociais presentes neste contexto que medeiam a qualidade da relação.

### **Processo saúde-doença e seus mediadores**

À medida que o processo saúde-doença começou a levar em consideração outros aspectos além dos orgânicos, como os aspectos psicológicos e sociais (Ribeiro, 2007), a relação terapêutica novamente se tornou eixo fundamental das ações em saúde. Assim, aspectos ligados ao comportamento de promoção de saúde se tornaram essenciais. Para tanto, destaca-se a participação do médico e do paciente na tomada de decisão sobre o melhor tratamento possível, baseada na relação colaborativa, empática e bidirecional. Desta forma, os

aspectos pessoais como crenças, habilidades comportamentais e características individuais específicas ganharam lugar de destaque sem desconsiderar aspectos do ambiente que influenciam na dinâmica da relação como a organização empregatícia, a equipe de saúde, o meio social e o familiar. Apesar desta constatação cada vez mais evidente, segundo Malagris (1999), os profissionais de saúde não apresentam uma relação satisfatória com esses aspectos, limitando-se na sua prática técnica específica.

Uma das explicações para tal dificuldade encontra-se na diferença do repertório comportamental exigido nos modelos biomédico e biopsicossocial de saúde. Enquanto no primeiro modelo citado o médico era tido como o detentor absoluto do saber e seu foco de atenção estava voltado apenas para a doença, o segundo modelo prevê uma relação de saber mais equilibrada, a qual coloca o médico, a equipe de saúde e o paciente como corresponsáveis pelo desenvolvimento e manutenção da saúde. Dessa forma, o foco de atenção perpassa por todas as possíveis variáveis que possam interferir no adoecimento e não apenas nas questões biológicas (Barletta, 2008; Neves Neto, 2004).

É neste contexto que a Psicologia da Saúde foi sendo consolidada como uma interface importante da área. Uma das abordagens psicológicas que oferece explicações, bem como estratégias de solução de problemas é a cognitivo-comportamental (Barletta, 2003). Nesta perspectiva, a interpretação que a pessoa faz do adoecimento interfere na forma como ela lidará com o evento. Portanto, o filtro para processar as informações e experiências, codificá-las e avaliá-las está baseado no sistema de crenças que o indivíduo desenvolve ao longo da vida. Desta forma, o entendimento e a significação do problema vão influenciar na forma de enfrentá-lo, nas emoções sentidas e nas reações corporais, o que, por sua vez, também irão interferir na avaliação cognitiva da situação (Malagris, 1999; Ogden, 2004). Ressalta-se que este funcionamento é uma via de mão dupla em uma cadeia circular interligada com a interdependência entre cognição, afeto, fisiologia e comportamento. Além disto, está diretamente ligado ao contexto e à história de vida da pessoa.

Logo, quando o sistema de crenças está disfuncional, a percepção do ambiente ocorre de uma forma distorcida que, por sua vez, favorece a emissão do comportamento inadequado. Uma vez que se entende que toda e qualquer enfermidade acarreta uma série de desconfortos, com maior ou menor intensidade, gerando consequências no bem-estar do paciente, inevitavelmente interfere na resposta comportamental de promoção e prevenção de saúde do indivíduo. Esses comportamentos podem ser mais ou menos adaptativos, promovendo risco

ou proteção ao organismo. Essa é apenas uma das formas que os processos psicológicos e comportamentais podem influenciar a saúde. Esses comportamentos associados à doença ou à possibilidade de se ter uma doença não influenciam no processo de saúde. Assim, comportamentos e reações referentes à descoberta da doença, interpretação dos sintomas, tomada de decisão sobre a terapêutica e a adesão à prescrição médica não mediam o prognóstico de saúde (Barletta, 2008; Baum & Posluszny, 1999; Ogden, 2004; Ribeiro, 2007).

Os modelos de cognição social ajudam a explicar comportamentos de prevenção e promoção de saúde (Rutter & Quine, 2002), uma vez que eles apontam como os processos cognitivos promovem a mudança comportamental, especialmente através da alteração no senso de autoeficácia (Bandura, Adams & Beyer, 1977). Assim, à medida que o indivíduo se percebe mais vulnerável a contrair uma doença ou quanto mais grave a percebe, mais ameaçadora e aversiva esta situação se tornará, o que, por sua vez, diminui a confiança na própria capacidade de lidar com a situação. A revisão feita por Barletta (2010) aponta que um maior senso de autoeficácia promove a percepção da capacidade para lidar com as adversidades, aumenta a motivação pessoal, potencializa desempenho e comportamentos resilientes.

O Modelo de Crenças em Saúde foi desenvolvido a partir do início dos anos 50 por psicólogos sociais dos Estados Unidos, mas ficou conhecido com as publicações de Rosenstock nos anos 70 e hoje é considerado um dos modelos psicossociais mais importantes da área (Dela Coleta, 2003). O objetivo do modelo é explicar comportamentos preventivos, ou seja, não é um modelo de reestruturação de crenças, mas é útil para estudar os comportamentos frente aos sintomas (Dela Coleta, 2010) e nortear caminhos para intervenções. Ele é baseado em quatro principais dimensões, sendo estas: (a) a percepção da pessoa em ser susceptível em contrair uma doença; (b) a avaliação da gravidade da doença a partir das crenças e emoções pessoais e das consequências como dor, morte, mudança no cotidiano e nas relações familiares; (c) a percepção de benefícios que são referentes tanto às crenças de efetividade da ação quanto às consequências consideradas positivas e; (d) percepção negativa da ação promocional, preventiva ou mantenedora de saúde, considerada como barreira. As variáveis demográficas, psicossociais, estruturais e os estímulos para ação medeiam as quatro dimensões, que, por sua vez, influenciam a tomada de decisão, favorecendo ou minimizando a realização da ação promotora de saúde (Barletta, 2010; Dela Coleta, 2004; Nejad, Wertheim & Greenwood, 2005).

De acordo com Malagris (1999), a forma com que a pessoa lida com a doença está diretamente ligada à forma como ela a percebe e a interpreta. Esta percepção é mediada por diversos fatores como a história de vida, experiências positivas e negativas com o adoecimento, modelos comportamentais e cognitivos aprendidos, além de vulnerabilidades pessoais e contingências ambientais. A reestruturação nesta percepção pode potencializar a emissão de comportamentos mais saudáveis. Como exemplo, os resultados da pesquisa de Faustino e Seidl (2010) com três pacientes soropositivos apontaram que os efeitos da intervenção cognitivo-comportamental são favoráveis para o aumento da adesão ao tratamento, da percepção da situação de saúde, do senso de autoeficácia, de estratégias de enfrentamento adequadas e do conhecimento sobre a doença, medicação e efeitos colaterais.

Pode-se dizer, ainda, que os aspectos emocionais, cognitivos e comportamentais também interferem de maneira direta na saúde, provocando mudanças biológicas do organismo. Estudos têm mostrado, por exemplo, que um aumento exagerado do nível de ansiedade pode elevar o risco de doenças, na medida em que aumenta a pressão na corrente sanguínea e acelera os batimentos cardíacos (Baum & Posluszny, 1999; Ciechanowski, Walker, Katon & Russo, 2002). Assim, o aspecto afetivo como sentimentos de medo, ansiedade, raiva, compaixão, entre outros, pode ser considerado como um fator central, pois além de provocar tais efeitos no organismo, também proporciona mudanças comportamentais induzidas (Godoy, 1999; Jönsson, 2010). O estresse, por exemplo, pode levar o indivíduo a utilizar o álcool como estratégia para minimizar a aversividade da situação. De acordo com a revisão sistemática de Trigo, Teng e Hallak (2007), várias pesquisas têm relacionado o consumo de álcool e outras drogas ilícitas com o nível de estresse, especialmente no contexto de trabalho, levando ao *burnout* e à dependência química.

### **A relação médico-paciente**

O aspecto relacional na abordagem cognitivo-comportamental é reconhecido como de extrema importância para o sucesso do trabalho terapêutico. Esse reconhecimento esbarra nas fronteiras do trabalho do psicólogo, atingindo a atuação de outros profissionais, inclusive do médico. Dessa forma, a relação médico-paciente pode ser chamada de terapêutica, uma vez que, através dela, podem-se maximizar efeitos positivos e minimizar efeitos negativos na construção da saúde.

Segundo Meyer e Vermes (2001), a relação terapêutica é uma importante variável que interfere diretamente no resultado do tratamento, podendo, inclusive, prever bons resultados e potencializá-los. Essas autoras apontam que um dos fatores que levam ao fracasso do tratamento está relacionado com a negligência à qualidade da relação entre o profissional e o paciente, assim como a percepção do paciente sobre este aspecto está ligada à efetividade do tratamento. De acordo com o modelo cognitivo, a forma como o indivíduo processa os eventos que ocorrem na sua vida influencia diretamente as suas respostas emocionais e comportamentais. Assim, a atribuição de significados ao evento/situação atua como uma variável mediacional entre o real e as respostas do indivíduo, e para modificar as emoções e comportamentos (respostas), faz-se necessária a intervenção sobre a forma de processar informações, isto é, sobre as cognições, esquemas e crenças dos pacientes.

A contribuição das diferentes variáveis envolvidas na geração e no prognóstico da doença vai determinar o tipo de tratamento e profissionais envolvidos. Para que a decisão mais adequada seja tomada, ambos os participantes do processo deverão interagir fazendo escolhas, traçando metas e desenvolvendo habilidades para solucionar problemas. Nesse sentido, tanto o médico quanto o paciente devem colaborar e assumir papéis de destaque. Uma relação terapêutica com qualidade faz com que médico e paciente se tornem parceiros, trabalhando com uma aliança sólida, favorecendo uma relação colaborativa.

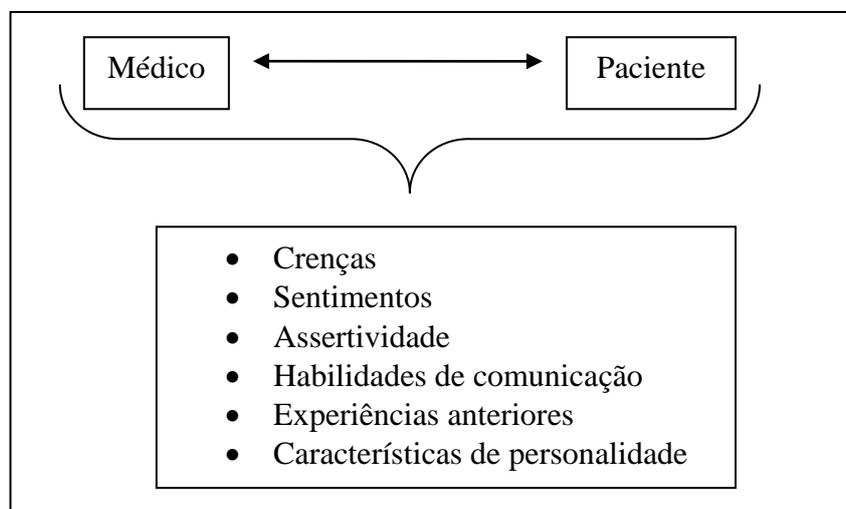
Esse tipo de relação está ligado à troca recíproca entre seus participantes, porém uma dificuldade encontrada, de acordo com Franco e Alves (2005), está nos patamares diferenciados ocupados pelo médico e pelo paciente, o que dificulta o estabelecimento de um encontro positivo e favorece uma construção vertical e hierárquica. Ainda segundo esses autores, a consequência da pouca ou nenhuma concordância entre o pedido do paciente e a problemática apontada pelo médico é o adiamento das resoluções da demanda, assim como uma busca incessante do paciente por diversos profissionais, impedindo o estabelecimento de uma relação mais positiva.

Para entender essa importância, faz-se necessário pontuar os aspectos envolvidos diretamente nessa relação. Inicialmente, falava-se de uma relação unidirecional e assimétrica, na qual a redução do conceito de doença com minimização dos aspectos culturais, sociais e psicológicos, e a ênfase no tratamento farmacológico e na aparelhagem técnica moderna colocavam o paciente no papel de vítima da doença. Nesse sentido, o paciente, além de não

ter controle, estava livre de qualquer responsabilidade sobre seu quadro clínico, o que diminuía a sua participação no processo saúde-doença.

Com uma nova noção sobre saúde, apontando para uma relação médico-paciente bidirecional e horizontal, outros componentes tornaram-se pontos fundamentais na dinâmica interpessoal. Tanto o médico quanto o paciente trazem consigo uma série de crenças, valores, necessidades específicas, características pessoais e sentimentos a respeito do outro, da situação e do que espera dela, conforme figura 1.

Figura 1. Fatores que medeiam a relação médico-paciente.



Algumas vezes, as crenças que o paciente tem a respeito da validade do trabalho médico e do tratamento são disfuncionais. Da mesma forma, o profissional credita comportamentos que o paciente deveria emitir, de acordo com suas crenças, que também podem ser distorcidas. Além disso, tanto o paciente quanto o médico, geralmente, repetem modelos antigos de relacionamento, já aprendidos e enraizados. Segundo Malagris (1999), os modelos cognitivos e comportamentais de pessoas significantes aprendidos desde a infância podem determinar respostas ao tratamento, uma vez que podem gerar reações à doença e à figura do médico. Tais reações podem ser positivas ou negativas, intensificando ou minimizando as respostas promocionais de saúde. Pode-se dizer que se as crenças negativas que o paciente tem sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o mundo são dominantes na sua percepção, então o comportamento tende a ser disfuncional e pouco adaptativo à situação. Da mesma forma, profissionais que mantêm expectativas irreais sobre os pacientes, em especial sobre aqueles

que representam um desafio, podem ter dificuldades e reações desadaptativas em relação a estes (Beck, 2007; Ciechanowski e cols, 2002).

Todos os aspectos biopsicossociais devem ser levados em consideração, uma vez que estarão norteando as ações dos participantes. Logo, para que a relação médico-paciente seja eficaz, é preciso harmonizar singularidades para chegar a um objetivo comum, o qual ambos estarão buscando. Tal postura pode minimizar os problemas e queixas do paciente. De acordo com esse raciocínio, tanto o médico quanto o paciente devem conhecer suas crenças e estratégias de lidar com elas. Quando um dos dois não as reconhece, crenças disfuncionais poderão interferir no estabelecimento de uma relação saudável. Isto ocorre porque as crenças podem provocar emoções intensas, aumentando a probabilidade de consequências negativas, como menor nível de tolerância em opiniões contrárias, sentimento de frustração com o fracasso do tratamento, priorização de vulnerabilidades do outro em detrimento de potencialidades (Malagris, 1999; McMullin, 2005).

Durante um processo de enfermidade, as crenças, sentimentos e comportamentos só poderão aparecer ou terão mais facilidade em ser pontuados na medida em que a relação estabelecida com o médico for favorável. O médico, durante uma anamnese e no decorrer do atendimento, deve estar atento para construir um vínculo que permita uma troca efetiva de informações.

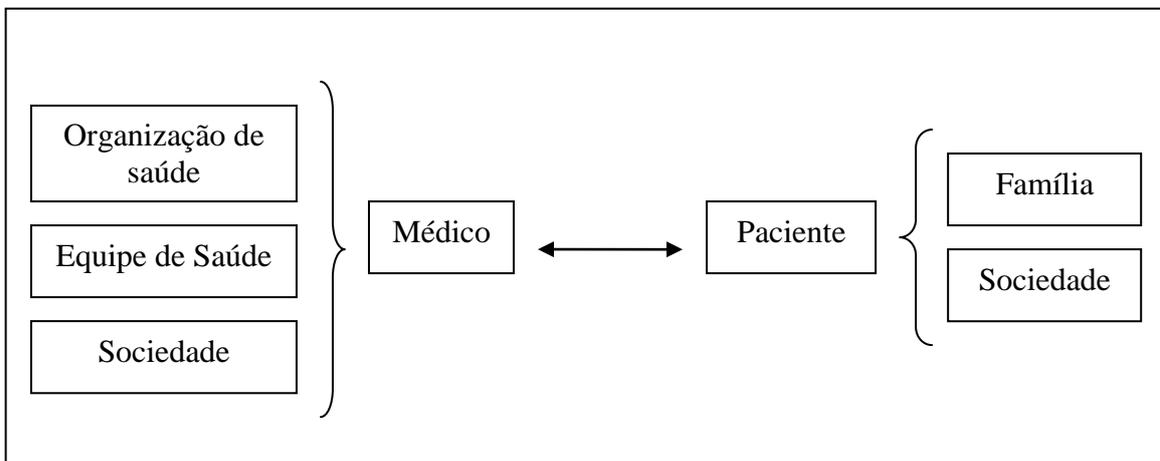
Quando se procura um atendimento de saúde, acredita-se que o médico e o paciente estão agindo de acordo com o mesmo objetivo, que é a procura pelo bem-estar do paciente. Porém, muitas vezes, este bem-estar não tem o mesmo significado para o médico e para o próprio paciente. Enquanto o primeiro tem sempre a função de agir em busca da saúde física, muitas vezes a qualquer custo, para o segundo o entendimento do bem-estar pode ser o menor dano, mesmo que isto implique a preservação do estado de doente. É através da relação médico-paciente, que essas lacunas podem ser preenchidas e esclarecidas.

A relação médico-paciente positiva permite que a mediação cognitiva se torne clara para ambos os envolvidos. Por mediação cognitiva entendem-se as mudanças que os sentimentos e comportamentos provocam nos conceitos e imagens do indivíduo sobre a situação. Da mesma forma, a relação positiva permite que os ganhos primários e secundários, assim como as perdas primárias e secundárias que estão permeando o processo saúde-doença também possam se tornar evidentes (Kwee, 1999). Entende-se por ganhos os benefícios que o paciente recebe com a situação, enquanto a perda refere-se à tensão ou estresse que o paciente sofre.

Da mesma forma, entende-se por primário os ganhos ou perdas diretamente relacionados à saúde, enquanto secundário está ligado aos ganhos ou perdas concretas além da saúde, como benefícios financeiros e esquivas de situações aversivas.

Além do médico e do paciente, os familiares, a equipe de saúde, a instituição, o contexto social e ambiental também interferem na relação. É a partir dos modelos familiares e sociais, do aprendizado anterior e de experiências sobre a doença que o indivíduo constrói suas crenças, pensamentos e comportamentos. As crenças populares sobre a medicação e a eficácia do tratamento, por exemplo, podem colocar em questão a importância e a necessidade de comportamentos promocionais de saúde (Barletta, 2003). Além disso, muitas condutas estão diretamente relacionadas com a expectativa que a organização empregadora tem do profissional. Dessa forma, a duração com que os atendimentos médicos ocorrem, assim como, a urgência dos atendimentos vão de acordo com a demanda dos hospitais e instituições de saúde (Müller, 2009). O número de atendimentos é um dos parâmetros de produção para a quantidade de recursos inseridos naquela instituição, em especial organizações públicas de saúde, conforme figura 2:

Figura 2. Dinâmica da relação de saúde.



Outro componente importante da multifatorialidade que influencia a relação médico-paciente é o suporte social. Segundo Barletta (2003), a rede de suporte social, incluindo o apoio de amigos, familiares, a equipe de saúde e o próprio médico, ajuda o paciente a dar continuidade aos comportamentos adaptativos e a lidar com os sentimentos estressantes como

de medo, raiva, depressão e ansiedade. Auxilia-o, também, no enfrentamento assertivo e na relação de modo positivo com a situação.

Para que se estabeleça uma boa relação entre o profissional e o paciente, não se pode deixar de mencionar a comunicação como aporte fundamental (Almeida, Alves, Costa, Trindade & Muza, 2005; Gask & Upherwood, 2002). Este aspecto é importante para consolidar a relação de confiança e estabelecer um vínculo positivo, tornando-se estratégia essencial para iniciar e manter um bom relacionamento entre o profissional e o paciente. Por sua vez, a relação médico-paciente, como um evento cíclico, pode minimizar os ruídos ou rompimentos que ocorrem na comunicação, em especial quando o sofrimento causado pelo estado de doença se torna insuportável. Vale ressaltar que a comunicação verbal é intensificada ou contraditada a partir da comunicação não verbal, maximizando ou dificultando seu entendimento. Assim, a comunicação pode ter mais ou menos ruídos, a partir da maneira e do contexto em que ocorre, o que, somados aos conteúdos das informações prestadas influenciam nas interpretações do desenvolvimento da saúde (Franco & Alves, 2005).

A partir de um nível adequado de comunicação, o canal fica aberto para ambos os participantes ouvirem, entenderem, discutirem, refletirem e construírem, em conjunto, habilidades e estratégias comportamentais de promoção de saúde, assim como sanar e manejar dúvidas, medos, expectativas e crenças distorcidas. Segundo Müller (2009), quanto melhor a qualidade da comunicação, maior facilidade de autorrevelação o paciente terá, aumentando a probabilidade de perguntas, minimizando o sofrimento e ansiedade e, conseqüentemente, maximizando a sensação de satisfação. Esse efeito se torna possível, uma vez que a função da comunicação vai além da pura e simples transmissão de informações. Sua função abrange também a necessidade de se fazer entender a mensagem, o que permite aos participantes do processo (profissional, paciente, familiares, equipe de saúde e organização) reverem conclusões, reconstruírem respostas cognitivas e comportamentais, anteciparem possíveis fatos, influenciarem outras pessoas e/ou eventos externos, compartilharem sentimentos, emoções e percepções (eventos internos), assim como iniciarem e modificarem processos fisiológicos corporais (Oliveira & Gomes, 2004; Santos, 2001).

A assertividade é considerada uma habilidade necessária para o profissional de saúde e para o estabelecimento de uma comunicação terapêutica. Segundo Bolsoni-Silva (2002) e Alberti e Emmons (2008), quando o emissor, neste caso, o paciente, consegue expressar

sentimentos e pensamentos para o médico (receptor), de forma adequada, ele está emitindo um comportamento assertivo. O contrário também é válido. Assim, quando o médico consegue expressar-se de forma honesta, utilizando a entonação, latência e fluência de fala apropriadas, exercendo seus direitos, sem negar os direitos do outro, procurando atingir seus objetivos, sem prejudicar a relação com o paciente, está utilizando a assertividade. Além desta característica, a empatia também é apontada como outro atributo importante para a relação médico-paciente, uma vez que possibilita a reflexão dos sentimentos trazidos pelo paciente, assim como, possibilita a expressão de apoio por parte do profissional.

A comunicação, quando se torna terapêutica, permite o aumento da confiança, do respeito e da própria empatia entre profissional e paciente (Stefanelli, 2005). Esse fortalecimento da relação permite, por sua vez, que respostas adaptativas sejam mais facilmente alcançadas, como adesão ao tratamento, enfrentamento adequado e assertivo à situação de saúde, assim como, maior probabilidade de mudanças no estilo de vida. Isto significa dizer que a comunicação terapêutica estabelecida na relação de saúde possibilita a implicação do paciente no cuidado e na responsabilidade pelo desenvolvimento de sua saúde. Como a participação direta e efetiva do paciente é pré-requisito para o bom andamento do processo, e esta participação tem maiores chances de se tornar possível a partir de um vínculo positivo, a comunicação terapêutica passa a ser um dos pontos importantes da relação, pois permite que alguns problemas tenham maior probabilidade de serem contornados.

Portanto, a partir do exposto, reafirma-se que a aliança terapêutica firmada entre paciente e médico é um dos principais pilares que sustenta relação de ajuda através da: a) informação facilitada sobre a doença, o tratamento e os efeitos colaterais, além do esclarecimento de dúvidas; b) motivação reforçada pelo médico através da comunicação verbal e da possibilidade de mudanças de atitudes negativas e prejudiciais ao tratamento, como efeito direto do modelo aprendido na relação com o profissional, assim como pelo resultado do tratamento e; c) aumento de habilidades comportamentais para lidar com o processo de adoecimento e seu tratamento, adaptando o estilo de vida individual aos comportamentos promocionais de saúde (Garcia, Lima, Gorender & Badaró, 2005).

### **Considerações finais**

A relação com o paciente vem ganhando importância na atuação em saúde, uma vez que se entende que tal aspecto é essencial para um bom prognóstico e para a promoção de

comportamentos adaptativos. Nesse sentido, a relação médico-paciente passa a ser apontada como pilar fundamental para qualquer ato médico. Uma vez que a qualidade da relação terapêutica está diretamente relacionada à efetividade do tratamento no processo saúde-doença, verifica-se a necessidade de se pensar um pouco mais sobre ela.

A relação médico-paciente é permeada por diversos fatores e variáveis que vão interferir na resposta cognitiva e comportamental dos participantes no processo de saúde. É fundamental que tanto o médico quanto o paciente estejam cientes dessas variáveis, para que possam compreender a dinâmica do processo entre o indivíduo e o meio social e ambiental. Além disso, esta compreensão torna possível a busca de formas e estratégias de enfrentamento de situações difíceis que sejam benéficas para ambos. Para tanto, é importante que o objetivo que medeia o processo saúde-doença esteja claro e que o seu estabelecimento seja comum para todos os envolvidos na relação de saúde.

Para que seja estabelecida uma relação positiva, deve-se estar atento a todas as variáveis que interferem no processo saúde-doença, em especial nas crenças distorcidas dos pacientes e nos comportamentos reforçadores dessas crenças. Geralmente tais comportamentos são de risco e irão mediar o desenvolvimento da doença.

A relação médico-paciente positiva permite o aparecimento de fatores de predisposição da doença, assim como facilita o treino de habilidades assertivas de enfrentamento, a comunicação terapêutica, a reestruturação cognitiva e a reeducação emocional, que são fundamentais para a construção de respostas adaptativas a situações aversivas.

### **Referências**

- Alberti, R. E. & Emmons, M. L. (2008). Como se tornar mais confiante e assertivo. Rio de Janeiro: Ed. Sextante.
- Almeida, H. O., Alves, N. M.; Costa, M. P., Trindade, E. M. V. & Muza, G. M. (2005). Desenvolvendo competências em comunicação: uma experiência com a medicina narrativa. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 29 (3), 208-216.
- Assad, J. E. (1993). Relação médico-paciente no final do século XX. In: *Desafios Éticos*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 104-111.
- Bandura, A., Adams, N. & Beyer, J. (1977). Cognitive process mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35 (3), 125-139, 1977. Acessado em 03/11/2010. Disponível em <http://www.des.emory.edu/mfp/Bandura1977JPSP.pdf>

- Barletta, J. B. (2003). *Treinando respostas de adesão ao tratamento de portadores de AIDS hospitalizados: um estudo exploratório*. Dissertação de mestrado não publicada. Curso de Pós-graduação em Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília, DF.
- Barletta, J. B. (2008). Psicologia da Saúde e Medicina Comportamental: foco na atuação profissional. *Cadernos de Psicologia da UFS*, X (5), 19-37.
- Barletta J. B. (2010). Comportamentos e crenças em saúde: contribuições da psicologia para a medicina comportamental. *Revista de Psicologia da IMED*, 2 (1), 307-317. Acessado em 10/10/2011. Disponível em <http://revistapsico.imed.edu.br/index.php/revistapsico/issue/view/7>
- Baum & Polslusny (1999). Health Psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*, 50, 137-163. Acessado em 28/02/2002. Disponível em: [www.bellhowell.infolearning.com/pqdauto](http://www.bellhowell.infolearning.com/pqdauto).
- Beck, J. S. (2007). *Terapia Cognitiva para desafios Clínicos: o que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2002). Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6(2), 233-242.
- Ciechanowski, P., Walker, E.; Katon, W. & Russo, J. (2002). Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, 64, 660-667.
- Crepaldi, M. A. (1999). *Bioética e interdisciplinaridade: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização*. Acessado em 22/06/2007. Disponível em: <http://www.labsfac.ufsc.br/documentos.bioética.pdf>.
- Cruz, R. M.; Schultz, V. (2009). Avaliação de competências profissionais e formação do psicólogo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(3), 117-127.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. (2003). No contexto da travessia para o ambiente de trabalho: treinamento de habilidades sociais com universitários. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 413-420.
- Dela Coleta, M. F. (2003). Escalas para medida das crenças em saúde: construção e validação. *Revista: Avaliação Psicológica*, 2 (2), 111-122. Acessado em 10/10/2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v2n2/v2n2a03.pdf>
- Dela Coleta, M. F. (2004). O Modelo de Crenças em Saúde. In Dela Coleta, M. F. (Org.) *Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde*. (pp.27-62). Taubaté, SP: Cabral Editora e Livraria Universitária.

- Dela Coleta, M. F. (2010). Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 18 (1-2), 69-78. Acessado em 14/10/2011. Disponível em <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php>
- Dultra, J. A. L. & Bastos, A. V. (2009). Trabalho, Qualificação e Competências: um desafio atual. *RBDEPA - Revista Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Administração*, 1 (2), 26-58.
- Ezequiel, O. S.; Tibiriça, S. H.; Oliviera, S. P.; Segrégio, C. A.; Souza, D.M. & Silva, L.F. (2008). Avaliação da abordagem do humanismo na relação médico-paciente, antes das mudanças curriculares e após, no curso de medicina da UFJF. *HURevista*, 34(3), 167-172.
- Faustino, Q. M. & Seidl, E. M. F. (2010). Intervenção cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento de pessoas com HIV/Aids. *Revista: Teoria e Pesquisa*, 26 (1), 121-130.
- Franco, A. L. S. & Alves, V. S. (2005). A dimensão psicossocial e a autonomia do paciente: desafios para a relação médico-paciente no programa saúde da família. *Psico*, 36 (1), 99-106
- Garcia, R.; Lima, M. G.; Gorender, M. & Badaró, R. (2005). The importance of the doctor-patient relationship in adherence to HIV/AIDS treatment: a case report. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 9(3), 251-256. Acessado em 27/08/2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bjid/v9n3/a08v9n3.pdf>
- Gask, L & Upherwood, T. (2002) ABC of psychological medicine: the consultation. *BMJ*, 324, 1567-1569. Acessado em 09/09/2007. Disponível em. <http://bmj.com/cgi/content/ful/324/7353/1567>.
- Godoy, J. F. (1999). Medicina Comportamental. In: Caballo, V.E. (Org.) *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. (pp. 765-782). São Paulo, SP: Santos Livraria Editora.
- Jönsson, B. (2010). *Behavioural Medicine perspectives for change and prediction of oral hygiene behaviour: development and evaluation of an individually tailored oral health education program*. Doctoral Dissertation, Faculty of Medicine, Uppsala University, Swiss.

- Kwee, M. G. (1999). Questões sobre a terapia multimodal. In: Caballo, V.E. (Org.) *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. (pp. 629-661). São Paulo, SP: Santos Livraria Editora.
- Löhr, S. S. & Silveiras, E. F. M. (2006). Clínica-escola: integração da formação acadêmica com as necessidades da comunidade. In: Silveiras, E. F. M. (org.) *Atendimento psicológico em clínicas-escolas*. Campinas, SP: 11-22.
- Malagris, L. E. N. (1999). Relação Médico-Paciente: uma visão cognitivo-comportamental. *Cadernos de Psicologia da SBP*, 5 (1), 77-85.
- McMullin, R. E. (2005). *Manual de Técnicas em Terapia Cognitiva*. Porto Alegre, RS: Artemed.
- Meyer & Vermes (2001). Relação terapêutica. In: Rangé, B. (org.) *Psicoterapias cognitivo-comportamental: um diálogo com a psiquiatria*. (pp. 101-110). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Müller, M. R. (2009). Aspectos relevantes da comunicação em saúde. *Psicologia IESB*, 1, 72-79.
- Nejad, L. M.; Wertheim, E. H. & Greenwood, K. M. (2005). Comparison of the Health Belief Model and the Theory of Planned Behaviour in the prediction of dieting and fasting behaviour. *E-Journal of Applied Psychology: Social Section*, 1(1), 63-74. Disponível em: <http://ojs.lib.swin.edu.au/index.php/ejap/article/viewfile/7/16> Acessado em 5/08/2010.
- Neves Neto, A. R. (2004). Medicina Comportamental. In: Brandão, M. Z. S. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição*. (p. 179-189). Santo André: Esetec, v. 14.
- Ogden, J. (2004) *Psicologia da Saúde*. 2ª edição. Lisboa: CLIMEPSI.
- Oliveira, V. Z. & Gomes, W. B. (2004) Comunicação Médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos em Psicologia*, 9 (3), 459-469.
- Pinheiro, L.M. H. (2005). A importância da psicologia para a humanização hospitalar. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 1(1), 25-35. Acessado em 15/06/2007. Disponível em: <http://br.geocities.com/revistavirtualpsicopio>.
- Ribeiro, J. L P. (2007). Introdução à psicologia da saúde. 2ª. edição. Lisboa: Editora Quarteto.
- Robertson, R.; Dixon, A. & Legrand, J. (2008). Patient Choice in general practice: the

- implications of patient satisfaction surveys. *Journal of Health Service, Research and Policy*, 13(2), 67-72.
- Rodríguez, C.A.; Kolling, M. G. & Mesquida, P. (2007). Educação e Saúde: um binômio que merece ser resgatado. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31 (1), 60-66.
- Rutter, D. & Quine, L. (2002). Social cognition models and changing health behaviours. In: Rutter, D & Quine, L. (orgs.) *Changing health behavior intervention and research with social cognition models*. Great Britain: Biddles Limited, Guildford and King's Lynn. Acessado em: 18 de outubro de 2010. Disponível em: [www.openup.co.uk](http://www.openup.co.uk)
- Salgado, J. V; Salgado, C. A. & Salgado, J. A. (2002). A relação médico-paciente na história da medicina. In: Ferreira, E. C.; Ribeiro, M. M. F. & Leal, S. S. *Clínica Médica – Relação Médico-Paciente*, vol. 2, no. 1. Ed.: Medsi Editora Médica e Científica, LTDA. Acessado em 20/03/04. Disponível em: <http://www.bibliomed.com.br/book/showchptrs.cfm?bookid=143&bookcatid=15>
- Santos, A. C. A. (2001) *Consulta Médico-Paciente: Um Estudo sobre aspectos comunicacionais da relação de cuidado em saúde*. Dissertação de mestrado não publicada. Curso de Pós-graduação em Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília, DF.
- Stefanelli, M. C. (2005). Introdução à comunicação terapêutica. In: Stefanelli, M. C. & Carvalho, E. C. (Orgs.) *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. (pp. 62-72). Barueri, SP: Ed. Manole.
- Trigo, T. R.; Teng, C.T. & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (5), 223-233. Acessado em 10/10/2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n5/a04v34n5.pdf>

## CAPÍTULO III

“Os médicos se valem de medicamentos que pouco conhecem, para curar doenças que conhecem menos ainda, em seres humanos dos quais nada sabem.”  
François Marie Arouet Voltaire (1694 – 1778)

### ARTIGO II - A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL

Artigo submetido ao periódico “Revista Médica de Minas Gerais” (ISSN 0103-880X). Autoria: Barletta, J.B.; Gennari, M. S.; Murta, S. G.; Cipolotti, R.

#### Resumo

A relação médico-paciente é uma ferramenta essencial na prática clínica. Este artigo tem por objetivo descrever a produção nacional sobre o tema, a partir de uma revisão integrativa das publicações científicas brasileiras dos últimos 20 anos. Foi realizado o levantamento em quatro bibliotecas eletrônicas: PEPSIC, SCIELO, BVS e Portal de Periódicos da CAPES, utilizando os descritores relação médico-paciente OR relações médico-paciente. Foram encontrados 151 artigos cujo foco principal era a inter-relação ou um aspecto dessa interação. Houve um aumento de interesse na temática na última década, sendo 43% das publicações são artigos teóricos e 47,7% pesquisas não experimentais. O principal referencial teórico encontrado foi a psicanálise e a comunicação a habilidade mais discutida. As maiores lacunas encontradas foram a falta de pesquisas com delineamento experimental e a falta de instrumentos adequados de medição e avaliação de aspectos da relação médico-paciente. Sugere-se que sejam feitas novas revisões mais abrangentes e robustas.

**Palavras-chave:** Revisão integrativa, relações médico-paciente, Brasil

#### Abstract

The doctor-patient relationship is an essential tool in clinical practice. This article aims to describe the Brazilian scientific production on the topic from an integrative review of Brazilian scientific publications of the last 20 years. This study was based on four electronic libraries: PEPSIC, SCIELO, BVS and the CAPES' Periodicals Portal. The keywords applied were *relação médico-paciente* or *relações médico-paciente* (doctor-patient relationship or

doctor-patient relationships). 151 articles were found, the main focus of which was that interrelationship or one aspect of such interaction. The volume of literature in the subject increased in the last decade: 43% of which were theoretical articles, and 47.7% were non-experimental research. The main theoretical reference found was psychoanalysis; communication skills, on its turn, was the most discussed topic. The major issues were a lack of experimental design-based research and a lack of appropriate measurement tools and assessment on certain aspects of the doctor-patient relationship. Therefore, more consistent, comprehensive reviews on this topic are suggested.

**Keywords:** Integrative review, doctor-patients relationship, Brazil.

### **Introdução**

A relação médico-paciente sempre fez parte do atendimento em saúde, ainda que os diferentes paradigmas regentes influenciassem quanto à relevância dada ao tema. Dessa forma, nos primórdios da profissão médica a relação interpessoal era o principal instrumento de trabalho do profissional, mas com a evolução tecnológica e o fortalecimento da medicina científica, a interação passou a ser um elemento de pouca importância<sup>1,2</sup>. Nesse contexto, a relação interpessoal passou a ser estabelecida considerando a hierarquia, priorizando o conhecimento científico e aspectos biológicos do processo de adoecimento<sup>3</sup>. Essa perspectiva foi incorporada na prática e na formação médica, cujo foco estava nas habilidades analítica e instrumental, o qual foi considerado suficiente para qualificar o profissional durante muito tempo.

Com as mudanças sociais e tecnológicas da informação, mais uma vez o peso sobre a relação interpessoal no contexto de saúde foi transformado, sendo novamente valorizado como uma variável fundamental para a formação de um bom profissional<sup>4</sup>. Nesse novo momento, o questionamento ao modelo biomédico de atenção à saúde, as novas demandas dos pacientes, em especial quanto ao contato interpessoal e a importância do comportamento na manutenção da saúde e o maior acesso ao conhecimento de etiologia, tratamento e prognósticos de doenças exigiram que os profissionais adotassem diferentes posturas<sup>5</sup>. Em um nível mais amplo, as questões contextuais, como as regras institucionais, planos de saúde, exigências da saúde pública e aspectos culturais reforçam a necessidade de maior manejo no tratamento relacional por parte dos profissionais<sup>3</sup>.

Assim, essa interação tem sido bastante ressaltada na literatura mundial e nacional como um suporte essencial para a boa prática clínica<sup>6,7</sup>, o que por sua vez, tem gerado estudos a fim de identificar aspectos importantes envolvidos no processo de atendimento e de desenvolver métodos adequados de ensino. Na busca de alternativas, modelos que valorizassem a humanização no atendimento passaram a ser vistos como possíveis caminhos para a mudança, inicialmente com aqueles baseados na Medicina Psicossomática, uma disciplina médica que identifica a etiologia de doenças e sintomas corporais em fatores emocionais e psicológicos, pautados na interpretação psicanalítica<sup>8</sup>. Essa perspectiva na clínica médica deu origem ao campo da Psicologia Médica, que tem por objetivo principal estudar as relações terapêuticas interpessoais entre o médico e seu paciente<sup>9</sup>. Mais recentemente, outras explicações teóricas também têm sido utilizadas.

Sabe-se que essa relação, quando estabelecida de forma positiva e de qualidade, favorece comportamentos promocionais à saúde como o aumento da adesão ao tratamento, da confiabilidade no profissional, do esclarecimento de dúvidas e da diminuição de emoções negativas e exacerbadas. Para tanto, dentre os vários aspectos envolvidos na relação interpessoal, independente do suporte teórico, ressalta-se a habilidade de comunicação como uma das principais estratégias para o estabelecimento de uma interação considerada adequada com o paciente. A literatura considera essa habilidade essencial para o sucesso do tratamento e um atributo necessário ao médico<sup>7,10</sup>. Isto pode ser visto nos guias de conduta médica utilizados no país e no mundo de associações médicas. O *Calgary-Cambridge Guide*<sup>11</sup>, utilizado internacionalmente como referência, apresenta uma seção para o processo de comunicação. O guia de Relação médico-paciente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo<sup>12</sup> aponta a importância da habilidade de informar de maneira adequada, clara e objetiva, assim como, a qualidade da anotação em prontuário. O respeito aos valores éticos e pessoais, como o consentimento informado e a livre escolha para participar ou não do procedimento médico pelo paciente, também são contemplados neste guia. Da mesma forma, o *Good Medical Practice*<sup>13</sup> disponibiliza uma seção sobre a relação com o paciente o qual ressalta a necessidade de uma comunicação eficiente, incluindo comportamentos de ouvir o paciente, responder as suas dúvidas e preocupações; informar de maneira clara e progressiva e confirmar o entendimento do paciente sobre a saúde. Apontam ainda comportamentos como educação, honestidade, confidencialidade, confiança e a promoção da participação do paciente na tomada de decisão.

Segundo Barros et al.<sup>3</sup> vários atributos dos médicos podem favorecer a relação com o paciente, dentre os quais se incluem posturas, comportamentos e habilidades que validam as emoções, acolhem a pessoa, assim como compreendem sua perspectiva para a tomada de decisão. Dessa forma, uma série de habilidades e atitudes são citadas na literatura como importantes nessa relação como: a empatia, a assertividade, resolução de problemas, manejo de sentimentos, a autonomia, a expressão de afeto e a demonstração de interesse pela outra pessoa e por suas necessidades.

Outro aspecto mencionado na literatura é o nível de satisfação do paciente como indicador de qualidade da relação de ajuda e dos serviços prestados<sup>14</sup>. De acordo com Barros, et al.<sup>3</sup> as mudanças atuais que horizontalizam a hierarquia na consulta médica, tornando-a mais equilibrada devido ao maior acesso de informações do paciente e ao menor status social e condição financeira da profissão médica, caracterizam esse indicador como um critério válido para essa medição. Além disso, o paciente ao avaliar uma consulta médica, ressalta a habilidade afetiva do profissional mesmo que também aponte aspectos técnicos<sup>15</sup>.

Uma vez que a relação médico-paciente tem sido constantemente resgatada como uma ferramenta essencial na prática profissional e há pouca sistematização sobre o que tem sido investigado no Brasil sobre a temática, surge a necessidade de identificar os achados acadêmicos. Portanto, este artigo tem como objetivo descrever a produção nacional, a partir de uma revisão integrativa das publicações científicas acerca da relação médico-paciente. Este tipo de revisão permite incluir trabalhos experimentais e observacionais, assim como, textos teóricos e empíricos. É também um trabalho amplo, com uma multiplicidade de propostas, que tem por intuito gerar um panorama do problema<sup>16</sup>.

### **Método**

Foi realizado um levantamento das publicações nacionais em quatro importantes bibliotecas eletrônicas: Periódicos Eletrônicos em Psicologia – PEPSIC, Scientific Electronic Libery Online – Scielo, Portal de Periódicos da CAPES e a Biblioteca Virtual em Saúde - BVS. A busca foi realizada a partir dos termos “relação médico-paciente” OR “relações médico-paciente” que poderiam estar no título, palavras-chave, resumo ou assunto. Foram encontrados seis trabalhos no PEPSIC, 81 no SCIELO, 395 no Portal de Periódicos e 552 na BVS, totalizando 1.034 textos.

Como critérios de inclusão os textos deveriam: a) ser artigos científicos publicados em revistas indexadas; b) pelo menos um dos autores deveria ser afiliado a uma instituição nacional; c) quando relatos de pesquisas, estas deveriam ter sido realizadas no Brasil e; d) ter sido publicado nos últimos 20 anos, isto é, entre 1993 e julho de 2012. Como critérios de exclusão foram subtraídos os textos de opinião, de ponto de vista, de correspondência, resumos de teses e dissertações ou a tese completa, assim como, artigos duplicados que fossem encontrados na mesma ou em outra biblioteca eletrônica ou que tivesse sido publicado em periódicos distintos. Nesse caso, os artigos eram contabilizados apenas uma vez. Pesquisas e artigos que versassem sobre a relação entre o paciente e profissionais de saúde, e que excluíssem a medicina também foram retirados da análise.

Após a localização dos artigos, os resumos foram entregues a dois pesquisadores separadamente, que identificaram e classificaram em dois grupos: a) grupo A: foco na relação médico-paciente: àqueles que tinham como objetivo primordial analisar e/ou promover a interação do médico e seu paciente ou algum aspecto e/ou habilidade específica dessa relação e; b) grupo B: relação médico-paciente tangencial: os artigos que tinham por objetivo estudar outro tema e como resultado ou aspecto tangencial apontasse a relação médico-paciente. Ao final, foi realizada uma reunião de consenso entre esses dois pesquisadores, a fim de definir em qual grupo ficariam os textos em que houve discordância.

Para análise dos resultados, quatro questões nortearam o processo: identificar o interesse na temática, o tipo de publicação, o embasamento teórico e os aspectos da relação médico-paciente estudados. Para identificar o interesse buscou-se ano de publicação, periódico, idioma, autor e instituição afiliada. Para identificar o tipo de publicação buscou-se área de publicação, formação do autor e características metodológicas do estudo. Para identificar as orientações teóricas e os aspectos relacionais estudados buscou-se a explicitação da sustentação teórica e do objeto de estudo.

## **Resultados**

Do total de 231 textos filtrados nos critérios de inclusão e exclusão, 151 artigos foram incluídos no grupo A, analisados a partir de seus resumos e quando necessário foram lidos na íntegra. O interesse sobre o tema aumentou consideravelmente nos últimos dez anos, com um crescimento no número de publicações. Nesse período concentram-se 124 artigos (82,12%), sendo 65 publicações (43%) aparecem a partir de 2009, conforme Figura 1. Além disso, os

periódicos que mais deram ênfase a essa temática foram: Revista Brasileira de Educação Médica com 28 publicações (18,54%), Revista de Bioética com 16 publicações (10,6%), Cadernos de Saúde Pública com 13 publicações (8,6%), Interface com 11 publicações (7,3%) e Ciência e Saúde Coletiva com 10 publicações (6,6%).

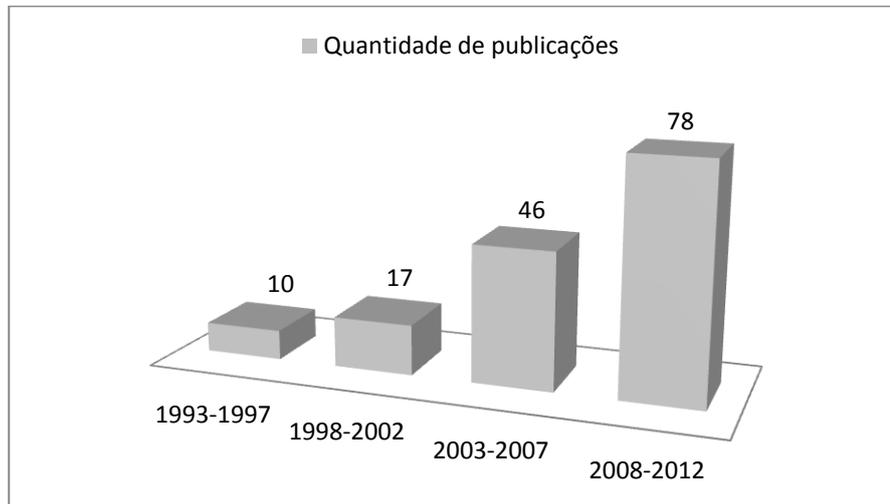


Figura 1. Distribuição dos artigos por período de publicação.

A maior parte dos autores é da área médica, sendo que dez textos tem participação de psicólogos, dois de cirurgiões dentistas, dois de enfermeiros e um de fonoaudiólogo. Sobre os tipos de texto, 65 artigos eram teóricos (43%), nove eram relatos de experiência (5,96%), quatro revisões sistemáticas de literatura (2,65%) e apenas um texto sobre análise de instrumento. As outras 72 pesquisas (47,69%) apresentadas são referentes a estudos não experimentais<sup>17</sup>, conforme Figura 2.

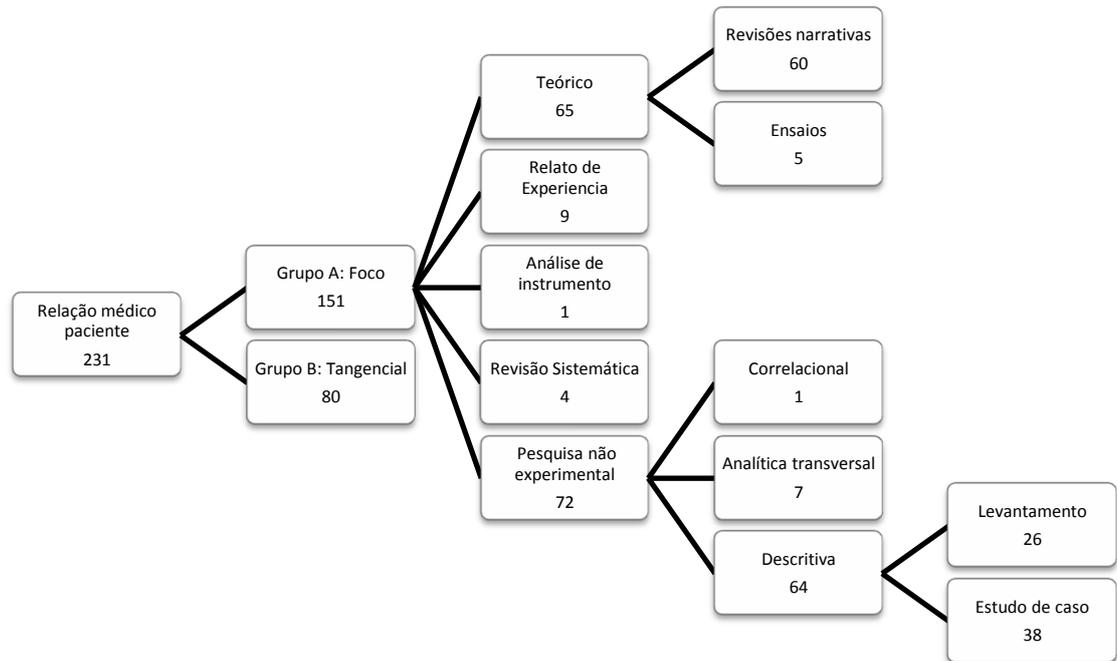


Figura 2. Artigos de relação médico-paciente

As quatro revisões sistemáticas incluíram trabalhos nacionais e internacionais, e versaram sobre dois temas: comunicação e satisfação. Já os relatos de experiência discorreram sobre atividades de ensino. As pesquisas apareceram com maior intensidade a partir do ano de 2004, contemplando 66 trabalhos (85,71%) até 2012, sendo 38 publicações a partir do ano de 2009 (50,70%).

Destas, 60 pesquisas (77,93%) utilizaram um instrumento de coleta de dados construído especificamente para o trabalho em questão, um trabalho utilizou o relatório de alunos, três aplicaram instrumentos já validados e oito fizeram observação do comportamento. Como procedimento, 60 pesquisas aplicaram o instrumento face a face (83,33%), sendo que quatro deles ocorreram em grupos focais; dois enviaram por correio e um fez o convite por e-mail para responder em uma plataforma eletrônica. Dentre os 38 estudos qualitativos, a análise de conteúdo foi o método avaliativo de escolha da maioria dos trabalhos (71%).

Apenas 88 artigos explicitaram o referencial teórico (58,28%), sendo que a psicanálise esteve presente em 33 artigos (37,5%), seguido de 14 publicações pautadas nos princípios bioéticos (15,9%). As teorias que apareceram em menor escala foram as cognitivo-comportamentais em dois textos, e o modelo ecológico do desenvolvimento, a análise comportamental, o interacionismo teórico e a teoria do poder simbólico em apenas um texto cada. Do total de artigos, 30 relacionaram a temática com o ensino (19,86%).

O aspecto mais estudado foi comunicação, o qual apareceu em 42 artigos como principal objeto de estudo (27,82%), seguido da humanização (16,55%), autonomia do paciente (7,95%), atitude (7,28%), satisfação (6,62%) e mecanismos psicanalíticos, como transferência e contratransferência (7,28%). Quatro textos discutiram as implicações do avanço tecnológico da informática e da internet na comunicação, humanização e/ou autonomia na interação do médico e do paciente. Alguns pontos importantes que interferem diretamente nessa relação foram descritos em dois textos cada um como objeto principal de estudo: fatores contextuais como regras institucionais, empatia, efeito placebo e iatrogenia. A violência contra o médico, a continuidade interpessoal e o erro médico apareceram em um texto cada.

Foram publicadas versões em diferentes línguas de nove artigos por alguns periódicos: (a) SP Medical Journal e Arquivos Brasileiros de Oftalmologia publicaram versões de artigos em português, inglês e espanhol; (b) a Revista da Associação Médica Brasileira, Interface e Revista de Saúde Pública soltaram versões em português e inglês, e; (c) a Revista Brasileira de Anestesiologia e Revista Latino-americana de Enfermagem publicaram apenas em inglês, conforme Figura 3.

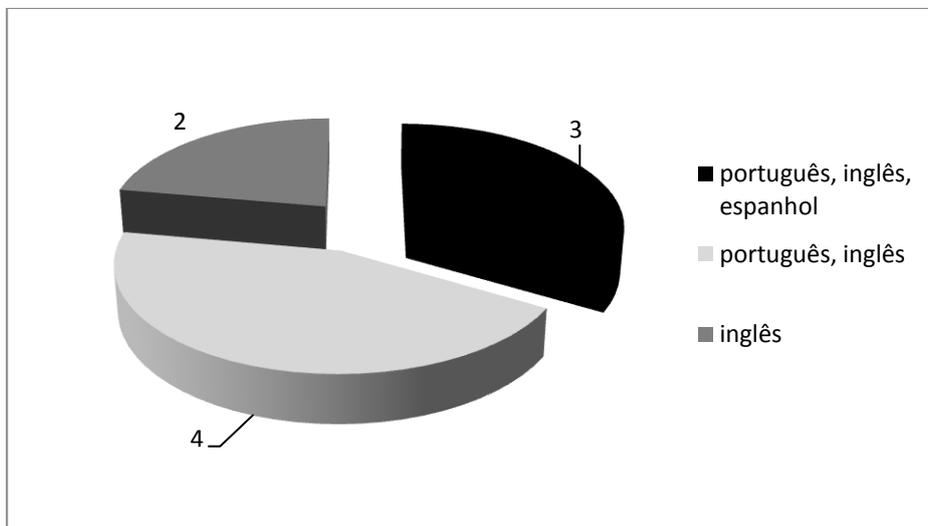


Figura 3. Versões em diferentes línguas

Os resultados apontaram 75 diferentes institucionais nacionais vinculadas aos trabalhos com relação médico-paciente, em todas as regiões do país, ainda que

predominassem as regiões sul (34 instituições) e sudeste (22). Porém, as instituições com maior número de produções estão alocadas nas regiões sudeste e nordeste, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Quantitativo de produções por instituições.

<b>Instituição</b>	<b>Quantitativo de publicações</b>
Universidade de São Paulo	13
Universidade Federal de São Paulo	9
Universidade Estadual do Rio de Janeiro	7
Escola Nacional de Saúde Pública/FioCruz	7
Universidade Federal da Bahia	7
Universidade Estadual de Campinas	6
Universidade Estadual do Ceará	6

Quanto à formação profissional dos autores, em 10 publicações há participação de psicólogo, em dois textos de dentistas e de enfermeiros, e em um de fonoaudiólogo. Os demais autores são médicos ou estudantes de medicina

### **Discussão**

O grande quantitativo de textos sobre o assunto reforça a valorização da temática, em especial nos últimos anos, com o intenso questionamento do modelo biomédico de atendimento à saúde e a ênfase dada às questões de humanização na saúde. Essa mudança de paradigma está clarificada em diversos artigos, que trazem a discussão da nova postura frente ao entendimento de saúde e de responsabilidade nos cuidados de saúde<sup>1</sup>. Apesar disso, verifica-se que o interesse concentra-se em profissionais da área médica, com poucos pesquisadores de outras áreas de interface.

Uma vez que a relação entre comportamento e desenvolvimento de doenças tem sido reforçada como um fator importante<sup>8</sup>, a interação interpessoal entre o médico e o paciente deveria ser um foco de estudo da psicologia. Porém, os resultados identificaram a baixa participação desses pesquisadores e de publicações em periódicos de psicologia. Esse resultado pode sugerir uma lacuna na interdisciplinariedade, desfavorecendo a discussão sobre a relação médico-paciente a partir de diversos olhares, já que essa é uma temática de intersecção entre várias disciplinas.

Sempre que novas demandas exigem mudança, inicialmente surge o debate, a discussão, o aprofundamento de explicações teóricas e conceituais que sustentem posicionamentos alternativos. Uma das teorias mais presentes é a psicanálise, tanto em textos que discutem mecanismos psicanalíticos específicos como em discussões sobre resultados de pesquisas e relatos de experiência. Uma das explicações está na contribuição da Psicologia Médica, uma disciplina da medicina e uma das precursoras dessa discussão, que se baseia na compreensão psicanalítica e tem como um dos principais objetivos analisar a relação médico-paciente. Dentro desta perspectiva, um dos destaques está no grupo Balint que oportuniza a reflexão da relação interpessoal a partir de aspectos do profissional e tem sido bastante ressaltada no ensino médico<sup>8,9</sup>. Nos últimos anos, essa discussão tem sido abrangida por outros enfoques teóricos. Há apenas dois artigos com a perspectiva cognitivo-comportamental<sup>3,18</sup>; três fenomenológicos<sup>19-21</sup> e um utilizando a concepção psicodramatista<sup>22</sup>.

Apesar disso, um aspecto importante foi a falta de indicação ou inclusão do referencial teórico em 63 artigos (41,7%). Segundo a revisão de Santos et al.<sup>14</sup> esse é um dos critérios científicos importante a ser explicitado, uma vez que determina a validade de um construto e tem a finalidade de nortear a realização de todo o processo do estudo. Apesar disso, esses autores reconhecem que sua inexistência não invalida o conhecimento descrito, mas limita a interpretação dos dados. Em seu estudo, encontraram 12 artigos sem referencial teórico de um total de 14 publicações analisadas, o que sugere pouca ênfase dada a este quesito.

Entende-se que o segundo passo, após um aprofundamento teórico, é conhecer dados empíricos para nortear atuações embasadas no saber científico e que sejam adequadas ao contexto. Acredita-se que este tenha sido um caminho trilhado pelos estudiosos preocupados com a temática, uma vez que as pesquisas apareceram com grande ênfase após o ano de 2009. O que se verificou foi a condução de pesquisas observacionais. Esse desenho de pesquisa é importante para identificar as necessidades da área, o que por sua vez possibilita maior conhecimento sobre a realidade para suporte de elaboração de programas de treinamento e ensino adequados e sistemáticos. Porém, não houve nenhuma pesquisa com delineamento experimental que permitisse certificar os efeitos da intervenção. Mesmo nos relatos de experiência, foi verificada a pouca sistematização do processo. Alguns trabalhos se propuseram a avaliar o treinamento, porém sempre a partir da percepção do participante<sup>23</sup>. Uma revisão sistemática sobre treinamento de comunicação de más notícias para médicos

identificou 85 publicações, sendo sete controladas e quatro indicando melhora. Vale ressaltar que todas eram estrangeiras<sup>24</sup>.

Os resultados desta revisão integrativa mostraram que a maior parte das pesquisas utilizou um instrumento construído pelo grupo de pesquisadores para o trabalho em questão, mas sem validação. Ainda que esse tipo de instrumento esteja adequado à proposta de pesquisa qualitativa e descritiva<sup>17</sup>, fica a dúvida se realmente responde a questão do estudo. Este parece ser o “calcanhar de Aquiles” da pesquisa de relação médico-paciente no Brasil. Uma dificuldade está na falta de instrumentos nacionais que mensurem aspectos importantes da interação interpessoal no contexto de saúde, como a empatia<sup>2</sup>. Ainda assim, sabe-se que alguns inventários e escalas foram desenvolvidas e validadas no país por grupos de pesquisadores da psicologia, como o Inventário de Habilidades Sociais<sup>25</sup> e a Escala de Empatia<sup>26</sup>. Talvez a promoção de maior entrosamento interdisciplinar possa diminuir essa lacuna. Esta é uma etapa que precede as pesquisas experimentais de avaliação de programas de desenvolvimento inter-relacional<sup>27</sup>. Corroborando a ideia que a construção e validação de instrumentos ainda são lacunas na pesquisa brasileira, apenas um artigo se propôs a analisar um instrumento ao avaliar a estrutura dimensional de uma escala de satisfação com o processo interpessoal no contexto médico<sup>28</sup>.

Os resultados mostraram que a preferência é a realização de pesquisas face a face, de maneira presencial, mesmo com a modernização da informática e globalização virtual. Apenas uma pesquisa utilizou uma plataforma eletrônica para coletas de dados. O pouco uso da internet como veículo da pesquisa vai à contramão do intenso e acelerado desenvolvimento da tecnologia de informação. Atualmente, a informatização virtual tem exigido maneiras diferentes de posicionamento do profissional e do paciente<sup>4,29</sup>. Porém, a discussão sobre essa influência também foi vista em uma pequena quantidade de artigos, o que levanta uma questão sobre a manutenção do modelo tradicional de relacionamento interpessoal.

A comunicação tem sido a habilidade mais destacada na literatura como essencial para a qualidade da relação médico-paciente. Um dos motivos está nos benefícios que podem ser alcançados por uma comunicação considerada terapêutica. Porém, outras habilidades interpessoais são necessárias para potencializar a comunicação, como a empatia, a civilidade e a assertividade. Todas essas habilidades facilitam a coleta de informações, o estabelecimento de um plano de tratamento e a construção do vínculo de confiança<sup>18</sup>. Ainda que haja um olhar

crescente pela empatia, acredita-se que outras habilidades e atributos ainda estejam pouco valorizados no interesse dos estudiosos.

Uma característica ainda incipiente, mas que pode sugerir uma nova tendência é a publicação de mais de uma versão do mesmo artigo em línguas diferentes. Essa pode ser considerada uma boa estratégia à medida que favorece o acesso de pesquisadores e estudantes brasileiros, assim como, possibilita a internacionalização e uma inserção dos trabalhos no meio acadêmico internacional. Uma das exigências aos pesquisadores é manter a produtividade em revistas de impacto e os periódicos internacionais permitem o diálogo com estudiosos de outras localidades, mas diminuem o acesso ao público interno. Por outro lado, a publicação unicamente em língua portuguesa restringe a troca com os pesquisadores externos, ainda que favoreça a produção interna.

Um dado que traduz a produção nacional foi o maior número de pesquisadores e estudiosos da área estarem filiados a instituições das regiões sul e sudeste. A novidade está nas instituições que mais produzem, apontando as nordestinas como destaque após as tradicionais instituições de São Paulo e do Rio de Janeiro. Em seis delas diversos pesquisadores e/ou grupos tem interesse no tema, mas verificou-se que na Universidade Estadual do Ceará todos os trabalhos estão associados a um pesquisador, mesmo que apareçam com diferentes coautores.

Uma dificuldade durante a análise das publicações foi a contradição de informações encontradas nos resumos e corpo do texto, o que justificou dois pesquisadores fazerem seleção dos textos e reunião de consenso. Como exemplo, alguns artigos informaram descritores e sítios onde houve a busca do material científico apenas nos resumos, sendo inicialmente elencados como revisões sistemáticas. Porém, com a leitura do texto na íntegra, verificou-se que as seções de metodologia e resultados sistematizados foram ignoradas, o que descaracterizava o tipo de revisão proposto. Por outro lado, nessa mesma linha de raciocínio, verificou-se a falta de informações nos resumos, o que também fortaleceu a leitura na íntegra da publicação. Hartley<sup>30</sup> sugere que o resumo estruturado pode melhorar sua qualidade e facilitar a leitura. As informações erradas, especialmente no que diz respeito ao delineamento de pesquisa, também foram comuns, o que pode indicar um ponto negativo na produção desse conhecimento.

### **Considerações finais**

Esse trabalho se propôs a analisar a produção nacional sobre a relação médico-paciente, a partir de artigos científicos publicados em revistas indexadas nos últimos 20 anos. A importância de uma revisão sistemática está na utilidade de seus dados. A partir de um resumo das informações disponíveis, este tipo de estudo permite conhecer o estado da arte, identificar lacunas e benefícios já alcançados na pesquisa, consolidar construtos e indicar caminhos a serem seguidos. Portanto, considera-se a presente revisão sistemática de grande valia, já que a relação médico-paciente é uma temática essencial no atual contexto de saúde.

Verificou-se que é preciso investir em desenvolvimento e validação de instrumentos capazes de mensurar aspectos da relação médico-paciente de maneira mais confiável, assim como, iniciar pesquisas de intervenção e de delineamento experimental. Esse tipo de mensuração se faz importante especialmente para o ensino médico, visto que possibilita avaliar os protocolos já existentes, assim como adaptá-los ao contexto de aprendizagem e desenvolver de treinamentos adequados e eficazes.

Uma dificuldade encontrada foi na qualidade da escrita dos trabalhos, com informações ausentes ou controversas. Sugere-se que esse possa ser um novo critério para uma futura análise da produção sobre a temática. Além disso, algumas limitações podem ser apontadas nesse estudo, como a perda de publicações de pesquisadores brasileiros em revistas estrangeiras, já que as bibliotecas selecionadas para o levantamento focam prioritariamente periódicos nacionais. Portanto, sugere-se que seja realizada uma busca em outras fontes de periódicos, a fim de ampliar essa rede.

Outra possibilidade é a busca nos currículos Lattes dos principais dos autores que mais publicam na área, como forma de potencializar o acesso aos trabalhos. Incluir essa estratégia pode facilitar o acesso às produções mais recentes, nacionais e internacionais, às teses e dissertações e aos livros, já que há uma forte produção da temática nesses formatos. Por último, sugere-se que outro estudo de revisão sistemática sobre o assunto inclua descritores sobre os aspectos mais estudados na literatura, como atitude, humanização, comunicação, satisfação e autonomia do paciente, tornando a estratégia de busca mais robusta e abrangente.

### **Referências**

1. Batista CC, Goldim JR, Fritscher CC. Bioética Clínica: ciência e humanidade. *Sci Med*. 2005; 15(1):52-59.

2. Costa FD, Azevedo RC. Empatia, Relação Médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Rev Bras Educ Med.* 2010;34(2):261-69.
3. Barros PD, Falcone EM, Pinho VD. Avaliação da empatia médica na percepção de médicos e pacientes em contextos público e privado de saúde. *Arq Ciênc Saúde.* 2011;18(1):36-43.
4. Vieira SB, Vieira GB, Lopes R. A relação médico-paciente no contexto da saúde como produto. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2008; 4(14): 102-108.
5. Binz MC, Filho EW, Saupe R. Novas tendências, velhas atitudes: as distâncias entre valores humanísticos e inter-relações observadas em um espaço docente e assistencial. *Rev Bras Educ Med.* 2010;34(1):28-42.
6. Murphy J, Chang H, Montgomery JE, Rogers WH, Safran DG. The quality of physician-patient relationships. *J Fam Practice.* 2001;50(2):123-29.
7. Grosseman S, Stoll C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32(3):301-08.
8. Almeida RA, Malagris LE. A prática da psicologia da saúde. *Rev SBPH.* 2011;14(2):183-202.
9. Sousa DE. Anotações sobre a relação médico-paciente: um ponto de vista psicanalítico. In: Branco RF, ed. *A relação com o paciente: teoria, ensino e prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. P. 33-39.
10. Perosa GB, Ranzini PM. Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança. *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32(4):468-473.
11. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guides.* *Acad Med.* 2003; 78(8):802-09.
12. Conselho Regional de Medicina do Estado de SP. *Guia da Relação Médico-Paciente.* São Paulo: CREMESP, 2001.
13. General Medical Council. *Good Medical Practice: guidance for doctors.* UK: General Medical Council, 2006.
14. Santos JA, Inoue KC, Seleglim MR, Matsuda LM. Análise da qualidade da produção científica referente à satisfação do cliente/paciente. *Invest Educ Enferm.* 2010;28(3):405-15.

15. Périgo GV, Grosseman S, Robles AC, Stoll C. Percepção de mães sobre a assistência prestada a seus filhos por estudantes de medicina da 7a. fase: estudo de caso no ambulatório de pediatria de um Hospital Universitário. *Rev Bras Educ Med.* 2006; 30(2):49-55.
16. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010; 8(1): 102-06.
17. Cozby PC. Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento. [Gomide PI, Otta E. Trads.] São Paulo: Atlas, 2003.
18. Barletta JB, Gennari MS, Cipolotti R. A perspectiva cognitivo-comportamental dos aspectos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente. *Psicol Rev.* 2011;17(3):396-413.
19. Oliveira VZ, Oliveira MZ, Gomes BW, Gasperin C. Comunicação de diagnóstico: implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. *Psicol Estud.* 2004; 9(1):9-17.
20. Rossi PS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. *Interface - Comunic Saúde Educ.* 2006;10(19):93-102.
21. Ostermann AC, Souza J. Contribuições da análise da conversa para os estudos sobre o cuidado em saúde: reflexões a partir das atribuições feitas por pacientes. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(7)1521-33.
22. Jucá NB, Mendes LS, Martins BV, Silva CM, Lino CA, Augusto K, Caprara A. A comunicação do diagnóstico "sombrio" na relação médico-paciente entre estudantes de medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2010; 34(1):57-64.
23. Garcia JA, Rampim DB, Schor P, Silva JF. Avaliação da Disciplina Observação da Prática Médica pelos Graduandos de Medicina da Unifesp — Escola Paulista de Medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2010;34(4):542-48.
24. Nonino A, Magalhães SG, Falcão DP. Treinamento Médico para Comunicação de Más Notícias: Revisão da Literatura. *Rev Bras Educ Med.* 2012;36(2):228-33.
25. Del Prette A, Del Prette Z. Inventário de Habilidades Sociais: manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

26. Falcone EM, Ferreira MC, Luz RC, Fernandes CS, Faria C., D'Augustin JF, Sardinha A, Pinho VD. Inventário de Empatia (IE): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Aval Psicol.* 2008;7(3):321-34.
27. Abreu S. O estado da arte da da pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil. [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia; 2012.
28. Nascimento MI, Reichenheim ME, Monteiro GT. Estrutura dimensional da versão brasileira da Escala de Satisfação com o Processo Interpessoal de Cuidados Médicos Gerais. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(12):2351-63.
29. Maciel-Lima SM. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(2):502-511.
30. Hartley J. New ways of making academic articles easier to read. *Int J Clin Hlth Psych.* 2012;12(1):143-160.

## CAPÍTULO IV

“Uma consulta deve durar uma hora.  
Durante dez minutos ausculte os órgãos  
do paciente. Nos cinquenta minutos  
restantes, sonde-lhe a alma.”  
Maimônides  
Médico mouro – século XII

### ARTIGO III - THE TEACHING-LEARNING PROCESS OF DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP IN BRAZIL: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Artigo submetido ao periódico “BMC Medical Education” (ISSN 1472-6920). Autoria: Barletta, J.B.; Gennari, M. S.; Murta, S. G.; Cipolotti, R.

#### Abstract

**Background:** One major concerning topic in medical education is the teaching of appropriate doctor-patient relationship. This study aimed to identify how professors and students of the Medical School in Brazil perceive doctor-patient relationship in teaching and learning. **Methods:** Among the participants in this cross-sectional research, 31 professors (11 women and 20 men) completed an eleven-question questionnaire and 165 students (92 women and 73 men) answered a nine-question questionnaire. **Results:** The results showed that interpersonal development in medical education is considered important for 93.5% of the professors and for 95.7% of the students, but only two subjects have that content as an explicit objective in their syllabus. The main strategies used by professors were rule-based learning (41.7%), modeling (33.3%) and shaping (19.4%). The main barriers identified were curricular flaws (52.7%), educator deficits (20.6%) or student-specific difficulties (14.6%). **Conclusions:** It can be concluded that the doctor-patient relationship is not formally included in medical school lesson planning, that this content is not continuously developed and that the use of interpersonal skills as specific teaching strategies is restricted. However, the respondents acknowledge the importance of interpersonal development in medical education, which favors the formalization of this teaching goal and the inclusion of new teaching strategies.

**Key words:** Doctor-patient relationship, teaching, learning, medical education

## **Background**

Medical education has been a major topic for discussion in the world scenario. One of its concerning topics is the teaching of appropriate doctor-patient relationship in undergraduate Medicine Education, as such interrelation is one of the pillars of the humane care. Also, it plays a major role in the treatment outcomes, as it builds a trusting relationship and promotes behavior patterns that improve the patient's health. However, studies have identified difficulties from undergraduates in learning proper doctor-patient relationship. Different teaching approaches have also affected the development of the students' interpersonal attitudes and abilities. As a result, changes in the curriculum, new teaching methodologies, better practice scenarios and emphasis on the educators' development have been suggested [1, 2].

A drawback lies in the fact that pedagogical knowledge is not considered a necessary skill for academic professors in Brazil. In general, especially in healthcare, it is believed that technical knowledge is enough for a professor to teach properly. Such idea is reinforced by the expectations towards the undergraduates, who must know, at this point, how to study and to learn independently. In other words, a medical student should be mature enough, and have reflexive thinking skills in order to relate theoretical-technical content and day by day practice, without their mentor's assistance. Therefore, a great deal of medical teachers does not see pedagogical formation as a priority, once their personal formation focuses on practice, not on teaching. Such attitude eventually builds a gap in their pedagogical formation as professors [3].

That fact also increases the stagnation of traditional teaching, that is, teaching based on transmission of knowledge and on the professor's experience. Such teaching model overestimates technical content and its exact reproduction, minimizing the possibility of knowledge reconstruction and overlooking the context in which it should be applied [3, 4]. In traditional teaching, subjects are taught separately, detached from one another. The focus is on specific content, presented in a fragmented manner. The students, by themselves, must then organize knowledge in order to understand the whole [5]. According to Costa [6], the factors which cause such stagnation are: (a) great emphasis in research over teaching activities; (b) a lack of educational professionalization; (c) lack of focus on the professor's formation; (d) personal resistance to change; and (e) an individualistic approach in educational practice.

As far as the teaching of interpersonal skills is concerned, another drawback in the Brazilian higher education lies in the emphasis in theoretical and technical knowledge [7, 8], also known as hard skills [9, 10]. Those hard skills are largely present in the course curriculum, syllabus, and class plans [11]. On the other hand, interpersonal abilities, part of the so-called soft skills, are embedded in the hidden or informal curricula. In other words, they are not formally taught, although students are expected to develop them [12-14]. That occurs because such skills are developed since childhood, starting from experiences shared in social scenarios and, especially, through modeling and shaping behaviors of significant people. That repertoire turns more complex during our adolescence and adult life [15].

As a result, it is believed that those skills, as a rule, are naturally developed during childhood. One is not required to be formally taught or trained during higher education. However, effective professional interpersonal skills are often associated to specific work scenarios and its eventual complex situations. Therefore, they should be included in the teaching process [16]. For that to happen, a favorable learning environment is required, with appropriate conditions for the development of interpersonal skills [17], where the students feel comfortable to express themselves without embarrassment [18].

Based on such background, medical professors should be trained with didactic knowledge, besides the technical knowledge of their field, in order to promote teaching in favor of their students' learning [3]. According to Gomes and Rego [19], the professor, as a rebuilder of knowledge, must value science, technology and humanization; as a rebuilder of knowledge, the quality of their work influences in successful outcomes [18]. Some theories show that career length might affect the professors' skills and expectations. In turn, they favor more innovative, motivating teaching strategies. A well-known theory, according to Rinaldi [20], is called Teacher's Career Life Cycles. It was first described in 1995 by Huberman, and predicts five cycles: the first 3 years are the discovery phase in the career; from 4 to 6 years is the stabilization phase, when the teacher becomes part of a faculty team; from 7 to 25 years is the experimentation phase, in which the teacher seeks new challenges for their career; from 25 to 35 years is the serenity and conservatism phase; and from 36 years on is the disengagement phase. Andragogy, in its turn, states that adults value teachings related to tasks which develop their social role, as such development favors the integration of knowledge and their day-by-day demands, as well as their immediate applications [16].

That is a relevant point, once both the didactic purpose and the methodology applied in teaching should result in significant, reflexive learning, instead of mechanical memorization and reproduction of knowledge [16]. As for the interpersonal skills, essential in the doctor-patient relationship, for instance, some appropriate teaching activities would include role-playing, simulated patient, and case discussions based on context, demands and specific scenarios [12, 18, 21]. Other significant strategies are the demonstration of desired interpersonal behavior, the observation and further discussion of situations and their consequences, and the actual experience of doctor-patient interaction [9, 10].

There is a clear operational gap in the use of modern teaching methods within medical education, especially in traditional teaching [19]. In Brazil, there was an increase in medical schools - 213 by the end of 2013 - surpassing the amount of other countries like China (150 courses) and the United States (131). Of this total, 75% use traditional teaching curriculum [22]. In this traditional model, the Brazilian undergraduate medical courses occur in a six-year cycle, and the doctor-patient interaction is gradual, most in the final phase. In the first two years, there is little or no interaction. Such contact begins to take place in the third year of the course, basically through observation; little by little, the undergraduates are given more autonomy. It is in the last two years, especially during internship, when students have more practice and interaction with the patient [4].

Therefore, the present study aims to identify how professors and students of the Medicine School at Federal University of Sergipe (UFS) perceive their teaching-learning process of doctor-patient relationship. We chose this medical school because it has two important characteristics: a traditional curriculum and it is a public college. In Brazil, public colleges are the most sought after by students who want to become a physician.

## **Methods**

**Study participants:** 31 professors and 165 students of the UFS Medicine course, a third of all professors and students of the course. The professors' age ranged between 35 and 69 years (an average of 47.1 years,  $SD=8.78$ ). The majority of them was men (20) and married (22). The students' age ranged between 20 and 63 years (an average of 25.68 years,  $SD=3.83$ ). The majority of them was women (92) and single (149).

**Instrument:** Two versions of a questionnaire were developed for this cross-sectional study on the teaching of doctor-patient relationship. The questions focused on the importance

of doctor-patient relationship in medical education, the major subjects that approach the topic, advantages and disadvantages of teaching and learning, as well as applied didactic strategies and their major learning difficulties. The professor's version consisted of six closed-ended questions, four open-ended questions, and a list to check which interpersonal behaviors were taught (a total of 11). This list was based on the literature about interpersonal relationships [23], and covers six aspects necessary for the doctor-patient interaction: communication, empathy, civility, assertiveness, professionalism and emotional self-control. The students' version consisted of five closed-ended questions, three open-ended questions, and the same checklist of behaviors. Both included a socio-demographic section. The graduate Medical curriculum and its syllabus were also studied.

**Procedures:** After the approval of the National Ethics Committee (protocol CAAE 0287.0.107.000-11), the questionnaires were e-mailed to all professors, as well as instructions about the research and on how to fill in the questionnaire, followed by the Waiver and Consent Form. Professors who did not respond to the e-mail were personally contacted. After agreeing to participate, they were able to fill a printed form, or the questionnaire was e-mailed again. The students were contacted in the classroom. Those who volunteered signed the Waiver and Consent Form and filled out the questionnaire (printed or online).

**Data Analysis:** The closed-ended data were analyzed through descriptive frequencies in 2010 Microsoft Excel spreadsheets and the open-ended data were made by content analysis. We made a first deep reading of the questionnaire answers, set the units of analysis and then grouped into thematic categories taken from the literature, using the criterion of similarity [24].

## **Results**

### **Course curriculum**

The UFS Medicine course, which takes 6,630 hours, is structured within the traditional model. Only 2 out of the 47 subjects offered by the course have as clear objectives the study of doctor-patient relationship: Medical Propedeutics, which intends to study its foundations; and the Medical Psychology, which studies it in different fields of medical practice. Both subjects are part of the fifth term, that is, in the second third of the course. Four other subjects indirectly study the topic: social and cultural factors in the health/disease process are discussed in Healthcare and Society; the psychodynamics of mental health is discussed in

Clinical Psychiatry; multidisciplinary teamwork is analyzed in Internal Medicine I; and ethics, rights and duties of the profession are discussed in Legal Medicine and Medical Deontology. The first subject above should be attended in the third term; the next two in the seventh term; and the last one in the eighth term. In other words, only one is attended in the first two years of the course; others are offered in the second third. All five subjects offered during internship, which starts in the 10<sup>th</sup> term, focus on the technical aspects of the area, despite the fact that it is when medical students have the closest contact with their patients.

### Participants' profile

In the students' group, five students were attending the first third of the course (3.0%), 77 the second third (46.7%) and 83 the last third (50.3%). As for the professors, 23 were graduates from the Federal University of Sergipe (74.2%), 28 were medical doctors (90.3%), only one had been a graduate for less than 10 years (an average of 22.4 years, SD=8,5) and 23 participants (74.2%) had another job besides teaching. The length of teaching career in the Medicine graduation course ranged from 3 to 39 years (average=13.84, SD= 1,024), as shown in Table 1.

**Table 1.** Number of professors by teaching time

Teaching time	Medicine school	
	N	%
1 to 3 years	1	3.23
4 to 6 years	8	25.81
7 to 18 years	14	45.16
19 to 30 years	5	16.13
31 to 40 years	3	9.68
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

The professors were in charge of one or more subjects in the following fields: a) Clinical Area: 12 professors, b) Surgical Area: 6 professors, c) Pediatrics: 7 professors, d) Basic Areas: 6 professors, e) Gynecology and Obstetrics: 1 professor, and f) Internship: 8 professors.

### Teaching/learning process

From the respondent group, 29 professors (93.5%) and 157 students (95.7%) reported to believe that interpersonal development is important in medical education. Only two professors, who taught in the clinical area, internship and the basic area, and 13 students (7.9%) disagreed that the doctor-patient relationship could be taught during the undergraduate course. Those two professors stated that the past experiences and personal characteristics are key points, while the 13 students reinforced the exclusive reliance on each individual's character, or that the university formation is not enough. However, just one professor, from the basic area, explained that he did not approach on that matter, despite believing in its significance, as it was not part of the scope of the subject he lectured.

When asked whether the manner the professors relate with their students or colleagues influences in the development of their alumni's interpersonal skills, 28 (90.3%) professors and 116 students (82.4%) agreed. That information was later confirmed when the teachers pointed rule-based learning and modeling as the most used didactic strategies for teaching doctor-patient relationship, as shown in Table 2. Some professors mentioned more than one teaching strategy.

**Table 2.** Teaching strategies used by professors mentioned.

Learning style	Teaching strategy	N	%
Shaping	Supervised Student Advising	7	19.4
Modeling	Professor's advisory observation	7	19.4
	Professor's personal behavior observation	5	13.9
Rule-based	Theory classes	12	33.3
	Reading	2	5.6
	Round table conversation	1	2.8
Everyday exp.	Contact with peers	2	5.6
Total mentions		36	100

Modeling occurred by observing professors in two moments: during patient care, when students could observe professional behavior and in another context, i.e. interacting with colleagues and students or even outside the educational environment in which students could observe personal conduct.

The main subjects that approached the teaching of the fundamental interpersonal skills in the doctor-patient relationship were Medical Propedeutics, mentioned by 122 students (73.9%), followed by Pediatrics (30 students, or 18.1%) and Medical Psychology (29 students, or 17.6%). Internship was mentioned by 20 students (12.1%). When asked about which interpersonal skills were taught or learned in the subjects, the behaviors mentioned most frequently by professors were related to civility (67.7%), empathy (65.1%) and communication (56%). Students indicated the learning of empathy (45.9%), followed by civility (43.9%) and communication (41%).

The main advantage for teaching doctor-patient relationship mentioned by the professors was a better preparation for professional life (14 professors, or 45.2%); the disadvantages were insufficient time (8 professors, or 25.8%) and the professors and students' lack of interest (6 professors, or 19.3%). Nevertheless, most professors (23, or 74.2%) said to believe it is feasible to include the teaching of interpersonal skills in the subject they lecture.

According to the students, the main drawback of learning doctor-patient relationship during their undergraduate course lies in the flaws in their course's curricular structure (87 students, or 52.7%), in their professors' flaws (34 students, or 20.6%), or their own difficulties (24 students, or 14.6%). Concerning their course's curriculum, the most mentioned flaw was insufficient practice (66 students, or 40%), followed by the lack of professors, subjects or specific training on the subject (20 students, or 12.1%). Concerning the professors, the lack of interest and guidance was the most mentioned (16 students, or 9.7%) and lack of appropriate examples (17 students, or 10.3%) by professors with their patients and even with their own students. Concerning the students' difficulties, the main points mentioned were the lack of interpersonal skills (11 students, or 6.6%) and lack of technical knowledge (10 students, or 6%).

## **Discussion**

Half of the students who participated in this research were in the last third of the course, when more student-patient contact takes place. However, the main complaint about the doctor-patient relationship teaching was the lack of practice and patient care experience. Patient interaction experience is way to develop an important interpersonal skill for healthcare, but it must be followed by other activities such as teacher guided discussion and reflection [13]. This perception is supported by other complaints about curriculum flaws, lack

of professors and student difficulties. According to Kaufman and Mann [16], the interaction among teaching activities, appropriate environment and personal matters affects the individual's learning process.

The results showed that subjects focusing on patient-physician relationship aspects were more common during the second third of the course. However, only two of them focused on the specific teaching of doctor-patient in a formal manner. As for the internship subjects, the focus is on technical knowledge, corroborating the literature [8]. Thus, it is not possible to state that there is a continued training in the health care relationship during graduation, which can negatively affect the development of interpersonal and professional skills. Again, it is clear that this issue is not part of the formal education, contradicting the importance of the goals to be achieved that are clearly mentioned in the curricular planning [11, 16]. In addition, the subject is presented in a fragmented way and with a focus on the technification of care [19]. Although this study has not analyzed the level of individualism in the teaching performance, this is a common factor in the traditional educational curriculum in Brazil [5, 6]. Thus, based on the lack of joint work indication among different subjects in the results, we believed that this may have an influence on the teaching process of the university under study.

We understood that the subject Medical Propedeutics, which analyzes the basic doctor-patient relationship in its syllabus, its goal, being appointed by most students as the main subject that addresses the issue, especially for having outpatient practice. However, Medical Psychology was mentioned by only 17.6% of the students. One of the complaints about this subject was because it was taught only based on rules, i.e., based on situational description and discussion about theoretical concepts, but without the practical experience of interpersonal relationship in healthcare [25]. It is known that the supervised practice contributes to the development of interpersonal skills, since contingency learning expands behavioral repertoire to deal with diversities, allows critical thinking under different situations and promotes meaningful learning. It can be said that reflection is the systematic and critical analysis of the actions, beliefs and aspects involved in the care relationship experienced by the student [13].

The results showed that rule-based learning is the most used strategy for teaching patient interaction. Behavior learned by rules is quickly acquired, but it has the downside of being insensitive to contingencies [25]. Thus, if the situation experienced is not the same as the one described in the classroom, the student will have a limited interpersonal repertoire for

dealing with the differences presented. The second most mentioned strategy was modeling. Positive modelling builds up confidence in the student for having a pattern to look up when caring for a patient. However, when the model is negative, students can even point out what they considered inappropriate, but they cannot describe what they should do to remedy the situation, since they do not have enough repertoire to perform it differently [9, 13]. Shaping was also mentioned and it is extremely important in the development of interpersonal skills, since it allows the professor to enhance the student's appropriate behavior and guides the reflection on inappropriate ones, and possible alternatives by the student's experience. Therefore, a learning-friendly environment is required so that the student feel comfortable about this exposure [17, 18]. Daily contact with different people was also mentioned as a teaching strategy. Since interaction among people is spontaneous, interpersonal skills are very likely to be developed [14]. However, by not being associated to specific healthcare contexts, we cannot say that the student will have a good social performance in relation to patient care due to that development [7, 8].

In the five stages proposed by Teacher's Career Life Cycles, 74% of the professors in this study were in the first three phases (discovery, stabilization or experimentation phases) and less than 10% in the disengagement phase, the group for more experienced professors. It shows that most respondents were still under teaching development periods, and almost half of them was in their most appropriate time to diversify methodologies and innovative teaching practices, expanding their pedagogical repertoire. Maybe that is the reason why over 70% of the professors believed it would be feasible to include interpersonal skills on their subject's teaching goals.

Nevertheless, none of them suggested more appropriate strategies for teaching interpersonal skills, such as a dynamic methodology, the use of simulated patients or role playing [4, 18, 19, 21]. It is believed that since there is no formal methodological proposal for teaching these necessary skills to the development of social competence in care relationship, there is also no concern about diversifying strategies. It is key to invest in professional formation and development [13]. However, according to Junior [3], this issue has not received due attention in Brazil. Paro et al. [26] agree in stating that students are not trained in interpersonal skills in most medical schools in Brazil.

The data showed that most participants in this study recognized the professor as an important model for the interpersonal relationship learning in medical education. Nonetheless,

one of the students' complaints was the lack of suitable examples by professors, which corroborates Trindade and Vieira's [27] findings that point out frustration in patient care learning due to inappropriate attitudes and postures assumed by professors. Literature stresses the role of the professor in influencing the formation of students. In other words, it may stimulate or hinder the development of more complex interpersonal skills required in clinical settings [13].

Some interpersonal skills are essential for the establishment of a quality doctor-patient relationship. For example, communication and empathy skills are emphasized in medical literature [4, 12, 21, 26]. Although we didn't analyze the statistical difference between the responses, in our results professors and students agreed that aspects of doctor-patient relationship more taught were related to communication, empathy and civility. Nevertheless, students indicated less than 50% each skill mentioned.

It can be noted that these behaviors are necessary for a successful interpersonal relationship in the healthcare context and the low perception of their teaching methods may be linked to the lack of formality of that aspect in medical education, being it restricted to the students' knowledge acquisition capacity [5] and/or the intuitive ability of professors [8].

The data from this study showed that there is still a gap in the learning aspects of this doctor-patient relationship at the studied university, since they are not included in the formal lesson planning. Just few subjects aim at the development of doctor-patient relationship and the use of specific strategies for interpersonal skills improvement is limited, with priority to rule-based learning and modeling. Nevertheless, there is credibility for the importance of interpersonal development in medical education by respondents and a perception that it is feasible to include this issue in teaching, which favors the formalization of this teaching goal and the inclusion of new teaching strategies. As most medical schools in Brazil use the same curriculum design, we believe that this failure is common, which may result in a deficit in professional training. Once low quality doctor-patient relationship can adversely affect treatment adherence and successful intervention [12], we suggest more attention to the relationship aspects of medical education and, consequently, more emphasis on professors' development. Increased awareness of this importance is essential to a better medical education.

Since this is a descriptive research, it is not possible to indicate which behaviors were developed and which ones showed education-related deficits. These results, however show

educational gaps for further reflection upon a new curriculum and/or methodological structure, taking not only lesson planning into account, but also both students' and professors' perspectives. Based on our survey, a study on the impact of teaching in the interpersonal development and research with specific training for the development of social skills in the health context are suggested.

## References

- [1] Miller SR, Curtin N: **Evaluating a Curriculum Aimed at Improving Attitudes of Pre-Health Professional Students toward Persons with Disabilities.** *Ann Behav Sci Med Educ* 2011, **17**: 14-17.
- [2] Yammine K: **The evidence for practice in medical education. A review of modern learning approaches.** *J Contemp Med Educ* 2013, **1**:145-150. [www.scopemed.org](http://www.scopemed.org).
- [3] Junior VC: **Reviewing, Rethinking, and (Re)signifying: the importance of reflection on practice in the teaching career.** *Rev Bras Educ Med* 2010, **34**:580-586.
- [4] Jucá NBH, Gomes AMA, Mendes LS, Gomes DM, Martins BVL, Silva CMG, Lino CA, Augusto KL, Carprara A: **Communicating an unfavorable diagnosis during the physician-patient relationship: a role-playing experiment with medical students.** *Rev Bras Educ Med* 2010, **34**: 57-68.
- [5] Silva IF: **Dicotomia básico-profissional no ensino superior em saúde: dilemas e perspectivas.** In *Docência em saúde: temas e experiências*. Edited by Batista NA, Batista SH. Ed. Senac: São Paulo, 2003:135-152.
- [6] Costa NMSC: **Medical Teaching: why is it so difficult to change?** *Rev Bras Educ Med* 2007, **31**:21-30.
- [7] Del Prette Z, Del Prette A: **Desenvolvimento interpessoal: uma questão pendente no ensino universitário.** In *Estudante universitário: características e experiências de formação*. Edited by Mercori E, Polydoro SAJ. Taubaté: Cabral Editora & Livraria Universitária, 2004: 105-128.
- [8] Kloster MC, Perotta B, Junior AH, Paro HBMS, Tempski, P: **Daytime sleepiness and social skills among medical students.** *Rev Bras Educ Med* 2013, **37**:193-199.
- [9] Bergh AM, Van Staden CW, Joubert PM, Krüger C, Pickworth GE, Roos JL, Schurink WJ, Du Preez RR, Grey SV, Lindeque BG: **Medical students' perceptions of their**

**development of soft skills, part II: the development of soft skills through ‘guiding and growing’.** *SA Family Practice* 2006, **48**: 15-19.

[10] Van Staden CW, Joubert PM, Pickworth GE, Roos JL, Krüger C, Schurink WJ, Du Preez RR, Grey SV, Lindeque BG: **The conceptualization of “soft skills” among medical students before and after curriculum reform.** *SA Psychiatry Review* 2006, **9**: 33 -37.

[11] Gil AC: *Metodologia do Ensino Superior*. 4<sup>th</sup> ed. São Paulo: Atlas, 2005.

[12] Dyche L: **Interpersonal skill in Medicine: the essential partner of verbal communication.** *J Gen Intern Med* 2007; **22**:035-1039.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17437144>.

[13] Egnew TR, Wilson HJ: **Role modeling the doctor-patient relationship in the clinical curriculum.** *Fam Med* 2011; **43**:99-105.  
<http://www.stfm.org/fmhub/fm2011/February/Thomas99.pdf>.

[14] Kommalage M: **Hidden and informal curricula in medical schools: impact on the medical profession in Sri Lanka.** *Ceylon Med J* 2011, **56**: 29-30.

[15] Del Prette Z, Del Prette A: *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes, 2009.

[16] Kaufman DM, Mann KV: **Teaching and learning in medical education: how theory can inform practice.** In *Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice*. Edited by Swanwick T. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010: 16-36.

[17] Carrara K, Betetto AF: **Ethical instruction of citizenship: an investigation into social abilities measured using the social skills inventory.** *Estud Psicol* 2009; **26**:337-347.

[18] Hasan T, Bani I, Ageely H, Fauzi M: **An ideal Medical teacher.** *Educ Med J* 2011; **3**:e54-e59. [www.saifulbahri.com/ejnj](http://www.saifulbahri.com/ejnj).

[19] Gomes AP, Rego S: **Transformation of medical education: can a new physician be trained based on changes in the teaching-learning method?** *Rev Bras Educ Med* 2011, **35**:557-566.

[20] Rinaldi AGP: **Teachers’ perspectives of career-stage appropriateness of professional learning programs.** PhD Thesis. University of Georgia; 2007.  
[http://athenaeum.libs.uga.edu/xmlui/bitstream/handle/10724/9849/rinaldi\\_anna\\_g\\_200708\\_ed\\_d.pdf?sequence=1](http://athenaeum.libs.uga.edu/xmlui/bitstream/handle/10724/9849/rinaldi_anna_g_200708_ed_d.pdf?sequence=1).

- [21] Nestel D, Tierney T: **Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits.** *BMC Med Educ* 2007; **7**:3. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-7-3.pdf>
- [22] Nassif CAN: **Escolas Médicas do Brasil.** [<http://www.escolasmedicas.com.br>]
- [23] Del Prette A , Del Prette, Z: *Habilidades Socais, desenvolvimento e aprendizagem.* Campinas, SP: Alínea Editora, 2003.
- [24] Creswell JW: *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches.* 2<sup>th</sup> ed. London: SAGE Publications, 2007.
- [25] Cortez MCD, Reis MJD: **Effects of the rule control or contingencies control on the behavioral sensibility.** *Rev Bras de Ter Comp Cogn* 2008, **X**:143-155.
- [26] Paro HBMS, Daud-Gallotti RM, Pinto RMC, Martins MA: **Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis.** *BMC Med Edu* 2012, **12**:73. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/12/73/>
- [27] Trindade LMDF, Vieira MJ: **Medicine students and coping strategies in patient care.** *Rev Bras Educ Med* 2013, **37**:157-177

## CAPÍTULO V

“Sem qualidades humanas - integridade, respeito e compaixão -  
é impossível cuidar dos doentes. [...]”  
As qualidades humanas formam o principal alicerce da  
medicina dos doentes e estão estreitamente  
relacionadas com princípios bioéticos.”  
Celmo Celeno Porto (2003)

### ARTIGO IV - SOCIAL SKILLS AND MEDICAL EDUCATION: THE PERCEIVED IMPORTANCE OF INTERPERSONAL BEHAVIOR IN THE ASSITANCE RELATIONSHIP

Artigo submetido ao periódico “Psychology, Health & Medicine” (ISSN 1354-8506). Autoria: Barletta, J.B.; Murta, S. G.; Gennari, M. S.; Cipolotti, R.

#### **Abstract**

Social skills are viewed as a key trait in the physicians’ clinical competence, since they are necessary classes of behavior for good interpersonal interaction. Such behaviors are also described as soft skills. This study aimed to identify the perception of the significance of the classes of behaviors to establish effective doctor-patient relationships by medical professors, students and patients. 31 medical professors, 165 students and 71 patients of both genders participated in the cross-sectional study. All participants responded a questionnaire containing a five-point Likert scale about the importance of interpersonal behaviors that either the doctor or the medical student should have to establish a high-quality doctor-patient relationship. The results of this study showed that the self-control and emotional expressiveness, communication, civility and empathy classes were indicated as important by more than 80% of each participant groups. The assertiveness was one of the least regarded by all respondents. Professional social skills were perceived with less consistency in the degree of importance among participants. Although social skills are considered important in general, some behaviors were considered unimportant to establishment a high-quality interpersonal relationship in health care. Such identification may foster discussions about the educational planning as well as the reflection on the social skills training that takes into account the demands of the professors, students and patients.

**Key words:** social skills, medical education, interpersonal behaviors

## INTRODUCTION

Social skills are viewed as a key trait in the physicians' clinical competence (Egnew & Wilson, 2010), since they are necessary classes of behavior for good interpersonal interaction (Del Prette & Del Prette, 2009). Such behaviors are also described as soft skills (Bergh et al., 2006; Gonzalez, Abu-Kasim & Naime, 2013). There is not an ideal way of teaching interpersonal relationship (Belmonte & Fragoso, 2013; Henry, Holmboe, & Frankel, 2013). However, some guidelines for a good educational process are strongly recommended, such as varied teaching strategies and practical health care experiences in different scenarios. Supervised practice is considered adequate for teaching the interpersonal skills expected from the students in order to establish an effective doctor-patient relationship (Freeth, 2010). Supervised practice facilitates learning, as it involves observing the professor and their peers performing, the experience of students in specific situations in health care, the feedback of the service itself, and the debrief on the interactions (Kaufman & Mann, 2010; Van Mook et al., 2009).

Practical experience in health care is considered one of the most anticipated moments for students. Most of them, however, reach this stage with little or no preparation. Moreover, they face inadequate professors as role models regarding both patient care and doctor-student relationship (Bergh et al., 2006; Trindade & Vieira, 2013). Belmonte and Fragoso (2013) reinforce this idea as they state that one of the first difficulties in the medical education activities is the interaction among the patient, the student and the professor. According to them, it is caused by a disregard to ethical issues of interpersonal relationship regarding care, as well as the a disregard to the students' background knowledge and social skills, a disregard to the patient's values and expectations (Yammine, 2013) and the flaws in both teaching and learning processes (Trindade & Vieira, 2013 ).

In order to prevent interpersonal relationship from becoming a source of stress, but instead maximize the effectiveness of the service (Trindade & Vieira, 2013), it is necessary that the development of social skills be part of the educational goals (Kaufman & Mann, 2010; Van Mook et al., 2009). The lack of systematization, description and regard to such issue in medical course compromises the development of social competence in professional training (Kloster et al., 2013). The behavioral outcomes to be achieved throughout the course must be clearly set in the educational planning, and should not be limited to enclosed, isolated disciplines. Another solution lies in the multidisciplinary professors, as the efficient learning

process must involve different health care providers, and not only the physicians (Freeth, 2010) in order to promote the doctor-patient relationship debates from different perspectives (Egnew & Wilson, 2010).

The literature fails to provide a consensual, single system for the classes of social skills. However, as far as medical education is concerned, some classes are cited as: communication (Henry, Holmboe, & Frankel, 2013, Kurtz et al., 2003, Jucá et al., 2010.), empathy (Nunes et al., 2011), self-control and emotional expressiveness (Kloster et al., 2013), civility, assertiveness (Nations & Gomes, 2007) and of work (Del Prette & Del Prette, 2013), also known as professional social skills (Gonzalez, Abu-Kasim & Naime, 2013). As social skills are fundamental to an effective interpersonal relationship, this study aimed to identify the perception of the significance of the classes of behaviors to establish effective doctor-patient relationships by the different actors involved in the process (professors, students and patients). Such identification may foster discussions about the educational planning and minimize the lack of studies on this specific issue. Our hypothesis was that communication skills would be indicated as the most important for both patients, professors and students.

## **METHODS**

This cross-sectional study was conducted in the first half of 2012. 31 medicine professors (11 women and 20 men) from the Federal University of Sergipe (UFS) participated in the study, as well as 165 undergraduate medical students (92 women and 73 men) and 71 patients (59 women and 12 men) treated at the University Hospital. The professors' age ranged from 35 and 69 years old ( $M = 47.1$  years,  $SD = 8.78$ ); the students' age ranged from 20 and 31 years old, and the outlier being 63 years old ( $M = 25.7$  years,  $SD = 3.83$ ) and patients' age ranged between 22 and 74 years old ( $M = 47.1$  years,  $SD = 8.78$ ).

Most students were single (96.1%) and half of them (50.3%) were attending the last two years of the medicine course. The professors were married (71%), single (19.4%) or separated (9.7%), and three of them had no major in medicine. As for the patients, the majority was married (43.7%) or separated (43.7%) and had children (80.3%). Regarding their educational level, 4.2% were illiterate, 32.4% had primary education (complete or incomplete), 45% had high school education (complete or incomplete) and 18.3% had higher education (complete or incomplete).

**Instrument:** All participants responded a questionnaire containing a five-point Likert scale and socio-demography-related questions. The scale consisted of 41 literature-based items (Del Prette & Del Prette, 2009). The items asked degrees of importance of interpersonal behaviors that either the doctor or the medical student should have to establish a high-quality doctor-patient relationship: three behavior patterns were related to the self-control and emotional expressiveness skill class; ten behavior patterns were related to the communication skill class; two of them regarded the civility skill class; eight were related to the assertiveness skill class, five were related to empathy, and thirteen were related to the professional social skill. Some examples of items in the scale included 'greeting, saying please and thank you', 'eye contact when talking', 'know how to handle delicate emotional events', 'take notes of the patient's complaints' and 'ask patient to change behavior'.

**Procedure:** After previous clearance of the Ethics Committee (CAAE 0287.0.107.000-11), the questionnaires were sent to all professors via email, which described the purpose of the research and the guidelines to the interview, followed by an Informed Consent Form. Professors who did not respond the email were personally contacted and, after accepting to participate, would choose to respond a printed version or to receive the questionnaire via email again. Students were contacted in class. Those who volunteered signed the consent form and filled out the questionnaire in a printed version or online. As for the patients, after they signed the consent form, a researcher read them the questions and recorded their answers. For a better understanding of the Likert scale, the researcher would show the patients a colored scale through which the patients indicated their answers.

**Data analysis:** The data were fed on an Excel<sup>®</sup> spreadsheet. The patterns of the 41 individual items and the six social skill classes were described. The chi-square test for percentage differences was done using the R statistics software version 3.0.1. A confidence interval of 95%, and a significance level of 5% were considered. When the expected value of some decimals was less than 5, the "average importance" and "not important" responses were grouped into a single category.

## **RESULTS**

### **Social skill classes**

Results showed that the social skill classes were perceived in different degrees of importance by the participants. Table 1 shows that the civility class was perceived as

important by more than 90% of students and patients, as well as empathy, self-control and emotional expressiveness by students.

Table 1. Degree of importance attributed by the participants to social skills

Social Skill Classes	Degree of importance	Participant - %			$\chi^2$
		Student	Professor	Patient	
Self-control and emotional expressiveness	I	90.9	89.2	88.3	p=0.5466
	MI	7.1	9.7	9.4	
	NI	2.0	1.1	2.3	
Communication	I	80.5	80.5	82.3	p=0.6235
	MI	11.3	12.1	9.4	
	NI	8.2	7.5	8.4	
Civility	I	93.0	83.9	93.0	p=0.0470
	MI	6.7	16.1	6.3	
	NI	0.3	--	0.7	
Assertiveness	I	72.5	77.7	72.8	p<0.0001
	MI	20.3	19.0	14.5	
	NI	7.2	3.2	12.7	
Empathy	I	92.8	89.0	88.2	p=0.0062
	MI	6.0	7.1	7.3	
	NI	1.2	3.9	4.5	
Professional	I	80.8	72.9	87.0	p<0.0001
	MI	15.5	20.1	9.9	
	NI	3.8	7.0	3.2	

Legend: I – important; MI – medium importance; NI – not important

### Behavior patterns of social skill classes

The skill of self-control and emotional expressiveness included the behavior to manage stress and anxiety, to have confidence in one's own ability, and to express positive feelings appropriately. All the three behavior patterns were indicated as important by at least 84% of the participants. In communication skills, the doctor's behavior to describe the risks, the health care procedures, the diagnosis and the prognosis were indicated as important by most patients (100% and 98.6%), professors (96.8% and 100%) and students (98.8% and 99.4%), respectively. However, the doctor's behavior to talk about themselves was not considered as important: 21.1% of patients, 9.7% of professors and 7.3% of students considered it important.

The behavior of greeting the patient, part of the civility class, was considered important by at least 90% of the participants. As for the empathy class, the behavior to listen attentively to the other was considered as the most important behavior to build a doctor-patient relationship, according to 100% of professors, 98.6% of patients and 95.2% of

students. A disparity occurred in the perception of the importance of behavior to put oneself in another's position: it was considered important by 90.3% of professors, 93.9% of students, and only 71.8 % of patients.

The assertiveness class was one of the least regarded by all respondents. The doctor's behavior to ask the other to change their behavior, as well as to disagree with the patient had the lowest degrees by professors (58.1% and 54.8%) and students (53.3% and 43.9%) respectively. However, for the patients, the behavior patterns with the lowest degrees was to accept the physician's refusal or disagreement (39.4%) and to express negative feelings appropriately (50.7%). All participants understood that to admit a mistake and apologize is important (95.8% of patients, 93.3% of students, and 87.1% of professors).

Regarding the professional social skills, some behavior patterns were perceived differently among participants. Invitations to lectures or health programs were indicated as important by 82.6% of patients, unlike the professors (38.7%) and the students (49.7%). The same occurred with the behavior to organize group activities, indicated as important by 78.9% of patients, 48.5% of students and 38.7% of professors. The behavior to promote the patient's learning was indicated as important by 97.2% of patients, 75% of students and 67.7% of professors. The behavior of decision making, on its turn (patient - 93%, professor - 96.8%, student - 99.4%), to take notes of note the patient's complaints (patient - 94.4%, professor - 93.5%, student - 93.9%) and to deal with delicate emotional events (patients - 98.6%, professors - 83.9%, students - 98.2%) were indicated as important by most respondents.

## **DISCUSSION**

Social skills are important to establishment a high-quality interpersonal relationship in health care. The literature shows them as a key clinical competence (Bergh et al., 2006; Egnew & Wilson, 2010; Gonzalez, Abu-Kasim & Naime, 2013). The results of this study showed that the self-control and emotional expressiveness, communication, civility and empathy classes were indicated as important by more than 80% of each participant groups. Van Mook et al. (2009) suggest that social skills such as communication, empathy, and appropriate emotional expressiveness facilitate the doctor's performance. Therefore, these authors emphasize the need to value such skills in medical education, combined with clinical excellence, for good educational levels.

Communication is the most emphasized skill class in the literature, and the most cited in the teaching of doctor-patient relationship (Henry, Holmboe, & Frankel, 2013, Kurtz et al., 2003, Jucá et al., 2010). That may be the reason why the results indicated that all groups (professors, students and patients) had similar perceptions about its importance, as no statistically significant difference was shown. The behavior to inform the patient about his condition was strongly indicated by all three groups. It is believed that such behavior is linked to the patient's awareness and autonomy, as the patient eventually becomes more participatory in the decision making process of their on health care and, consequently, leads to a less hierarchical doctor-patient relationship. It should be highlighted that to report a diagnosis does not mean to convey information only, but also to make oneself understood (Stefanelli, 2005). One of the findings of a literature review conducted by Schimith et al. (2011) on interpersonal relationships in health care was a direct relationship between non-adherence and discontinuation of therapy due to a low understanding of the use of medication and treatment. Some authors emphasize that other social skill classes facilitate message understanding (Garbi & Miguel, 2007).

Civility, for example, is not a common object of study in the literature, but is seen as essential to maintain the quality of interpersonal relationships (Del Prette & Del Prette, 2009). In this study's results, 93% of students and patients, as well as 83.9% of professors considered civility as important. However, between professors and students, there was a statistically significant difference ( $p = 0.0343$ ). According to Nations and Gomes (2007), the behavior patterns of this social skill class were seen as essential by the patients, who named as *Dr. Horse* the physicians who failed to have such behaviors.

Another poorly studied class in medical education is assertiveness, which is based on building a fair relationship, with respect and ethics, as it allows one person to express their thoughts and feelings without hurting the other (Alberti & Emmons, 2008). In our results, this was considered the least important class. It is not known whether assertiveness, especially in a hierarchical relationship, was confused with aggressiveness, since this has been a daily issue in the health care environment, according to the researchers' experience. One of the ways balance the interpretation of assertiveness is by increasing the health care provider's empathy skills (Del Prette & Del Prette, 2009).

It is known that talking about unpleasant emotions or express disagreement might trigger anxiety (Conte, Brandão, 2007). This fact is perhaps the reason of the low degree of

importance in this study – around 50% of professors and students, who did not indicate high importance levels for some assertive behaviors, such as disagreements with the patient, or even for less frequent behaviors indicated by patients, such as the doctor's ability to accept the patient's refusals or disagreements. At the same time, more than 80% of all three groups considered important that the physician acknowledge the importance of dealing with delicate emotional situations. This suggests that, although it may be difficult to handle anxiety in some interpersonal events, the participants acknowledge its importance in the doctor-patient relationship. Therefore, it is suggested that the training of management of feelings and emotions be emphasized in medical education, going beyond technical aspects, in order to minimize the stress caused by bad interpersonal relationship (Trindade & Vieira, 2013). The manner of speaking, the correct timing and the clear expression of feelings and thoughts may improve the interrelationship (Alberti & Emmons, 2008).

The analysis of the professional social skills, which includes behaviors that meet interpersonal demands in order to meet working goals and promote welfare and respect for everyone in the workplace (Z. Del Prette & Del Prette, 2013), was significantly different in the perception of all participants (students vs professors [ $p = 0.000486$ ]; students vs patients [ $p = 0.0001151$ ]; professors vs patients [ $p < 0.0001$ ]). Patients often gave it an important degree, while professors did it less frequently. As for primary care, one intervention strategy lies in health education. Therefore, encouragement from health care providers to organize lectures and group activities is a common behavior. One reason for the low importance of such behaviors given by professors and students might be the fact that educational emphasis is given mostly to secondary and tertiary care. It is not clear whether, in the scenarios presented here, these behaviors are considered important or even as a minor priority.

Another very important behavior, according to patients and, in a lesser degree, by professors and students, is related to educational social skills, a subclass of the social skills of work. This ability is inherent to the teaching process in various interpersonal relationships. The focus is on individual or group development and learning (Z. Del Prette & Del Prette, 2008), as well as between physician and patient and between professor and student.

## **CONCLUSION**

Certain social skills classes (civility, empathy and self-control and emotional expressiveness) were considered as very important by all three groups of participants,

although in different orders. On the other hand, assertiveness was less frequently indicated as important by all participants. Therefore, it is assumed that the responses were somewhat similar. We believe that some idiosyncrasies of the health care system, as well as cultural values, may interfere in the participants' perception of importance, since such factors define some behavior patterns which are expected from different social roles of a given environment. This calls for further studies in order to extend these findings. Nevertheless, the differences shown in the perceptions among the studied groups are fundamental for the implementation of social skill development programs that will address the needs of each group and allow reflection on the importance given by the medical education programs to such skills.

## REFERENCES

- Alberti, R. E. & Emmons, M. (2008). *Your perfect right*. (Translation to Portuguese by Marcos Satarrita). Rio de Janeiro: Sextante.
- Belmonte, M. & Frago, Y.D. (2013). Patients and accompanying persons' opinions and satisfaction with consultations in the presence of medical students in the city of Santos, Brazil. *Journal of Contemporary Medical Education*, 1 (3), 177-180. Retrieved September 04/2013, from [www.scopemed.org](http://www.scopemed.org)
- Bergh, A. M, Van Staden, C. W., Joubert, P. M., Krüger, C., Pickworth, G. E., Roos, J. L., Schurink, W. J., Du Preez, R. R., Grey, S. V., & Lindeque, B. G. (2006). 'Medical students' perceptions of their development of soft skills, part II: the development of soft skills through 'guiding and growing'. *SA Family Practice*, 48, 15-19.
- Conte, F. C. S. & Brandão, M. Z. S. (2007). Quero ser assertivo! Buscando um posicionamento sincero entre a passividade e a agressividade nos relacionamentos interpessoais [I want to be assertive! Seeking a sincere positioning between passivity and aggressiveness in interpersonal relationships]. In: Conte, F. C. S. & Brandão, M. Z. S. (Eds) *Falo ou não falo? Expressando sentimentos e comunicando ideias*. 2 ed (pp. 1-14). Londrina: Mecenias.
- Del Prette, Z & Del Prette, A (2008). A classification system of educative social skills. *Paidéia*, 18(41), 517-530.

Del Prette, Z & Del Prette, A (2009). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática* [Psychology of social skills in childhood: theory and practice]. Petrópolis: Ed. Vozes.

Del Prette, Z. & Del Prette, A. (2013). Social Skills Inventory (SSI-Del-Prette): Characteristics and studies in Brazil. In: F. L. Osório. (Ed.). *Social anxiety disorders: From theory to practice*. (pp. 49-62). 1ed. New York: Nova Science Publishers.

Egnew, T. R. & Wilson, H. J. (2010). Faculty and medical students' perceptions of teaching and learning about the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 29, 199-206.

Gonzalez, M. A. G., Abu-Kasim, N. H., & Naime, Z. (2013). Soft skills and dental education. *European Journal of Dental Education*, 17 (2), 73-82. Retrieved February 07/2014, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eje.12017/pdf>.

Henry, S. G., Holmboe, E. S., & Frankel, R. M. (2013). Evidence-based competencies for improving communication skills in graduate medical education: a review with suggestions for implementation. *Medical Teacher*, 35(5), 395-403.

Freeth, D. (2010). Interprofessional education. In: Swanwick, T. (Ed.). *Understanding Medical Education: Evidence, theory and practice* (pp. 53-68). London: Wiley-Blackwell.

Jucá, N. B., Mendes, L. S., Martins, B. V., Silva, C. M., Lino, C. A., Augusto, K. L., & Caprara, A (2010). Communicating an unfavorable diagnosis during the physician-patient relationship: a role-playing experiment with medical students. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 1, p. 57-64.

Kaufman, D. M. & Mann, K. V. (2010). Teaching and learning in medical education: how theory can inform practice. In: Swanwick, T. (Ed.). *Understanding Medical Education: Evidence, theory and practice* (pp. 16-36) London: Wiley-Blackwell.

Kloster, M. C., Perotta, B., Junior, A. H., Paro, H. B. M. S., & Tempski, P. (2013). Daytime sleepiness and social skills among medical students. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37 (1), 193-199.

Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., & Draper, J. (2003) Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guides. *Academic Medicine*, 78 (8), 802-809.

Miguel, C. F. & Garbi, G. (2007) Assertividade no trabalho: descrevendo e corrigindo o desempenho dos outros [Assertiveness at work: describing and correcting the performance of the other]. In: Conte, F. C. S.; Brandão, M. Z. S. (Eds.) *Falo ou não falo? Expressando sentimentos e comunicando ideias*. 2 ed. (pp. 145-156). Londrina: Mecenaz.

Nations, M. K. & Gomes. A. M. A. (2007). Patients' complaints of verbal abuse by health professionals during hospital care in Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (9), 2103-2112.

Nunes, P., Williams, S., As, B., & Stevenson, K. (2011) A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *International Journal of Medical Education*, 2, 12-17. Retrieved October 21/2012, from <http://www.ijme.net/archive/2/empathy-decline-in-first-year-students.pdf>

Schmith, M. D., Simon, B. S., Brêtas, A. C. P., & Budó, M. L. D. (2011). Relationships between health professionals and users throughout health care practices. *Trab. Educ. Saúde*, 9(3):479-503. Retrieved May 08/2012, from <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a08.pdf>

Stefanelli, M. C. (2005) Estratégias de comunicação terapêutica [Therapeutic communication strategies]. In: tefanelli, M. C & Carvalho. E. C. (eds.). *A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem*. (pp. 73-104). Barueri, SP: Ed. Manole.

Trindade, L. M. D. F. & Vieira, M. J. (2013). Medicine students and coping strategies in patient care. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37 (2), 167-172.

Van Mook, W. N. K. A., Van Luijk, S. J., Grave, W., O'Sullivan, H., Wass, V., Schuwirth, L. W., & Van der Vleuten, C. P. M. (2009). Teaching and learning professional behavior in practice. *European Journal of Internal Medicine*, 20, e105-e111. Retrieved July 06/2013, from [www.elsevier.com/locate/ejim](http://www.elsevier.com/locate/ejim)

Yamine, K. (2013). The evidence for practice in medical education. A review of modern learning approaches. *Journal of Contemporary Medical Education*, 1 (3), 145-150. Retrieved September 04/2013, from [www.scopemed.org](http://www.scopemed.org)

## CAPÍTULO VI

“A ação assistencial é um processo complexo de interação social que, além de incluir os conhecidos atos semiológicos, diagnósticos e terapêuticos, contém elementos da vida afetiva e irracional dos participantes.”  
Abram Eksterman, 1992

### **ARTIGO V - THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP: ATTITUDES OF MEDICAL STUDENTS, PROFESSORS AND PATIENTS IN BRAZIL**

Artigo submetido ao periódico ‘Journal of Clinical Psychology in Medical Settings’ (ISSN 1068-9583). Autoria: Barletta, J.B.; Gennari, M.S.; Murta, S.G.; Cipolotti, R.

#### **Abstract**

This study aims to identify, within the doctor-patient relationship, the attitudes of students and professors of the Medical School in Brazil, as well as the patients treated at the University Hospital. 165 students, 31 professors and 71 patients of both genders participated in this cross-sectional study. A Brazilian version of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) was applied. The Total PPOS mean score for professors was the highest ( $4.66 \pm 0.52$ ). The Total PPOS mean score for students ( $4.43 \pm 0.53$ ) was higher than that for the patients ( $3.93 \pm 0.59$ ). The professors’ mean scores were also higher for Sharing ( $4.18 \pm 0.76$ ) and Caring ( $5.14 \pm 0.47$ ) subscales, in contrast to the students’ ( $3.89 \pm 0.64$ ,  $4.98 \pm 0.61$ ) and the patients’ ( $3.40 \pm 0.83$ ,  $4.46 \pm 0.69$ ), respectively. The results suggest little attitude towards the development of a more patient-centered, humanized doctor-patient relationship. Activities to increase the patient-centered care should be considered.

**Keywords:** Doctor-patient relationship, attitudes, Patient-centered care, medical education.

#### **1. Introduction**

Patient-centered health care has been advocated in various cultural environments (Ribeiro & Amaral, 2008; Shaw, Woiszwilllo, & Krupat, 2012; Moore, 2008) and in different professions, such as medicine, nursery and physiotherapy (Grilo, Santos, Rita, & Gomes, 2013; Ross & Haidet, 2011; Krupat et al., 2000). Studies have focused in several aspects, such

as the certification of tools to measure patient-centered attitudes (Buetow et al., 2012; Pereira et al., 2013), communication (Cousin, Mast, Roter, & Hall, 2012; Lau, Christensen, & Andreasen, 2013; Jucá et al., 2010) and the teaching and learning process for the students' professional future (Bombeke et al., 2012; Haidet et al., 2002; Peixoto, Ribeiro, & Amaral, 2011).

In the current world scenario, a high-quality doctor-patient relationship is one of the concerns of medicine, particularly with regard to medical education. Studies have shown a decline in patient-centered attitudes throughout the undergraduate medical course (Bombeke et al., 2012; Haidet et al., 2002; Sibille, Greene, & Bush, 2010). A similar trend has also been found in specific interpersonal skills, such as empathy (Nunes, Williams, Sa, & Stevenson, 2011; Kommalage, 2011).

Although medical education has gone through a series of changes, the students still lack skills to develop an efficient doctor-patient relationship, as well as to understand some humane treatment concepts (Jucá et al., 2010; Ribeiro, Krupat, & Amaral, 2007). Literature has shown that some variables can be linked to the development of more doctor-centered attitudes, such as the traditional curriculum (Haidet et al., 2002; Peixoto et al., 2011; Assunção, Melo, & Maciel, 2008; Tsimtsiou et al., 2007), inadequate examples behavior from professors (Joubert et al., 2006), a weak professor-student relationship (Reis, Prata, & Soares, 2012), lack of cross-disciplinary curricula, and an individualistic approach to teaching (Costa, 2007). Despite the increasing interest in this subject, very little research has focused on this matter in Brazil.

This study aims to identify, within the doctor-patient relationship, the attitudes of students and professors of the Medical School at the Federal University of Sergipe (UFS), as well as the patients treated at the University Hospital (UH). The undergraduate medical course in Brazil lasts six years. Federal universities are inserted into the system of public education and are the most sought after by students. Of the total of 213 medical schools in Brazil, 75% of them follow the traditional curriculum (Nassif, 2014), and so does the UFS medical school. In this curricular model, the first two years cover the theory and laboratory practices. From the third year on, clinical and ambulatory practices involving patients are gradually introduced. The last two years involve lots of practice: the ninth semester consists of the practice of medical specialties within the ambulatory, and the following semester consists of internship.

## 2. Methods

This cross-sectional study was conducted in the first semester of 2012. 165 medical students (92 women and 73 men), 31 professors (11 women and 20 men) and 71 patients (59 women and 12 men) participated in the study. The students' age ranged between 20 and 31, the outlier being 63 (mean age = 25.7,  $\pm 3.83$  SD). The professors' age ranged from 35-69 (mean age = 47.1,  $\pm 8.78$  SD); and the patients aged between 22-74 (mean age = 41.4,  $\pm 12.8$  SD). Regarding the patients' education level, 4.2% were illiterate, 32.4% had primary education (complete or incomplete), 45% had high school education (complete or incomplete) and 18.3% had higher education (incomplete or complete). Regarding the patients' occupation, 35.2% were housewives, 29.6% had jobs which do not require high school or higher education level, 22.5% had technical or auxiliary jobs, 7% performed activities requiring higher levels of education, and 5.7 % were students.

A Brazilian version of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) (Ribeiro, 2006; Pereira et al., 2013), was applied. This is a certified instrument that measures individual attitude towards the doctor-patient relationship (Krupat et al., 2000). The PPOS consists of 18 items on a 6-point Likert scale; 9 of them measure the Sharing subscale, and the other 9 measure the Caring subscale. The Sharing subscale indicates how much power and control of the relationship, as well as the level of information, should be shared between doctor and patient. The Caring subscale indicates the importance level of psychosocial issues in the patient care. Scores below 4.57 show a doctor-centered attitude; scores above 5.00 shows a patient-centered attitude; and the interval between both values show a moderately patient-centered attitude. A demographic questionnaire was also applied.

Data were collected after the approval by the Ethics Committee (CAAE 0287.0.107.000-11). All participants were volunteers, and signed a consent form. Patients were recruited from the UH ambulatory while waiting for their appointments. For a better understanding, the researchers read the PPOS with the patients and showed them a Likert scale card, so that the patients could show their decisions. The students were recruited in classrooms. They chose to answer either a printed version or the computer version of the PPOS. The professors were initially contacted via email and later in person. They could also choose between a printed version and a computer version of the PPOS sent via email. The questionnaires were analyzed through descriptive statistics and the Student's t test on the R statistical software version 3.0.1.

### 3. Results

The individual analysis of the participants' responses indicated a high number of participants with a more doctor-centered attitude regarding the patient-physician relationship. Figure 1 shows the participants according to their attitudes.

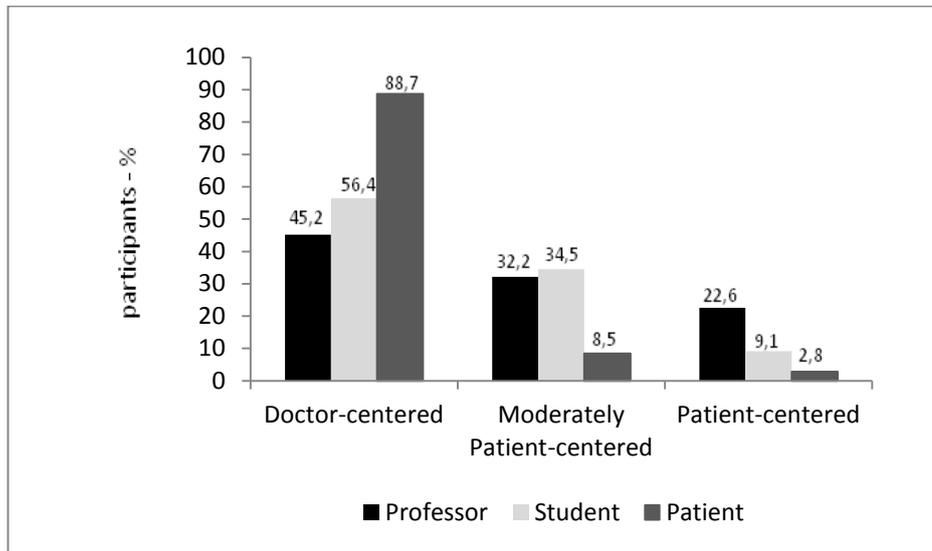


Figure 1. Attitudes towards doctor-patient relationship by participants

When analyzing the group of participants, professors had the highest mean scores for all PPOS results. The Total PPOS score was 4.66 ( $\pm 0.52$  SD) for professors, with a range from 3.19 to 5.72. The student's Total PPOS score was 4.43 ( $\pm 0.53$  SD; range 1.94 - 5.5,  $p=0.0331$ ) and patients was 3.93 ( $\pm 0.59$  SD; range 2.17 - 5.28,  $p<0.0001$ ), as Figure 2. The difference was also statistically significant when comparing the scores of students and patients ( $p<0.0001$ ).

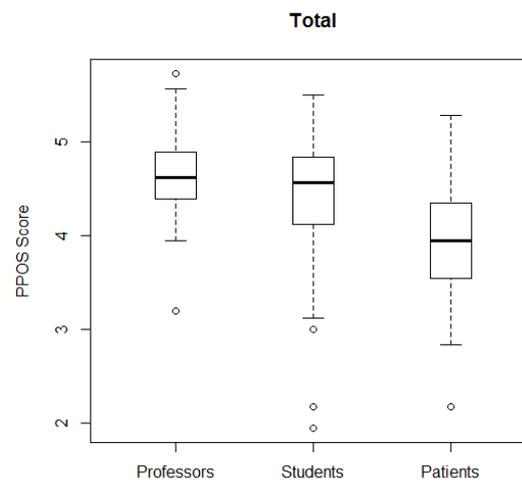


Figure 2. Total PPOS score

The results showed that Caring subscale had the highest score for all participants, as 5.14 ( $\pm 0.47$  SD, range 3.78-5.89) for professors, 4.98 ( $\pm 0.61$  SD, range 1.67-6.00) for students and 4.46 ( $\pm 0.69$  SD, range 2.33-5.89) for patients. The difference was not significant for professors and students ( $p = 0.1083$ ), but statistically significant between professors and patients ( $p < 0.0001$ ), as to students and patients ( $p < 0.0001$ ). For Sharing subscale professors had a score of 4.18 ( $\pm 0.76$ SD, range 2.43-5.67), students had a score of 3.89 ( $\pm 0.64$  SD, range 1.67-5.33) and patients had a score of 3.40 ( $\pm 0.83$  SD, range 1.78 -5.11), according to Figure 3. Likewise, the differences were significant between professors and patients ( $p < 0.0001$ ), and between students and patients ( $p < 0.0001$ ), but not between professors and students ( $p = 0.0554$ ).

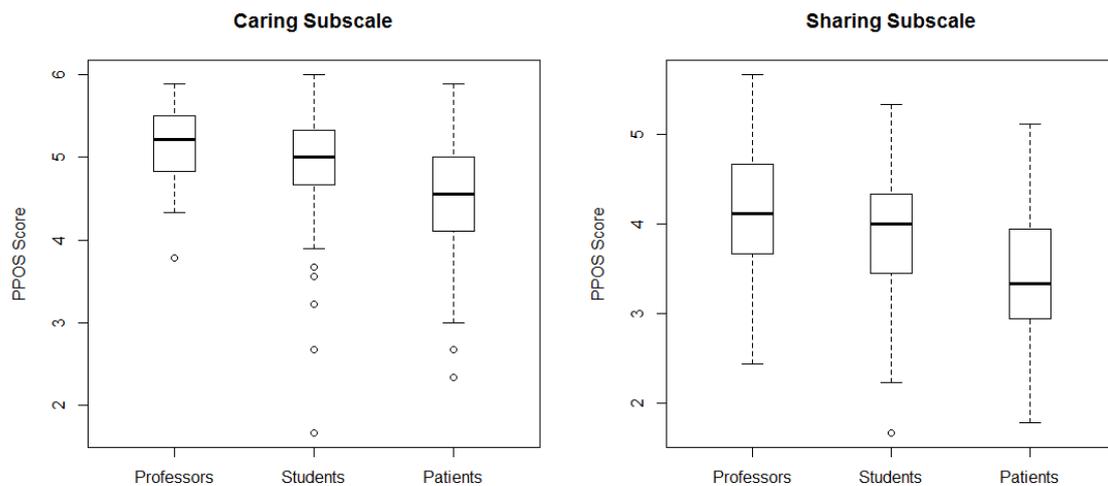


Figure 3. Caring and Sharing subscales' score

## 4. Discussion and Conclusion

### 4.1. Discussion

Patient-centered care is a key factor for a high-quality doctor-patient relationship (Haidet et al., 2001). One of the purposes of assessing that relationship with students, professors and patients is to identify deficits and strengths in the undergraduate medical course (Pereira et al., 2013). Such analysis allows a reflection on the quality of the doctor-patient relationship, as well as on adequate teaching strategies.

The outcomes of our study show that more than half of the students prefer a doctor-centered attitude, and less than 10% show a patient-centered attitude. Most patients also showed an interaction approach centered on the physician, and only 22.6% of the professors showed a patient-centered attitude. Brazilians hold a patronizing culture; in general, doctors do not take the patient's opinion into account (Ribeiro et al., 2007; Paro et al., 2012). This paternalism is a significant factor in the maintenance of such hierarchical and asymmetrical doctor-patient relationship. In addition, the UFS medical school follows a traditional curriculum, which focuses on patient contact only in the final terms. Such aspects hinder the student's preparation for a doctor-patient relationship (Peixoto et al., 2011; Sibille et al., 2011). Since 75% of the Brazilian medical schools follow the same curriculum design (Nassif, 2014), it is possible that this gap in training is a common problem within the country. According to Jucá et al. (2010), the undergraduate medical courses in Brazil do not promote the improvement of patient-centered attitudes. These authors also call the attention to the

nationwide concern to improve the humane relationship behaviors of health caregivers and to change the current healthcare model in Brazil, which focuses on the disease and empowers the physician.

Although literature suggests a connection between doctor-centered attitude and unsatisfied patients (Haidet et al., 2002), the results in our study show that the Total PPOS score for patients had the lowest values. This finding shows, once again, the influence of strongly paternalism values in Brazil. Is the health care biomedical model being strengthened, and is it the one expected by the patients? As literature indicates, educational level and age are social factors which influence the patients' autonomy (Ribeiro et al., 2007). Therefore, we believed that such variables can also be related to the data collected in this study. Only 18.3% of the patients who participated in this survey had higher educational level (completed or incomplete). Also, half of them were 40 years-old and over, and 64.8% performed low-paying or unpaid activities.

The mean of Total PPOS score for professors and students do not indicate a patient-centered attitude. This result may be related to certain educational characteristics of the medical school, such as its traditional curriculum, focus on theoretical and technical content, and disciplines ecstasically organized in semesters (Haidet et al., 2002; Peixoto et al., 2011; Tsimitsiou et al., 2007; Costa, 2007). These characteristics may eventually limit or prevent an appropriate environment for the development of interpersonal skills (Reis et al., 2012). Paro et al. (2012) point that Brazilian medical schools rarely train their students' cognitive skills to consider the other party's perspective during student-patient interaction; when they do, it happens in isolated instances.

The Sharing and Caring subscales had similar mean scores for professors and students. It is probably due to the way interpersonal relationship in the traditional teaching model is learned, ie. hidden or informal curriculum. In this case, the professor becomes an important source of examples for the students' development (Kommalage, 2011). Literature also shows that, besides specific training, another obstacle is an ineffective transfer of learning. In fact, there is a lack of continuous transfer of appropriate interpersonal behaviors when they are not set as specific goals (Bombeke et al., 2012).

The results in this study indicate higher scores in the Caring subscale for all participants. According to the literature, this difference is related to certain Brazilian cultural aspects. Since the Latin interpersonal relationship is more passionate and warm, concerns

with emotional aspects and life circumstances are stronger in the doctor- patient relationship (Ribeiro et al., 2007). This idea confirms the findings of Paro et al. (2012): during the certification process of Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy, the Compassionate Care component stood out when compared to the cognitive skills. This suggests that, for the community under study, emotions play an important role in the performance of humanistic skills in patient care. The authors attributed this result to cultural and religious issues in Brazil. Despite this characteristic, it is believed that patient-doctor communication is becoming more technical and impersonal, due to the prevailing health care model in Brazil, which focus on doctor-centered interactions (Jucá et al., 2010; Ribeiro et al., 2007).

For a better understanding, the results of our study were compared to a research conducted by Krupat et al. (2000). The mean of Total PPOS score and the Sharing subscale score were lower for professors and patients in our study; also, only the Caring subscale score was higher. Again, we believed that different cultural values may influence such results when compared with the data collected from communities in the United States, where cognitive skills are more valued than in Brazil. Accordingly, for the Americans, sharing information towards a more balanced doctor-patient relationship is more emphasized than the attention to the patients' emotional aspects and feelings (Ribeiro et al., 2007). Since the 1960s, the power of doctors and the patient autonomy have been discussed in the United States, while such issues are relatively new in Brazil (Paro et al., 2012). According to these authors, paternalistic behaviors are also common in professor-student relationships in the Brazilian medical school communities. Preferences for the interaction styles and health-disease explanatory models of certain areas indicate culture-related communication problems (Schouten, & Meeuwesen, 2006) and, as a result, a problem of the actual interpersonal relationship.

The students' Total PPOS score found in our study was compared to a research conducted by Ribeiro et al. (2007) with Brazilian students attending a school in the Southeast region. In our study the results showed a lower mean score, with a significant difference ( $p < 0.0001$ ). The students in our study showed a doctor-centered attitude, while the medical students from the Southeast had a moderately patient-centered attitude. The same happened to the mean scores for the Sharing and Caring subscales. We believe that this result may be related to cultural differences between these two Brazilian regions, since both medical schools follow the same curriculum. However, as Ribeiro et al.'s (2007) research did not include

professors, it is impossible to conclude whether the professors' attitude is another influence. Brazil is a very large country, the largest in Latin America, with 198 million inhabitants and 27 territories. As a consequence, both the characteristic patterns of its entire population and the subcultures of each region should be taken into account.

#### **4.2. Conclusions**

Although the samples of this study were obtained in only one medical school, we believe that the relationship established in our findings reflect a problem around the country, influenced by cultural values and medical education curriculum design. Furthermore, the literature suggests that the difficulty in developing the humanized medical student behaviors in attendance is a common problem in many countries and a worldwide concern.

As the attitudes of students, professors and patients are identified, differences among the participants are highlighted, which may provide opportunities for interventions based on the difficulties presented. This study, being cross-sectional, did not follow the students' development throughout the course. However, this research shows that there is still little focus on the development of a more humane doctor-patient and patient-centered relationship. We propose that such relationship be considered by applying more teaching strategies focused on high-quality interaction in medical education and health education activities involving the community. These changes will eventually empower patients within the health care scenario.

However, we understand that in Brazil this issue still has not received enough attention. Once several countries have modified their teaching strategies to accommodate the development of medical students' patient-centered attitudes and they are getting success, we believe that, regardless of the curriculum model, the quality of the doctor-patient relationship should also be the Brazilian students' training focus. Therefore, we suggest that a broader educational policy contemplates this focus in order to restructure medical education in the country, based on the learning and experiences of other places and countries around the world.

#### **References**

Assunção, L. F. Melo, G. C. M. P., & Maciel, D.(2008). The doctor-patient relationship as part of the curriculum from the student's perspective. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32, 383-389.

Bombeke, K., Symons, L., Vermeire, E., [Debaene, L.](#), [Schol, S.](#), [De Winter, B.](#), & [Van Royen, P.](#) (2012). Patient-centredness from education to practice: The ‘lived’ impact of communication skills training. *Medical Teacher*, 34, e338-48. Retrieved September 20/2013, from <http://www.becausehealth.be/media/37363/background%20document%20on%20the%20impact%20of%20communication%20skills%20training.pdf>

Buetow, S., Fuerher, A., Macfarlane, K., [McConnell, D.](#), [Moir, F.](#), [Huggard, P.](#), & [Doerr, H.](#) (2012). Development and validation of a patient measure of doctor-patient caring. *Patient Education and Counseling*, 86, 264-269. Retrieved August 10/2013, from [www.elsevier.com/locate/patedocou](http://www.elsevier.com/locate/patedocou).

Costa, N. M. S.C. (2007). Medical Teaching: why is it so difficult to change? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31, 21-30.

Cousin, G., Mast, M. S., Roter, D. L., & Hall, J. A.(2012) Concordance between physician communication style and patient attitudes predicts patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 87, 193-197.

Grilo, A. M., Santos, M. C., Rita, J. S., & Gomes, A. I. (2013). Assessment of nursing students and nurses’ orientation towards patient-centeredness. *Nurse Education Today*, 34, 35-39. Retrieved August 06/2013, from <http://dx.foi.org/10.1016/j.nedt.2013.02.022>

Haidet, P., Dains, J. E., Paterniti, D. A., Chang, T., Tseng, E., & Rogers, J. C. (2001). Attitudes, information and communication: medical students in patient care. *Academic Medicine*, 76, S42-43.

Haidet, P., Dains, J. E., Paterniti, D. A., [Hechtel, L.](#), [Chang, T.](#), [Tseng, E.](#), & [Rogers, J. C.](#) (2002). Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Medical Education*, 36, 568-574.

Joubert, P.M., Krüger, C., Bergh, A. M., Pickworth, G. E., Van Staden, C.W., Roos, J.L., Schurink, W.J., Du Preez, R.R., Grey, S. V., & Lindeque, B. G. (2006). Medical students on the value of role models for developing soft skills – that’s the way you do it. *South African Psychiatry Review*, 9, 28-32. Retrieved April 10/2011, from [http://repository.up.ac.za/bitstream/handle/2263/15030/Joubert\\_Medical\(2006\).pdf?sequence=1](http://repository.up.ac.za/bitstream/handle/2263/15030/Joubert_Medical(2006).pdf?sequence=1)

Jucá, N. B., Mendes, L. S., Martins, B. V., Silva, C. M., Lino, C. A., Augusto, K. L., & Caprara, A (2010). Communicating an unfavorable diagnosis during the physician-patient

relationship: a role-playing experiment with medical students. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34, 57-64.

Kommalage, M. (2011). Hidden and informal curricula in medical schools: impact on the medical profession in Sri Lanka. *Ceylon Medical Journal*, 56, 29-30. Retrieved June 20/2012, from <http://www.sljol.info/index.php/CMJ/article/viewFile/1893/2315>

Krupat, E., Rosenkranz, S.L., Yeager, C. M., [Barnard, K.](#), [Putnam, S. M.](#), & [Inui, T. S.](#) (2000). The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 39, 49-59.

Lau, S. R., Christensen, S.T., & Andreasen, J.T. (2013). Patient's preferences for patient-centered communication: a survey from an outpatient department in rural Sierra Leone. *Patient Education and Counseling*, 93, 312-318. Retrieved September 20/2013, from <http://dx.foi.org/10.1016/j.ped.2013.06.025>

Moore, M. (2008). What does patient-centred communication mean in Nepal? *Medical Education*, 42, 18-26.

Nassif, A. C. N. (2014). *Escolas Médicas do Brasil*. [Medical Schools of Brazil]. Retrieved January 15/2014, from <http://www.escolasmedicas.com.br>

Nunes, P., Williams, S., As, B., & Stevenson, K. (2011) A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *International Journal of Medical Education*, 2, 12-17. Retrieved October 21/2012, from <http://www.ijme.net/archive/2/empathy-decline-in-first-year-students.pdf>

Paro, H. B. M. S., Daud-Gallotti, R. M., Pinto, R. M. C., & Martins, M. A.(2012). Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. *BMC Medical Education*, 12, 73-79. Retrieved July 10/2013, from <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/12/73/>

Peixoto, J. M., Ribeiro, M. M. R. F., & Amaral, C. F. S. (2011). Medical Student's attitudes towards patient-centered care according to curricular models. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35, 229-38.

Pereira, C. M. A. S., Amaral, C. F. S., Ribeiro, M. M. F., Paro, H. B., Pinto, R. M., Reis, L. E, Silva, C.H., & Krupat, E. (2013). Cross-cultural validation of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). *Patient Education and Counseling*, 91, 37-43.

Reis, V. T. C, Prata, M. A. R., & Soares, A. B. (2012). Social skills and affectivity in the school contexto: perspectives involving teachers and teaching-learning. *Psicologia Argumento*, 30, 347-57.

Ribeiro, M. M. R. F.(2006). Avaliação da atitude do estudante de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a respeito da relação médico-paciente ao longo do curso médico [Evaluation of medical student attitude from Federal University of Minas Gerais, about the doctor-patient relationship throughout the medical course]. (Unpublished doctoral dissertation). Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

Ribeiro, M. M. R. F., & Amaral, C. F. S. (2008). Patient-centered care and medical teaching: the importance of caring and sharing. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32, 90-97.

Ribeiro, M. M., Krupat, E., & Amaral, C. F. S. (2007). Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. *Medical Teacher*, 29, e204-208. Retrieved October 22/2012, from <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/01421590701543133>

Ross, E. F., & Haidet, P. (2011). Attitudes of physical therapy students toward patient-centered care, before and after a course in psychosocial aspects of care. *Patient Education and Counseling*, 85, 529-532.

Schouten, B. C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 64, 21-34.

Shaw, W. S., Woiszwilllo, M. J., & Krupat, E. (2012). Further validation of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) from recorded visits for back pain. *Patient Education and Counseling*, 89, 288-291. Retrieved August 06/2013, from <http://www.elsevier.com/locate/pateducou>.

Sibille, K. A., Greene, A. F., & Bush, J. E. (2010). Preparing physicians for the 21st century: Targeting communication skills and the promotion of health behavior change. *Annals of Behavioral Science and Medical Education*, 16,7-13.

Tsimtsiou, Z., Kerasidou, O., Efstathiou, N., [Papaharitou, S.](#), [Hatzimouratidis, K.](#), & [Hatzichristou, D.](#) (2007). Medical students' attitudes toward patient-centred care. A longitudinal survey. *Medical Education*, 41, 146-153.

## CAPÍTULO VII

“O que vai diferenciar um médico de outro não se reduz, portanto, ao conhecimento terapêutico, mas diz respeito ao modo como ele combina esse saber com a relação que estabelece com o paciente.”

Ana Cecília Silveira Lins Sucupira, 2010  
Médica da Faculdade de Medicina da USP

### 1. DISCUSSÃO GERAL

A temática *relação médico-paciente* tem sido ressaltada como um dos fundamentos da competência clínica na prática em saúde e, portanto, de relevância no contexto da educação médica (SUCUPIRA, 2007; GROSSEMAN, STOL, 2008, NUNES et al., 2008, JUCÁ et al., 2010, RIBEIRO, KRUPAT, AMARAL, 2007). A sua importância se dá a partir do momento que estudos apontam que a relação de qualidade com o paciente tem impacto positivo na saúde. Alguns exemplos podem ser citados: o aumento na satisfação do paciente (SILVA et al., 2011, FRANCO, 2002; FRANCO, ALVES, 2005), a concordância sobre a problemática (SOUTO, PEREIRA, 2011), a qualidade do serviço prestado (CAPRARA, RODRIGUES, 2004, MILLENSON, 2012), a confiança estabelecida (ROBERSTSON, DIXON, LeGRAND, 2008), a adesão ao tratamento (GUSMÃO, MION Jr., 2006) e a maior probabilidade de sucesso da intervenção (HENRY, HOLMBOE, FRANKEL, 2013). Por outro lado, uma crítica feita à medicina é que sua prática atual depende quase que exclusivamente da ciência e da tecnologia, o que leva a falhas pela perda de aspectos humanísticos fundamentais. Médicos com formação humanista mais intensa minimizariam as dificuldades encontradas (GORDON, EVANS, 2010).

Uma vez que este tema é complexo e envolve uma diversidade de variáveis inerentes às questões interpessoais e ao contexto de saúde, faz-se necessário especificar o referencial teórico que sustenta a visão de homem e de mundo. A literatura resalta a importância da clareza do referencial para determinar a validade de um construto, assim como nortear sua análise, discussão e proposta de intervenção de forma coerente (SANTOS et al., 2010).

Na introdução da tese foram abordadas algumas matrizes psicológicas que acrescentaram importantes conceitos ao campo da psicologia da saúde e possibilitaram o desenvolvimento da área. Como as matrizes sustentam visões diferentes sobre o homem e sua

relação com o mundo, explicitar o referencial teórico que está na base do raciocínio do trabalho é importante. Essa diferença aparece no entendimento das relações entre as variáveis sociais, comportamentais, biológicas e/ou históricas. Como explicitado no capítulo II, o referencial teórico que norteia e embasa esta tese é a perspectiva cognitivo-comportamental. Nesta perspectiva, se entende que a interpretação do paciente da situação vivenciada influencia diretamente a forma com que ele processa a informação, ativando crenças, emoções e interferindo em estratégias comportamentais, que por sua vez, fortalecem a interpretação do contexto, conforme Figura 1.

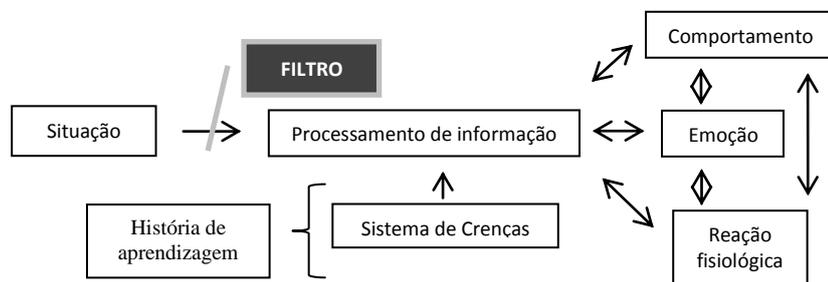


Figura 1. Perspectiva cognitivo-comportamental  
Fonte: autora da tese

Partindo do pressuposto que a qualidade da relação interpessoal no contexto de saúde é uma ferramenta que favorece a compreensão de sentimentos e comportamentos frente à situação vivenciada, assim como aumenta o conhecimento de si próprio e da situação, potencializa o empoderamento e a autonomia do paciente (LOPES, 2005; SIMÕES, BARLETTA, 2009). Ou seja, na perspectiva cognitivo-comportamental a relação médico-paciente adequada é entendida como uma relação terapêutica por interferir no processamento de informações a partir da reestruturação do filtro (significado/interpretação) distorcido do paciente à situação e da modificação de comportamentos inadequados. Isto é possível, pois uma relação interpessoal de qualidade é flexível, horizontal e colaborativa, favorecendo a tomada de decisão e a resolução de problemas a partir de um objetivo comum entre médico e paciente, levando em consideração as questões ambientais e pessoais de cada um, conforme Figura 2.

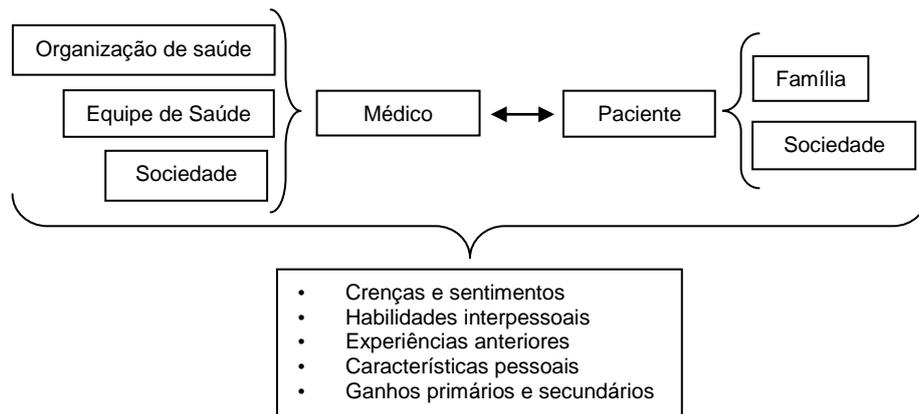


Figura 2. Variáveis que interferem na relação médico-paciente  
 Fonte: autora da tese

Jucá et al. (2010) reforçam que além das questões individuais e relacionadas a díade, aspectos macroestruturais também permeiam esta relação, passando pela própria organização do sistema de saúde até aspectos culturais e políticos. Um exemplo citado por esses autores é a Política Nacional de Humanização, que busca a transformação do modelo de atenção em saúde para um atendimento centrado no paciente. Porém, outros fatores macroestruturais dificultam esta mudança, como o maior pagamento para procedimentos técnicos do que para o suporte relacional de ouvir e conversar (RIBEIRO, KRUPAT, AMARAL, 2007).

No Brasil a preocupação acerca da relação médico-paciente é recente quando comparada a outros países. Paro et al. (2012) relatam que apenas no final dos anos 1990, após a reforma no Código de Ética Médica que esse assunto ganhou força. Esses autores reforçam que a forte cultura paternalista no país continua mantendo o desequilíbrio entre o poder e a autonomia do médico e do paciente durante o atendimento. Talvez esses dois fatos favoreçam os aspectos descritos no capítulo III, os quais apontaram o interesse apenas recente dos pesquisadores sobre a temática e a crescente produção científica nos últimos anos. Outro fator que também pode ter contribuído para o aumento deste interesse foi o lançamento da Política Nacional de Humanização pelo Ministério da Saúde no ano de 2003 (Brasil, 2004), uma vez que a partir do ano seguinte as pesquisas e suas publicações foram intensificadas. O capítulo III ainda aponta a humanização como segundo aspecto da relação médico-paciente mais estudado, fortalecendo a ideia desta relação com a produção de conhecimento. Porém, ainda há lacunas na produção nacional, confirmando a opinião de alguns autores como Mello Filho (1992), que há tempos criticam a pouca publicação de pesquisadores brasileiros quando

comparados com profissionais europeus, americanos ou argentinos. Este mesmo autor explica que os brasileiros se dedicam muito à prática e não se preparam para escrever.

Esta explicação pode justificar os tipos de estudos nacionais sobre relação médico-paciente que, de uma forma geral, são observacionais com intuito de identificar o problema, assim como de descrever relatos de experiências e atividades educacionais. De acordo com os ciclos de pesquisa proposto por Mrazek e Haggerty (1994) e enfatizado por Abreu-Oliveira (2012) em seu trabalho, estes estudos estariam no terceiro ciclo denominado ‘estudos pilotos baseado na literatura’. Para avançar para o ciclo seguinte, denominado ‘teste avançado’, em que são realizados programas e pesquisas com delineamentos experimentais ou quase-experimentais, é fundamental investir no desenvolvimento e validação de instrumentos de medidas específicas para a relação médico-paciente, o que apareceu como uma lacuna no cenário nacional (COSTA, AZEVEDO, 2010).

A revisão do capítulo III buscou trabalhos publicados até julho de 2012, mas após esta data verificou-se duas publicações sobre a validação de instrumentos em versão brasileira, sendo o próprio PPOS utilizado nesta tese (PEREIRA et al., 2013) e a Escala de Empatia de Jefferson (PARO et al., 2012) em revistas internacionais. Entende-se que há uma preocupação com a necessidade de se ter mais instrumentos confiáveis para continuação de pesquisas com delineamentos mais rigorosos, reforçando o raciocínio de alguns pesquisadores (ABREU, 2012; COSTA, AZEVEDO, 2010), o que pode ser visto como um avanço.

Após um olhar geral sobre a relação médico-paciente e a produção científica no Brasil, outro ponto abordado nesta tese se refere aos aspectos educacionais, que é um dos focos de atenção e preocupação no cenário mundial quando sobre esta temática. Essa também parece ser uma preocupação nacional, visto que a Revista Brasileira de Educação Médica é a que mais publica artigos sobre a relação interpessoal, conforme identificado no capítulo III.

Diante da complexidade das relações interpessoais e da gama de aspectos situacionais e culturais relacionados, planejar o desenvolvimento das habilidades sociais dos futuros médicos deve estar incluso nas metas educacionais. A avaliação de necessidade é o primeiro passo para o desenvolvimento de programas de capacitação e desenvolvimento de habilidades interpessoais, uma vez que consegue diferentes fontes de informação sobre o mesmo tema e de pessoas que convivem em uma mesma comunidade ou estão envolvidos com a mesma problemática. De acordo com Bartholomew et al. (2011), essa avaliação pode conter dois olhares importantes, sendo o primeiro uma análise epidemiológica, comportamental e social

de um grupo e seus problemas. O segundo ponto seria o entendimento deste grupo e de seus membros, levando em consideração os pontos fortes, o conhecimento da problemática e as possíveis soluções. Desta forma, seria possível descrever e visualizar o problema, o seu impacto na qualidade das relações interpessoais do grupo, as causas comportamentais e ambientais assim como seus determinantes. Essa variedade permite um abrangente rol de indicadores e de interpretações sobre as lacunas e potencialidades das habilidades sociais naquele contexto específico, o que justifica seu uso para alcançar os objetivos desta tese. Além disso, os métodos de autorrelato são importantes para avaliar a percepção sobre o repertório e aspectos ambientais em contextos específicos (DEL PRETTE, PEREIRA, 2008), sendo também indicados para este trabalho.

Partindo desse raciocínio, os resultados apresentados nos capítulos IV, V e VI permitem refletir sobre o ensino e aprendizagem da relação interpessoal na graduação de medicina na Universidade Federal de Sergipe, seus pontos fortes e algumas dificuldades, assim como dão subsídio para o planejamento de estratégias de intervenção educacionais mais focadas. Como exemplo, tem-se a percepção de alunos e professores sobre o fato de que as habilidades interpessoais mais ensinadas estão relacionadas com a comunicação, a empatia e a civilidade, conforme descrito no capítulo IV. Porém, a comunicação não está entre as três mais indicadas como importante para os professores, alunos e pacientes, conforme descrito no capítulo V. Esta percepção conflita com a literatura que indica a comunicação como uma das habilidades interpessoais essenciais para o estabelecimento de uma relação médico-paciente de qualidade (DYCHE, 2007; NESTEL, TIERNEY, 2007; JUCÁ et al., 2008). Talvez a diferença de percepção entre o que é ensinado e a sua importância esteja relacionada a alguns comportamentos específicos desta classe como ‘falar sobre si mesmo’. Este comportamento foi indicado com pouca ou nenhuma importância por 90,3% dos professores, 92,7% dos alunos e 78,8% dos pacientes.

Já a empatia e a civilidade foram inclusas entre as três classes de habilidades sociais mais importantes para todos os participantes. Ou seja, foram percebidos como importantes e como ensinados. A civilidade é pouco descrita na literatura médica, mas os estudos sobre empatia têm mostrado uma diminuição dessa habilidade social nos estudantes ao longo do curso médico, ainda que se reafirme sua necessidade para a competência profissional (KOMMALAGE, 2011, NUNES et al., 2011). Algumas explicações sobre este declínio encontradas na literatura, como a lacuna entre a expectativa inicial do aluno e a realidade ou

uma forma de resposta adaptativa às dificuldades da profissão, remetem ao mesmo ponto: falha no treinamento, especialmente no que diz respeito aos aspectos emocionais do estudante. Benevides-Pereira e Gonçalves (2009) reforçam que a falta de preparo somado às situações de estresse do curso exigem um repertório vasto do aluno, que por sua vez não o tem e não desenvolve na formação. Esse deficit pode gerar uma série de consequências negativas como o comprometimento da qualidade de vida. Dessa forma, segundo essas autoras, o curso de medicina deveria enfatizar o conhecimento do ser humano, especialmente no que diz respeito às relações interpessoais e afetivas, além das questões técnicas.

Uma vez que a competência profissional está pautada na capacidade analítica, instrumental e inter-relacional (CRUZ, SCHULTZ, 2009; Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2003), identificar os diferentes comportamentos das classes das habilidades interpessoais permite elaborar um *checklist*, a fim de avaliar a sua ocorrência durante o atendimento, assim como durante o processo de ensino e formação profissional. O *checklist* indica em qual/quais comportamentos a atenção deve ser redobrada, pois é um instrumento de avaliação de desempenho prático. Além disso, permite elaborar um treinamento mais focado nas dificuldades apresentadas e auxilia no *feedback* e nas reflexões sobre a situação interpessoal (SILVARES, GONGORA, 2006). Uma das recomendações em destaque do guia de ensino das habilidades clínicas para estudantes de medicina da Associação de Colégios Médicos Americanos – AAMC (2008) é a adoção de objetivos explícitos de competência. Para tanto, é necessário determinar quais habilidades clínicas específicas se desejam alcançar, incluindo as interpessoais e mensurá-las, a fim de identificar se houve desenvolvimento desses comportamentos.

Ainda que o propósito da pesquisa da tese não fosse especificamente conduzir e/ou avaliar um treinamento, os dados encontrados identificaram comportamentos próprios de algumas classes de habilidades sociais que foram percebidas como mais ou menos ensinados. Inserir formalmente em um treinamento pode ser um aspecto importante para o desenvolvimento de habilidades interpessoais durante o curso de medicina, assim como a elaboração de um *checklist* para favorecer esse processo. Os resultados da pesquisa desta tese mostram que a percepção dos professores e alunos sobre o ensino de alguns comportamentos foi concordante, mas discordante em outros comportamentos, como mostra a Figura 3. Percebe-se que esses comportamentos são necessários para uma relação interpessoal bem sucedida no contexto de ajuda e talvez a diferença na percepção de seu ensino possa estar

ligada a falta de formalidade e sistematização do conteúdo inter-relacional na educação médica, ficando restrita à capacidade de absorção dos alunos (SILVA, 2003) e/ou à capacidade intuitiva dos professores (KLOSTER et al., 2013).

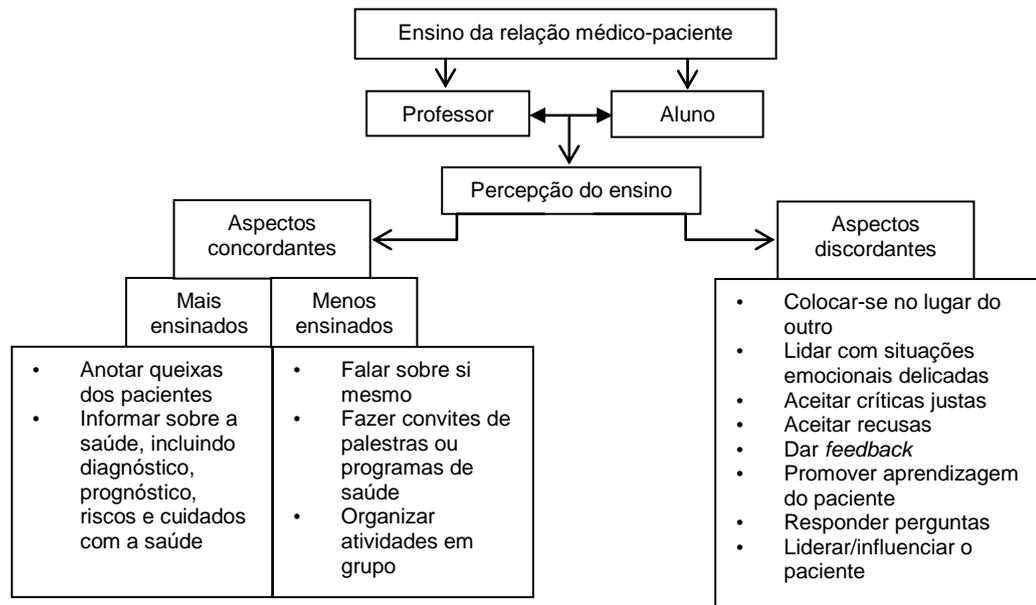


Figura 3. Percepção dos professores e alunos sobre o ensino de comportamentos interpessoais da relação médico-paciente

Fonte: autora da tese

Apesar da importância de indicar claramente os objetivos e habilidades a serem desenvolvidas, apenas duas disciplinas apresentam explicitamente em suas ementas o estudo da relação médico-paciente, conforme descrito no capítulo IV. Uma delas, Propedêutica Médica, foi reconhecida pela maior parte dos alunos como a disciplina em que este estudo acontece. Logo se entende que este deve ser o momento principal de treino de habilidades interpessoais e reflexão sobre a interação entre médico e paciente. A outra, Psicologia Médica, foi indicada por apenas 17,6% dos alunos e a queixa recai sobre a falta de prática da disciplina, sendo percebida como extremamente teórica e pouco útil para o aprendizado de habilidades interpessoais. Somado às principais estratégias de ensino utilizadas pelos professores neste estudo, ou seja, a aprendizagem por regras e a modelação, este dado sugere que pode haver uma dificuldade no processo de desenvolvimento da relação médico-paciente de qualidade na educação médica.

Por mais importante que seja, a aprendizagem por regras não potencializa a variabilidade comportamental (CORTEZ, REIS, 2008) e tão pouco abrange a complexidade da relação de ajuda, especialmente quando é utilizada como única estratégia de ensino. Por outro lado, quando o modelo de relação interpessoal é inadequado, o aluno tem dificuldade em fazer diferente (BERGH et al., 2006; EGNEW, WILSON, 2011). No trabalho do dia a dia do hospital, o comportamento profissional é primeiramente exibido em vez de explicitamente discutido. Dessa forma, se torna essencial que os professores médicos demonstrem valores profissionais e humanísticos todos os dias (VAN MOOK et al., 2009). Turan et al. (2009) reforçam que habilidades sociais não são desenvolvidas necessariamente ao longo dos anos de experiência, pois a experiência pode apenas reforçar hábitos ruins. Ou seja, para desenvolvê-las de maneira adequada é preciso ser ensinada.

O uso de diversas estratégias favorece o desenvolvimento de um repertório interpessoal para lidar com as diferenças ocorridas. Desta forma, ampliar as estratégias de ensino para o desenvolvimento de habilidades sociais e humanísticas se torna fundamental. Kaufman e Mann (2010) ressaltam que a demonstração do comportamento interpessoal desejado e a prática guiada com *feedback* e a análise do comportamento e suas consequências nas situações específicas permite o aluno ficar sensível as contingências e a desenvolver um repertório interpessoal pautado no raciocínio crítico e humanizado. Uma estratégia que tem sido bastante referendada na literatura é o uso de *role playing* (CARVALHO et al., 2010, JUCÁ et al., 2010, EGNEW, WILSON, 2011), seja com o próprio grupo de alunos, seja com pacientes simulados. Alguns autores reforçam que a simulação é uma boa forma para o treinamento dessas habilidades e para a avaliação de competências no ensino médico (SCALESE, OBESO, ISSENBERG, 2007). De acordo com Troncon (2007) esta estratégia, além de suprir a falta de sistematização do ensino da competência profissional, é considerada com alto potencial de promover melhora do desempenho clínico, incluindo os aspectos relacionais e situacionais, sem oferecer desconforto aos pacientes. Esta estratégia permite a reflexão e o aprendizado a partir de erros e *feedback* apropriados, sem contudo, constranger o aluno. Além disso, permite planejar adequadamente as situações clínicas que o professor deseja discutir, focando habilidades e comportamentos interpessoais específicos, assim como garantir o ambiente educacional e condições desejadas. Seria uma etapa preparatória para o atendimento com o paciente real.

Dessa forma, o planejamento educacional deveria passar por algumas etapas e contemplar cada uma durante a execução ou treinamento: (a) aprendizagem por regras com leituras e aulas para conhecimento do que deve ser feito; (b) modelação seguido de discussão, a partir de demonstrações e observações de professores, colegas ou com uso de vídeos; (c) modelagem, a partir de *role playing* e, *a posteriori*, a partir da prática supervisionada, que permite a vivência de situações, a diversidade de cenários e a reflexão da prática. O uso de diversas estratégias corrobora a proposta sobre treinamento de habilidades sociais (THS). Pode-se dizer que neste tipo de treinamento várias intervenções são desenvolvidas com intuito de aumentar o repertório socialmente habilidoso e são realizados especialmente para pessoas que necessitam de uma relação interpessoal satisfatória em um contexto específico, com a utilização de um conjunto de procedimentos e técnicas que viabilizam seu desenvolvimento (Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2009b). Inicialmente as intervenções ocorriam de forma individual, porém, atualmente, o THS é realizado de forma grupal, baseado na proposta de Caballo (1996 apud MAGALHÃES, MURTA, 2003), que sugere grupos de 8 a 12 pessoas, com 8 a 12 encontros de duas horas cada. Pontua-se também a importância da avaliação antes, durante e depois do THS e, se possível com mais de um instrumento.

Por ser uma base e não um protocolo único de THS, a literatura vem apontando variações nos treinamentos, como por exemplo, no treinamento realizado por Magalhães e Murta (2003), participaram 13 estudantes de psicologia, convidados através de cartazes colados na universidade. Os estudantes foram subdivididos em quatro grupos menores, sendo três grupos com três participantes e um com quatro, e com um total de 10 sessões semanais de 90 minutos cada. Já o treinamento realizado por Falcone (1998) focou no comportamento empático (TE), do qual participaram três grupos de 8 e 10 estudantes universitários, com 11 encontros semanais de duas horas cada. Os participantes também foram convidados através de cartazes colados na universidade. Ao se inscreverem para o TE, os estudantes responderam a uma série de instrumentos como a Entrevista Estruturada de Habilidade Empática, BDI, IDATE, SACE-V e SACE-NV. Estes instrumentos serviram para traçar a linha de base, para a avaliação posterior e para incluir ou excluir os interessados no treinamento.

Murta e Tróccoli (2007) descreveram uma intervenção elaborada a partir de uma avaliação de necessidades com sete bombeiros, que focou em desenvolver estratégias de *coping* e manejo de estresse. A intervenção ocorreu em 12 sessões semanais de 90 minutos, com psicoeducação, treino assertivo, treino empático, solução de problemas, relaxamento,

manejo temporal e reestruturação cognitiva. No THS realizado por Bolsoni-Silva et al. (2009) com 15 universitários e três recém-formados, dois instrumentos foram utilizados: um roteiro de entrevista semiestruturado e o Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prete). Neste caso, o convite foi realizado por cartazes afixados nos campi e por divulgação nas salas de aula. Os participantes foram subdivididos em seis grupos com média de três integrantes e o procedimento total foi de 20 encontros semanais de duas horas com cada grupo. Foram incluídos: treino de comunicação, empatia, assertividade, resolução de problemas, liderança, falar em público e trabalho em equipe.

Apesar de exemplos bem sucedidos nem sempre o contexto apresenta condições favoráveis para o THS completo. Por exemplo, no THS realizado por Pureza, Rush, Wagner e Oliveira (2012) com duração de 10 sessões semanais de 120 minutos cada, inicialmente participaram 22 estudantes universitários de cursos variados. Porém os participantes tiveram dificuldade de aderir ao treinamento, sendo que apenas oito participaram durante todo o processo. Uma possibilidade de favorecer o treinamento é incluí-lo em uma disciplina específica ou mesmo como uma atividade curricular obrigatória.

Outra possibilidade mais recente e que tem sido cada vez mais utilizada na saúde pública são as intervenções breves (IB). Esse tipo de intervenção tem duração mais curta e extremamente eficaz para prevenção. Marques e Furtado (2004) ressaltam que a IB tem por objetivo detectar o problema e motivar o paciente para mudança comportamental. Para tanto, um dos fatores é o aumento da informação e a busca de alternativas de respostas adequadas de enfrentamento, de solução de problemas e tomada de decisão. Como ocupa um tempo pequeno, pode ser incluída na rotina sem maiores custos.

Ainda que a IB não tenha sido criada para o propósito educacional, ela pode ser adaptada para tal objetivo, uma vez que os pressupostos que a sustentam são a mudança do comportamento disfuncional, a motivação para a ação e a autopercepção quanto à responsabilidade no processo. Este modelo de intervenção também é conhecido como modelo de autorregulação, cuja meta é o resgate da autonomia. Neste sentido, diversas estratégias e técnicas são utilizadas como a análise da situação e suas consequências, desenvolvimento de novas respostas frente aos riscos com planos de ação para colocá-las em prática e a aplicação de questionários e inventários (MARQUES, FURTADO, 2004). De qualquer forma, para o planejamento de um programa de treinamento efetivo, o primeiro passo é estabelecer quais são as principais necessidades a serem objetivadas.

Um dado que refletiu a problemática da relação interpessoal na comunidade estudada foi o resultado obtido no PPOS apresentado no capítulo VI. Uma vez que tanto os estudantes de medicina quanto os pacientes tiveram uma atitude centrada no médico e os professores uma atitude mediantemente centrada no paciente, acredita-se que duas variáveis possam estar mantendo esse quadro: os valores culturais e o ensino tradicional. Ao identificar as atitudes frente à relação médico-paciente de estudantes, professores e pacientes é possível ressaltar as diferenças entre os participantes, o que pode subsidiar as possibilidades para intervenções adequadas de treinamento da relação médico-paciente, levando em consideração a comunidade estudada. Ao comparar as atitudes dos alunos da UFS localizada no nordeste brasileiro e da UFMG localizada no sudeste brasileiro foram encontradas diferenças (RIBEIRO, 2006). Esse resultado sugere que devam ser consideradas as características e subculturas de cada região para um planejamento de um programa de desenvolvimento de habilidades interpessoais adequado à comunidade. Ainda que alguns autores ressaltem que o Brasil tem um padrão cultural paternalista e, em geral, não leva em consideração a opinião do paciente na tomada de decisão (RIBEIRO et al., 2007, PARO et al., 2012), é questionado se em algumas regiões essa valorização do modelo de atenção centrada no médico não seria mais rígida. Uma vez que os pacientes que participaram desta tese também indicaram uma preferência pela relação centrada no médico, este questionamento se torna mais pertinente. Esse resultado reforça a ideia de que ainda há pouco enfoque no desenvolvimento de uma relação médico-paciente mais humanizada e menos centrada no médico.

Entende-se que o currículo tradicional do curso possa ser um dos fatores que mantenha esta dificuldade, pois neste modelo as habilidades interpessoais para a relação médico-paciente não estão inclusas nas metas do ensino formal. Desta forma, a relação interpessoal é desenvolvida pelos chamados currículos oculto ou informal (DYCHE, 2007, KOMMALAGE, 2011). No currículo oculto, o aprendizado ocorre implicitamente pela observação assistemática e vivência das relações sociais em diversos momentos da vida do estudante. O currículo informal engloba as atividades facultativas e extracurriculares que fazem parte da vida escolar do aluno, como as ligas de medicina e as atividades de esporte da faculdade. Ainda que haja a vivência interpessoal, não há reflexão sobre a situação e não há objetivo de desenvolvimento de habilidades sociais. Para que a habilidade interpessoal seja desenvolvida adequadamente, de acordo com Kaufman e Mann (2010), é necessário que esteja explicitamente inclusa como metas do ensino, que haja a demonstração do comportamento

desejado e que haja reflexão sobre a interação ocorrida. Além disso, algumas características do modelo tradicional de ensino dificultam o desenvolvimento de habilidades interpessoais, como a transmissão e reprodução do conhecimento do professor (JUCÁ et al., 2010, JÚNIOR, 2010), disciplinas estanques e isoladas, com conteúdos fragmentados e pouca troca entre os docentes, o que dificultam o entendimento do todo (SILVA, 2003, COSTA, 2007) e da importância da integralidade do atendimento em saúde (SCHMITH, SIMON, BRÊTAS, BUDÓ, 2011). Uma vez que 75% das escolas médicas do país utilizam um currículo com as características acima descritas (NASSIF, 2014), incluindo o curso da UFS estudado na tese, acredita-se que a necessidade de se repensar o desenvolvimento de habilidades interpessoais na educação médica possa ser uma problemática nacional.

O investimento no desenvolvimento pedagógico de professores se torna fundamental para que diversas estratégias de ensino e diferentes cenários possam ser utilizados para aumentar as oportunidades de aprendizagem (AAMC, 2008; CARRARA, BETETTO, 2009). De acordo com Gordon e Evans (2010), uma vez que as ciências humanas ocupam uma posição precária nos currículos médicos, os professores precisam ter uma visão clara sobre o seu ensino para promover o desenvolvimento dos estudantes de medicina. O ensino das humanidades, incluindo a qualidade da relação com o paciente, pode promover o amadurecimento pessoal e profissional do aluno, aumentando a reflexão sobre a experiência de adoecer e o manejo do adoecimento. Para tanto, ao invés de alocar este ensino em disciplinas que acabam por concorrer com outras disciplinas mais técnicas e consideradas mais importantes, seria interessante misturá-la com outros elementos do currículo médico. Os professores que responderam o estudo desta tese, ainda que acreditassem na importância do ensino de habilidades interpessoais (96,8%) para os estudantes de medicina, não descreveram o uso de estratégias pedagógicas suficientes para este fim. Ainda que não se tenha questionado sobre a formação e treinamento do professor para a função docente, se reconhece essa necessidade. Criar um ambiente favorável à aprendizagem, assim como à exposição do aluno para o desenvolvimento de habilidades clínicas sem críticas negativas ou situações vergonhosas (HASAN et al., 2011) exige desenvolvimento da função docente para além da competência médica. Conforme citado no capítulo IV, algumas queixas dos alunos sobre a aprendizagem da relação médico-paciente perpassam exatamente sobre esses aspectos como as falhas na estrutura curricular em focar desenvolvimento de habilidades interpessoais

(52,7%) e aspectos relacionados ao docente (20,5%), por exemplo, a falta de interesse, orientação ou exemplos positivos.

Algumas dificuldades foram encontradas ao longo da execução desta pesquisa. Na coleta de dados, por exemplo, alunos dos primeiros semestres tiveram dificuldade em responder os instrumentos e alegaram que não tinham ainda condições de opinar sobre a temática. Entende-se que estes alunos ainda não passaram por disciplinas que tratam especificamente da relação médico-paciente ou de assuntos tangenciais. Conforme visto no capítulo IV, as duas disciplinas que envolvem diretamente a temática (Propedêutica Médica e Psicologia Médica) estão alocadas no quinto período e as que perpassam por pontos que podem ser relativos ao assunto, apenas uma (Saúde e Sociedade) está alocada no terceiro período do curso e as outras a partir do sétimo. Apesar disto, inicialmente se acreditava que os alunos não teriam dificuldade por se tratar de um assunto que está presente no cotidiano e que, mesmo no papel de paciente, já tiveram alguma experiência com a relação médico-paciente. Porém, como as habilidades interpessoais devem ser contextualizadas (DEL PRETTE, PEREIRA, 2008; Z. DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2009a), as demandas do trabalho em saúde e a vulnerabilidade intermediada pelo adoecimento devem ser consideradas na relação médico-paciente. Talvez esses fatores dificultaram as respostas dos alunos de turmas iniciantes.

Outra dificuldade encontrada ao longo do trabalho foi a pouca adesão dos professores em participar da pesquisa. Os principais motivos encontrados para que os professores não respondessem o instrumento foram a falta de tempo e a falta de interesse no assunto abordado. Acredita-se que o tamanho do instrumento possa ser um fator que gerou a recusa, pois este era longo e demandava tempo. Como a maior parte dos professores, além de suas funções acadêmicas também exerciam atividades médicas, o tempo é um complicador real. Outros estudos também apontam a dificuldade em acessar dados em população com características parecidas. Por exemplo, no estudo de Neira et al. (2010) sobre a segunda opinião médica em radiologia, foram elencados dois grupos de médicos: residentes e *staff*. Os residentes formam um grupo de estudantes de pós-graduação, enquanto o *staff* seria composto pelos médicos professores dos residentes. O primeiro grupo contou com a participação de 49 médicos, porém o segundo grupo não teve adesão, sendo descartado da pesquisa.

Com o grupo de pacientes, a primeira dificuldade foi sanada após a realização do estudo piloto, momento em que foram introduzidos dois cartões de respostas em forma de

régua de 5 e 6 pontos, a fim de facilitar o reconhecimento e compreensão da escala Likert. A necessidade de o pesquisador ler cada questão para o paciente também foi identificada neste momento, a fim de evitar que a possível dificuldade de leitura pudesse gerar qualquer constrangimento. Outros estudos também descreveram uma dificuldade semelhante. Por exemplo, no estudo de Pereira (2012) para validar o PPOS em português, os pacientes tiveram maior dificuldade em compreender o instrumento do que os médicos e estudantes de medicina. Segundo a autora, as diferenças nas características sociocultural dos grupos pode ser uma explicação para a dificuldade demonstrada pelos pacientes. Outra explicação dada, é que a pouca familiaridade com a escala Likert também dificulta o entendimento deste tipo de instrumento. Durante a coleta de dados, de uma forma geral, os pacientes mostravam-se disponíveis em participar da pesquisa. Apesar desta disponibilidade, só era possível aplicar os instrumentos no momento em que o paciente estava esperando por atendimento. Muitas vezes, o paciente era chamado para a sua consulta no meio da coleta. Esta situação inviabilizava o dado, pois mesmo que o pesquisador esperasse o término do atendimento, após a consulta o paciente não demonstrava interesse em participar ou continuar respondendo.

### **1.1 Limitações e pesquisas futuras**

Esta é uma pesquisa descritiva e transversal, portanto, não foi o seu objetivo acompanhar o desenvolvimento dos alunos ao longo do curso. Sugere-se uma pesquisa longitudinal para identificar os comportamentos interpessoais em diferentes momentos do aprendizado e se/quando há mudanças, tornando-os mais intensos ou menos frequentes. Outra possibilidade é ampliar a população alvo da identificação dos comportamentos interpessoais, incluindo residentes.

Outra limitação desta pesquisa está ligada à coleta de dados, que ocorreu em uma única escola de medicina. Essa escolha se deu em função ao objetivo da pesquisa da tese de fazer uma avaliação de necessidades que descrevesse a problemática do ensino e da aprendizagem da relação médico-paciente. Mas, mesmo que a coleta tenha sido realizada na maior escola médica e mais antiga do estado de Sergipe, recomenda-se que sejam feitas avaliações sobre o ensino da relação médico-paciente em outras instituições de ensino superior. Além de aumentar o poder de generalização dos achados, ainda seria possível comparar diferentes tipos de ensino, uma vez que neste estado há escolas de ensino tradicional e de aprendizagem baseada em problemas, assim como, instituições privadas e públicas.

Ainda que a literatura apresente relatos de experiência e estudos observacionais sobre os aspectos relacionais, ainda há uma grande lacuna de pesquisas apontando o impacto de atividades específicas de ensino e/ou de treinamento desta temática com delineamento experimentais ou quase-experimentais, ou mesmo comparando o repertório comportamental do início e do fim do curso dos alunos de medicina. Uma vez que os resultados desta pesquisa de tese possibilitam visualizar as lacunas e potencialidades do ensino das relações interpessoais, sugere-se que pesquisas de intervenção educacional sejam executadas. Assim, o planejamento de atividades utilizando estratégias diversificadas para o desenvolvimento da relação médico-paciente, com medidas comportamentais antes e depois se torna um foco importante de pesquisa.

Com a falta de instrumentos específicos para a relação médico-paciente, foi construído um questionário para a realização desta tese baseado na literatura que aborda o desenvolvimento das habilidades sociais e aprendizagem socioemocional na infância. A. Del Prette e Del Prette (2003) realizaram um estudo com professores de ensino fundamental para levantar a viabilidade de articular as habilidades sociais aos objetivos curriculares como estratégia de prevenção de violência. Para tanto utilizaram um instrumento intitulado 'Questionário das Relações Interpessoais'. Este questionário serviu de base para a elaboração do instrumento da tese, que foi contextualizado para a relação interpessoal no ambiente de saúde e da educação superior. Ainda que não tenha sido objetivo da tese validar o instrumento, este pode servir de base para estudos futuros. Portanto, sugere-se também a construção e a validação de um instrumento que possa medir comportamentos interpessoais na relação médico-paciente.

## **1.2 Implicações para a educação médica**

Uma das implicações dos achados desta tese é a possibilidade de reflexão do processo de ensino a partir das potencialidades e dificuldades do curso, sob a ótica dos participantes diretos. À medida que se verificou que nas ementas do curso de medicina há uma lacuna no que diz respeito ao ensino das habilidades sociais e do atendimento centrado no paciente, pode-se reavaliar as metas curriculares e transformá-las, a fim de abranger as capacidades analíticas, instrumentais e interpessoais no desenvolvimento da competência profissional.

Os resultados mostraram que os respondentes percebem que a relação interpessoal é um conteúdo importante a ser desenvolvido na educação médica, o que favorece a

incorporação de ferramentas bem sucedidas para seu ensino, mesmo no modelo tradicional. Nesse sentido, entende-se que não há necessidade de transformar radicalmente todo o curso já em andamento, uma vez que o modelo tradicional tem bons resultados no desenvolvimento das capacidades analítica e instrumental. Mas agregar a capacidade inter-relacional nesta perspectiva é fundamental.

Inserir o uso da problematização em algumas disciplinas ou em alguns momentos pode facilitar o desenvolvimento interpessoal, assim como repensar a forma de ensino e as estratégias didáticas ou mesmo a relação professor-aluno. Outra possibilidade é a inclusão de uma disciplina específica para este fim, baseada no THS, com uma metodologia vivencial e adaptada para a situação de atendimento em saúde. A fim de propiciar um ambiente facilitador de atividades de dramatização e demonstrações de comportamentos interpessoais específicos, pode-se incluir *role playing* e simulações em laboratórios de habilidades interpessoais com sala de espelhos para a observação, seguida da discussão da relação interpessoal e das consequências dos comportamentos. Este tipo de atividade potencializa a discriminação do aluno aos fatores relacionados à situação, assim como aumenta a sensibilidade ao paciente. Além disso, esta dinâmica educacional possibilita a expressão da audiência positiva dos membros do grupo, sejam alunos ou professores, da mesma forma que potencializa a emissão de padrões comportamentais que normalmente são punidos em outros ambientes de atendimento em saúde.

Ao pensar no currículo em si, além de explicitar objetivos interpessoais na própria ementa e na meta final, seria interessante pensar em uma disciplina transversal, que ocorresse durante vários momentos do curso. A vantagem é acessar os alunos em diferentes estágios da formação e poder relacionar as questões interpessoais, éticas e humanísticas com diversos outros valores ao longo da graduação, conforme sugere Gordon e Evans (2010). Assim, uma proposta de atividades curriculares são oficinas ao longo dos semestres como continuidade ao desenvolvimento e à mudança comportamental da relação médico-paciente. Estas oficinas podem ser realizadas no modelo das IB, a fim de manter a motivação sobre a mudança de comportamento e a sensibilidade ao paciente.

Outras propostas de mudanças nos currículos dos cursos de Medicina também foram observadas, com intuito de incorporar uma perspectiva mais humanizada e integralizadora do processo saúde-doença no ensino médico. Elenca-se uma ampliação dos cenários, ênfase na atenção básica de saúde, integração serviço-ensino e adoção de metodologias pedagógicas

mais ativas e centradas no processo de aprendizagem do aluno como novas propostas no processo educacional (GOMES, REGO, 2011).

A literatura tem enfatizado a importância do treinamento e da capacitação de professores, a fim de potencializar o desenvolvimento docente (CARRARA, BETETTO, 2009). Capacitar o professor para o uso de estratégias didáticas mais focadas na qualidade da interação no ensino médico que possibilitem o desenvolvimento de habilidades interpessoais no alunado. Uma vez que o professor é peça fundamental do processo ensino, é importante transformar a relação professor/aluno tornando-a menos hierarquizada, aumentando o ensino centrado no aluno (TRONCON, 2007).

Como os resultados da tese apontaram para a preferência da relação médico-paciente centrada no profissional por parte dos pacientes, uma proposta é incluir como recurso pedagógico atividades de educação em saúde com a comunidade. A educação em saúde favorece o empoderamento de pacientes sobre o cuidado da própria saúde e, conseqüentemente, sua participação na tomada de decisão sobre sua saúde.

### **1.3 Implicações para prática no contexto de saúde**

A partir do que foi exposto, sugere-se veementemente a priorização do desenvolvimento da relação médico-paciente de qualidade, desde o âmbito educacional até a reflexão de políticas que fortaleçam essa temática. A integralidade do atendimento é potencializada quando o paciente tem mais possibilidade de participação e corresponsabilização da própria saúde (SCHMITH et al., 2011). Isto porque, ao se prestar mais atenção às relações interpessoais, aumenta-se a harmonia entre os participantes, assim como a colaboração, a tomada de decisão e a resolução de problemas.

Uma vez que o desenvolvimento de habilidades sociais e do atendimento centrado no paciente passa a ser meta da educação médica, a qualidade da relação médico-paciente aumenta, melhorando aspectos como: o vínculo positivo estabelecido (ROBERSTSON, DIXON, LeGRAND, 2008), a possibilidade de expressão dos participantes (JUCÁ et al., 2010), a satisfação quanto ao atendimento (FRANCO, ALVES, 2005), comportamentos de promoção de saúde como a adesão à terapêutica e prescrição medicamentosa e hábitos saudáveis (GUSMÃO, MION Jr, 2006). Até mesmo a qualidade do serviço (CAPRARA, RODRIGUES, 2004) e o lucro podem ser notados (MILLENSON, 2012).

## CAPÍTULO VIII

“O tratamento de uma doença pode ser totalmente impessoal, mas o cuidado do paciente precisa ser totalmente pessoal.”  
Peabody, 1927

### 1. CONCLUSÃO

No presente estudo, após contextualização sobre a perspectiva cognitivo-comportamental e uma descrição da produção nacional, fez-se uma análise de necessidades com vistas a identificar alvos para a melhoria do ensino e a aprendizagem da relação médico-paciente no curso de graduação de Medicina da UFS, cujas principais conclusões foram: (a) que a relação médico-paciente ainda não está incluída no planejamento formal do curso de Medicina, (b) que este conteúdo não está sendo desenvolvido de forma contínua e (c) que o uso de estratégias de ensino específicas para habilidades interpessoais é restrito. Porém, há uma credibilidade da importância do desenvolvimento interpessoal na educação médica pelos respondentes o que favorece a formalização de seu ensino e a inclusão de novas estratégias didáticas. Esta identificação pode promover discussões sobre o planejamento educacional, bem como a reflexão sobre o treinamento de habilidades sociais levando em consideração as demandas dos professores, estudantes e pacientes.

#### 1.1 Conclusão dos artigos

**Artigo 1** – A perspectiva cognitivo-comportamental dos aspectos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente

**Objetivo específico 1 - Descrever os aspectos psicossociais da relação médico-paciente sob o enfoque da perspectiva cognitivo-comportamental**

Conclusão:

- a. A partir da perspectiva cognitivo-comportamental, concluiu-se que a participação do médico e do paciente na tomada de decisão e a relação colaborativa, empática e bidirecional são aspectos importantes da qualidade da relação estabelecida.

- b. As crenças, necessidades específicas e características pessoais ganham lugar de destaque. Além disso, a organização empregadora, a equipe de saúde, o meio social e os familiares vão interferir na dinâmica da relação. O suporte social e a comunicação terapêutica são outros componentes da multifatorialidade desse processo.
- c. A relação positiva permite o aparecimento de fatores de predisposição da doença, facilita o treino de habilidades assertivas de enfrentamento, a reestruturação cognitiva e a reeducação emocional resultando na construção de respostas adaptativas a situações adversas.

**Artigo 2** – A relação médico-paciente: uma revisão integrativa da produção científica nacional.

**Objetivo específico 2 - Descrever a produção científica nacional acerca da relação médico-paciente.**

Conclusão:

- d. Houve um aumento de interesse na temática na última década, sendo que o principal referencial teórico encontrado foi a psicanálise e a comunicação a habilidade mais discutida.
- e. A maior lacuna encontrada foi a falta de pesquisas com delineamento experimental e a falta de instrumentos adequados de medição e avaliação de aspectos da relação médico-paciente.

**Artigo 3** – The teaching-learning process of doctor-patient relationship in Brazil.

**Objetivo específico 3 - Identificar como os professores e alunos do curso de Medicina percebem o processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente.**

Conclusão:

- f. O ensino da relação médico-paciente não está formalmente, e tão pouco sistematicamente, inserido no planejamento educacional no curso de Medicina da UFS, este conteúdo não é desenvolvido de forma contínua e o uso de estratégias de ensino específicas para habilidades interpessoais é restrito.

**Artigo 4** – Social skills and medical education: the perceived importance of interpersonal behavior in the assistance relationship.

**Objetivo específico 4 - Identificar a percepção da importância das habilidades sociais ensinadas na graduação de Medicina na perspectiva dos professores, estudantes e paciente.**

Conclusão:

- g. As classes de habilidades sociais percebidas como importantes por mais de 80% dos participantes foram a de autocontrole e expressividade emocional, comunicação, civilidade e empatia.
- h. A classe de habilidade social considerada menos importante foi a assertividade.

**Artigo 5** – The doctor-patient relationship: attitudes of medical students, professors and patients in Brazil.

**Objetivo específico 5 - Identificar as atitudes frente à relação médico-paciente do estudante de Medicina, do professor e do paciente.**

Conclusão:

- i. Alunos e pacientes indicaram uma atitude centrada no médico e os professores uma atitude mediantemente centrada no paciente.
- j. Há pouco enfoque no desenvolvimento de uma relação médico-paciente mais humanizada e centrada no paciente, seja pelos aspectos da educação médica como o currículo tradicional, seja por valores culturais brasileiros e locais, seja pela interação destes.

## REFERÊNCIAS DA TESE

ABREU, S. **Prevenção em saúde mental no Brasil na perspectiva da literatura e de especialistas da área**, 2012, 96f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura), Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

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

ALMEIDA, F. F.; CANTAL, C.; COSTA JR., A. L. Prontuário psicológico orientado par ao problema: um modelo em construção. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 8, n. 2, p. 430-443, 2008.

ALMEIDA, H. O., ALVES, N. M.; COSTA, M. P., TRINDADE, E. M. V., MUZA, G. M. Desenvolvendo competências em comunicação: uma experiência com a medicina narrativa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 3, p. 208-216, 2005.

ALMEIDA, R. A., MALAGRIS, L. E. N.. A prática da psicologia da saúde. **Revista SBPH**, v. 14, n. 2, p. 183-202, 2011.

\_\_\_\_\_. A terapia cognitivo-comportamental na psicologia da saúde. In: FALCONE, E. M. O., OLIVA, A. D., FIGUEIREDO, C. (orgs.) **Produções em Terapia cognitivo-comportamental**. SP: Casa do Psicólogo, 2012, p. 275-283.

ASPEGREN, K. Teaching and learning communication skills in medicine: a review with quality grading of articles. **Medical Teacher**, v. 21, n. 6, p. 563-570, 1999.

ASSAD, J. E. Relação médico-paciente no final do século XX. In: **Desafios Éticos**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1993, p. 104-111.

ASSOCIAÇÃO DE COLÉGIOS MÉDICOS AMERICANOS – AAMC. Recommendations for Clinical Skills Curricula for Undergraduate Medical Education, 2008. Acesso em 02/01/2014. Disponível em [https://www.aamc.org/download/130608/data/clinicalskills\\_oct09.qxd.pdf](https://www.aamc.org/download/130608/data/clinicalskills_oct09.qxd.pdf)

ASSUNÇÃO, L. F., MELO, G. C. M. P., MACIEL, D. Relação médico-paciente permeando o currículo na ótica do estudante. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p.383- 389, 2008.

BANDEIRA, M., QUAGLIA, M. A. C. Comportamento assertivo: relações com ansiedade, locus de controle e auto-estima. In: BANDEIRA, M.; DEL PRETTE, Z.; DEL PRETTE, A. (orgs.) **Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 161-179.

BANDURA, A., ADAMS, N., BEYER, J. Cognitive process mediating behavioral change. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 35, n. 3, p. 125-139, 1977. Disponível em <http://www.des.emory.edu/mfp/Bandura1977JPSP.pdf>. Acesso em 03/11/2010.

BARLETTA, J. B. **Treinando respostas de adesão ao tratamento de portadores de AIDS hospitalizados**: um estudo exploratório, 2003, 88f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Psicologia da Saúde e Medicina Comportamental: foco na atuação profissional. **Cadernos de Psicologia da UFS**, v. X, n. 5, p. 19-37, 2008.

\_\_\_\_\_. Comportamentos e crenças em saúde: contribuições da psicologia para a medicina comportamental. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 2, n. 1, 307-317, 2010. Disponível em <http://revistapsico.imed.edu.br/index.php/revistapsico/issue/view/7>. Acesso em 10/10/2011.

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

BARROS, P., FALCONE, E. M., PINHO, V. D. Avaliação da empatia médica na percepção de médicos e pacientes em contextos público e privado de saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 36-43, 2011.

BARTHOLOMEW, L. K., PARCEL, G. S., KOK, G., GOTTIEB, N. H., FERNANDEZ, M. E. **Planning Health Promotion Programs: an intervention mapping approach**. 3<sup>o</sup> ed. São Francisco: Jossey-Bass, 2011.

BATISTA, C. C., GOLDIM, J. R., FRITSCHER, C. C. (2005). Bioética Clínica: ciência e humanidade. **Scientia Medica**, v. 15, n. 1, p. 52-59, 2005.

BAUM, POLSLUSZNY. Health Psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. **Annual Review of Psychology**, v. 50, p. 137-163, 1999. Disponível em: [www.bellhowell.infolearning.com/pqdauto](http://www.bellhowell.infolearning.com/pqdauto). Acesso em 28/02/2002

BECK, J. S. **Terapia Cognitiva para desafios Clínicos: o que fazer quando o básico não funciona**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2007.

BENNETT, K., LYONS, Z. Communication Skills in Medical Education: An Integrated Approach. **Education Research and Perspectives**, v. 38, n. 2, p. 45-56, 2011. Disponível em [http://www.erjournal.net/wp-content/uploads/2012/07/ERP\\_38-2\\_Bennett-K.S.-Lyons-Z.-2011.-Communication-skills-in-medical-education.pdf](http://www.erjournal.net/wp-content/uploads/2012/07/ERP_38-2_Bennett-K.S.-Lyons-Z.-2011.-Communication-skills-in-medical-education.pdf) Acesso em 28/01/2014.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T., GONÇALVES, M. B. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, p. 10-23, 2009.

BERG, A. M., VAN STADEN, C. W.; JOUBERT, P. M.; KRÜGER, C.; PICKWORTH, G. E.; ROOS, J. L.; SCHURINK, W. J.; DU PREEZ, R. R.; GREY, S. V.; LINDEQUE, B. G. Medical students' perceptions of their development of soft skills, part II: the development of soft skills through 'guiding and growing'. **SA Family Practice**, v. 48, n. 8, p. 15-19, 2006.

BEIER, M. Algumas considerações sobre o paternalismo hipocrático. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 2, p. 246-254, 2010. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/241/224> Acesso em 26/09/2013.

BEIER, M.; IANNOTTI, G. C. O paternalismo e o juramento hipocrático. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, suplemento 2, p. S383-S389, 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151938292010000600017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292010000600017&lng=en&nrm=iso) Acesso em 31/10/2013.

BINZ, M. C., FILHO, E. W., SAUPE, R. Novas tendências, velhas atitudes: as distâncias entre valores humanísticos e inter-relações observadas em um espaço docente e assistencial. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 28-42, 2010.

BOCK, A. M.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. **Psicologias**. São Paulo: Ed. Saraiva, 1998.

BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. **Interação em Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 233-242, 2002.

BOLSONI-SILVA, A. T.; DEL PRETTE, Z., DEL PRETTE, G.; MONTANHER, A. R.; BANDEIRA, M.; DEL PRETTE, A. A área das habilidades sociais no Brasil: uma análise dos estudos publicados em periódicos. In: BANDEIRA, M.; DEL PRETTE, Z.; DEL PRETTE, A. (orgs.) **Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 17-45.

BOLSONI-SILVA, A. T., LEME, V. B. R., LIMA, A. M., COSTA-JUNIOR, F. M., CORREIA, M. R. Avaliação de um treinamento de habilidades sociais (THS) com universitários e recém-formados. **Interação em Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 241-251, 2009.

BOMBEKE, K., SYMONS, L., VERMEIRE, E., DEBAENE, L., SCHOL, S., WINTER, B., ROYEN, P. V. Patient-centredness from education to practice: The 'lived' impact of communication skills training. **Medical Teacher**, v. 34, p. e338-348, 2010. Disponível em <http://www.be-causehealth.be/media/37363/background%20document%20on%20the%20impact%20of%20communication%20skills%20training.pdf> Acesso em 20/09/2013.

BOSI, M. L. M. Medicina: humana? In: LEITE, A. J. M; FILHO, J. M. C. (orgs.) **Você pode me ouvir, doutor? Cartas para quem escolheu ser médico**. Campinas, SP: Editora Saberes, 2010, p. 27-37.

BUETOW, S., FUERHER, A., MACFARLANE, K., MCCONNELL, D., MOIR, F., HUGGARD, P., DOERR, H. Development and validation of a patient measure of doctor-patient caring. **Patient Education and Counseling**, v. 86, p. 264-269, 2012. Disponível em [www.elsevier.com/locate/patedocou](http://www.elsevier.com/locate/patedocou) Acesso em 10/08/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização- a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUYS, R. C. A psicologia humanista. In: JACÓ-VILELA, A. M.; FERREIRA, A. A. L., PORTUGUAL, F. T. (orgs) **História da psicologia: rumos e percursos**. RJ: Nau Editora, 2011, p. 339-348.

CAIXETA, M. Erros da psicologia médica: a biologização de problemas psicológicos e a psicologização de problemas biológicos. In: \_\_\_\_\_ (org). **Psicologia Médica**. RJ: Ed. Guanabara Koogan SA, 2005, p. 37-42.

CABALLO, V. E. **Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais**. São Paulo: Ed. Santos, 2003

CANÇADO, C. R. X.; SOARES, P. G.; CIRINO, S.D. O behaviorismo: uma proposta de estudo do comportamento. In: JACÓ-VILELA, A. M.; FERREIRA, A. A. L., PORTUGUAL, F. T. (orgs) **História da psicologia: rumos e percursos**. RJ: Nau Editora, 2011, p. 179-194.

CAPRARA A, RODRIGUES J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARRARA, K.; BETETTO, M. F. Formação ética para a cidadania: uma investigação de habilidades sociais medidas pelo inventário de habilidades sociais. **Estudos de Psicologia**, v. 26, n. 3, p. 337-347, 2009.

CARVALHO, I. P., RIBEIRO-SILVA, C., PAIS, V. G., FIGUEIREDO-BRADA, M. CASTRO-VALE, I. TELES, A., ALMEIDA, S. S., MOTA-CARDOSO, R. O ensino da comunicação na relação médico-doente: uma proposta em prática. **Acta Médica Portuguesa**, v. 23, n. 3, p. 527-532, 2010.

CIECHANOWSKI, P., WALKER, E.; KATON, W., RUSSO, J. Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. **Psychosomatic Medicine**, v. 64, n. 6, p. 660-667, 2002.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SP. **Guia da Relação Médico-Paciente**. São Paulo: CREMESP, 2001.

CONTE, F. C. S.; BRANDÃO, M. Z. S. Quero ser assertivo! Buscando um posicionamento sincero entre a passividade e a agressividade nos relacionamentos interpessoais. In: \_\_\_\_\_ (orgs.) **Falo ou não falo? Expressando sentimentos e comunicando ideias**. 2º ed. Londrina: Mecenaz, 2007, p. 1-14.

CORTEZ, M. C. D., REIS, M. J. D. Efeitos do controle por regras ou pelas contingências na sensibilidade comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. X, n. 2, p. 143-155, 2008.

COSTA, F. D., AZEVEDO, R. C. S. Empatia, Relação Médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2010.

COSTA, N. M. S. C. Ensino Médico: por que é tão difícil mudar? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007.

COUSIN, G., MAST, M. S., ROTER, D. L., HALL, J. A. Concordance between physician communication style and patient attitudes predicts patient satisfaction. **Patient Education and Counseling**, v. 87, n. 2, p. 193-197, 2012.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. SP: Ed. Atlas, 2003.

CREPALDI, M. A. **Bioética e interdisciplinaridade: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização**, 1999. Disponível em: <http://www.labsfac.ufsc.br/documentos.bioetica.pdf>. Acesso em 22/06/2007.

CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches**. 2<sup>th</sup> edn. SAGE Publications: London, 2007.

CRUZ, R. M.; SCHULTZ, V. Avaliação de competências profissionais e formação do psicólogo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 61, n. 3, p. 117-127, 2009.

DE MARCO, M. A. Psicologia Médica. In: \_\_\_\_\_. (org). **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 77-80.

DE MARCO, M. A. A evolução da Medicina. In: \_\_\_\_\_. (org). **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 23-41.

DE VALCK, C.; BESING, J.; BRUYNOOGHE, R.; BATENBURG, V. Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine. **Patient Education and Counseling**, v. 45, n. 2, p. 119-126, 2001. Disponível em [http://igitur-archive.library.uu.nl/fss/2007-0705-203514/bensing\\_01\\_cureorientedversuscare.pdf](http://igitur-archive.library.uu.nl/fss/2007-0705-203514/bensing_01_cureorientedversuscare.pdf) Acesso em 21/09/2013

DE WAAL, F. **A era da empatia: lições da natureza para uma sociedade mais gentil**. SP: Companhia das Letras, 2010.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. **Psicologia das relações interpessoais e habilidades sociais: vivência para o trabalho em grupo**. 2ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. No contexto da travessia para o ambiente de trabalho: treinamento de habilidades sociais com universitários. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 413-420, 2003.

\_\_\_\_\_. Aprendizagem socioemocional na infância e prevenção da violência: questões conceituais e metodologia da intervenção. In: \_\_\_\_\_. (orgs) **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem**. Campinas, SP: Alínea Editora, 2003, p. 83-127

\_\_\_\_\_. **Habilidades sociais: conceitos e campo teórico-prático**, 2006. Disponível em <http://www.rihs.ufscar.br> Acesso em 15/06/2010

DEL PRETTE, Z.; DEL PRETTE, A. **Inventário de Habilidades Sociais: manual de aplicação, apuração e interpretação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

\_\_\_\_\_. **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento interpessoal: uma questão pendente no ensino universitário. In: MERCORI, E., POLYDORO, S. A. J. (orgs.). **Estudante universitário: características e experiências de formação**. Taubaté, SP: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004, p. 105-128.

\_\_\_\_\_. Um sistema de categorias de habilidades sociais educativas. **Paidéia**, v. 18, n. 41, p. 517-530, 2008.

\_\_\_\_\_. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. 4ª edição. Petrópolis: Vozes, 2009a.

\_\_\_\_\_. Avaliação de habilidades sociais: bases conceituais, instrumentos e procedimentos. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. (org.) **Psicologia das habilidades sociais: diversidade teórica e suas implicações**. Petrópolis: Vozes, 2009b, p. 189-231.

DEL PRETTE, A., PEREIRA, C. S. Procedimentos de observação em situações estruturadas para avaliação de habilidades sociais profissionais de adolescentes. *Revista Psicolog*, v. 1, n. 1, p. 55-67, 2008.

DELA COLETA, M. F. Escalas para medida das crenças em saúde: construção e validação. **Revista: Avaliação Psicológica**, v. 2, n. 2, p. 111-122, 2003. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v2n2/v2n2a03.pdf>. Acesso em 10/10/2011.

\_\_\_\_\_. O Modelo de Crenças em Saúde. In: \_\_\_\_\_. (Org.) **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde**. Taubaté, SP: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004, p. 27-62.

\_\_\_\_\_. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao

controle de doenças cardiovasculares. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 18, n. 1-2, p. 69-78, 2010. Disponível em <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php>. Acesso em 14/10/2011

DULTRA, J. A. L., BASTOS, A. V. Trabalho, Qualificação e Competências: um desafio atual. **RBDEPA - Revista Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Administração**, v. 1, n. 2, p. 26-58, 2009.

DYCHE L. Interpersonal skill in Medicine: the essential partner of verbal communication. **Society of General Internal Medicine**, v. 22, n. 7, p. 1035-1039, 2007. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17437144>. Acesso em 17/03/2012

EGNEW, T. R.; WILSON, H. J. Role modeling the doctor-patient relationship in the clinical curriculum. **Family Medicine**, v. 43, n. 2, p. 99-105, 2011.

EKSTERMAN, A. Psicossomática: o diálogo entre a psicanálise e a medicina. In: MELLO FILHO, J. (org.) **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992, p. 77-88.

EZEQUIEL, O. S.; TIBIRIÇA, S. H.; OLIVIERA, S. P.; SEGRÉGIO, C. A.; SOUZA, D.M., SILVA, L.F. Avaliação da abordagem do humanismo na relação médico-paciente, antes das mudanças curriculares e após, no curso de medicina da UFJF. **HURevista**, v. 34, n. 3, p. 167-172, 2008.

FALCONE, E. **Avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários**, 1998. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

FALCONE, E. M., FERREIRA, M. C., LUZ, R. C., FERNANDES, C. S., FARIA, C., D'AUGUSTIN, J. F., SARDINHA, A., PINHO, V. D. Inventário de Empatia (IE): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. **Avaliação Psicológica**, v. 7, n. 3, p. 321-334, 2008.

FAUSTINO, Q. M., SEIDL, E. M. F. Intervenção cognitivo comportamental e adesão ao tratamento de pessoas com HIV/Aids. **Revista: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 1, p. 121-130, 2010.

FELDMAN, C. **Atendendo o paciente: perguntas e respostas para o profissional de saúde**. 3ª edição. Belo Horizonte: Ed. Crescer, 2006

FRANCO, A. L. S. **A relação médico-paciente no contexto do programa de saúde da família: um estudo observacional em três municípios baianos**, 2002, 168f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

FRANCO, A. L. S.; ALVES, V. S. A dimensão psicossocial e a autonomia do paciente: desafios para a relação médico-paciente no programa saúde da família. **Psico**, v. 36, n. 1, p. 99-106, 2005.

GALLIAN, D. M. C. As humanidades e o ensino em ciências da saúde. In: BATISTA, N. A., BATISTA, S. H.; ABDALLA, I. G. (Orgs.) **Ensino em Saúde: visando conceitos e práticas**. São Paulo: Arte e Ciência, 2005, p. 71-79.

GARCIA, J. A., RAMPIM, D. B., SCHOR, P., SILVA, J. F. Avaliação da Disciplina Observação da Prática Médica pelos Graduandos de Medicina da Unifesp — Escola Paulista de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 4, p. 542-548, 2010.

GARCIA, R.; LIMA, M. G.; GORENDER, M., BADARÓ, R. The importance of the doctor-patient relationship in adherence to HIV/AIDS treatment: a case report. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 9, n. 3, p. 251-256, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bjid/v9n3/a08v9n3.pdf>. Acesso em 27/08/2007.

GASK, L., UPHERWOOD, T. ABC of psychological medicine: the consultation. **BMJ**, v. 324, p. 1567-1569, 2002. Disponível em <http://bmj.com/cgi/content/ful/324/7353/1567>. Acesso em 09/09/2007.

GENERAL MEDICAL COUNCIL. **Good Medical Practice: guidance for doctors**. UK: General Medical Council, 2006.

GIL, A. C. Metodologia do Ensino Superior. 4<sup>th</sup> ed. Atlas: São Paulo, 2005.

GODOY, J. F. Medicina Comportamental. In: CABALLO, V. E. (Org.) **Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento**. São Paulo, SP: Santos Livraria Editora, 1999, p. 765-782.

GOMES, A.P., REGO, S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 557-566, 2011.

GOMES, J. C. M. As bases éticas da relação médico-paciente. In: BRANCO, R. F. G. R. (org). **A relação com o paciente: teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Guanabara Koogan SA, 2003, p. 1-9.

GORAYEB, R; GUERRELHAS, F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 5, n. 1, p. 11-19, 2003.

GORDON, J. J.; EVANS, H. M. Learning medicine from the humanities. In: SWANWICK, T. (org.) **Understanding Medical Education: Evidence, theory and practice**. London: Wiley-Blackwell, 2010, p. 83-98.

GRILO, A. M., SANTOS, M. C., RITA, J. S., GOMES, A. I. Assessment of nursing students and nurses' orientation towards patient-centeredness. **Nurse Educ Today**, v. 34, n. 1, p. 35-39, 2013. Disponível em <http://dx.foi.org/10.1016/j.nedt.2013.02.022> Acesso em 06/08/2013.

GROSSEMAN, S.; STOLL, C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 301-308, 2008.

GUSMÃO, J. L., MION JR., D. Adesão ao tratamento: conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf> Acesso em 16/01/2014.

HAIDET, P; DAINS, J. E, PATERNITI, D. A.; HECHTEL, L.; CHANG, T.; TSENG, E; ROGERS, J. C. Medical students attitudes toward the doctor-patient relationship. **Medical Education**, v. 36, n. 6, p. 568-574, 2002.

HAIDET, P., DAINS, J. E., PATERNITI, D. A., HECHTEL, L., CHANG, T., TSENG, E., ROGERS, J. C. Attitudes, information and communication: medical students in patient care. **Academic Medicine**, v. 76, p. S42-S43, 2001.

HAIDET, P.; PATERNITI, D. A. "Building" a history rather than taking one. **Archives of Internal Medicine**, v. 163, n. 10, p. 1134-1140, 2003.

HARTLEY, J. New ways of making academic articles easier to read. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 12, n. 1, p. 143-160, 2012.

HASAN, T., BANI, I., AGEELY, H., FAUZI, M.. An ideal Medical teacher. **Education in Medicine Journal**, v. 3, n. 1, p. e54-e59, 2011. Disponível em [www.saifulbahri.com/ejmj](http://www.saifulbahri.com/ejmj). Acesso em 19/06/2012.

HOJAT, M.; MANGIONE, S.; NASCA, T. J.; RATTNER, S.; ERDMANN, J. B.; GONNELLA, J. S.; MAGEE, M. An empirical study of decline in empathy in medical school. **Medical Education**, v. 38, n. 9, p. 934-941, 2004. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2929.2004.01911.x> Acesso em 28/11/2013.

JEAMMET, P.; REYNAUD, M.; CONSOLI, S. **Psicologia Médica**. 2ª edição. Belo Horizonte, MG: MEDSI Editora Médica e Científica LTDA, 2000.

JÖNSSON, B. **Behavioural Medicine perspectives for change and prediction of oral hygiene behaviour: development and evaluation of an individually tailored oral health education program**, 2010. 76 f. Doctoral Dissertation, Faculty of Medicine, Uppsala University, Swiss, 2010.

JOUBERT, P. M.; KRÜGER, C.; BERG, A.M.; VAN STADEN, C. W.; ROOS, J. L.; SCHURINK, W. J.; DU PREEZ, R. R.; GREY, S. V.; LINDEQUE, B. G. Medical students on the value of role models for developing soft skills –“that’s the way you do it”. **SA Psychiatry Review**, v. 9, p. 28-32, 2006.

JUCÁ, N. B., MENDES, L. S., MARTINS, B. V., SILVA, C. M., LINO, C. A., AUGUSTO, K. L., CAPRARA, A. A comunicação do diagnóstico "sombrio" na relação médico-paciente entre estudantes de medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 57-64, 2010.

JUNIOR, V. C. Rever, pensar e (re)significar: a importância da reflexão sobre a prática na profissão docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 4, p. 580-586, 2010.

KAUFMAN, D. M., MANN, K. V. Teaching and learning in medical education: how theory can inform practice. In: SWANWICK, T (org) **Understanding Medical Education: Evidence, theory and practice**. London: Wiley-Blackwell, 2010, p. 16-36.

KERBAUY, R. R. Comportamento e Saúde: doenças e desafios. **Psicologia USP**, v. 13, n. 1, p. 11-28, 2002.

KLOSTER, M. C., PEROTTA, B., JUNIOR, A. H., PARO, H. B. M. S., TEMPSKI, P. Sonolência diurna e habilidades sociais em estudantes de medicina **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 1, p. 193-199, 2013.

KOMMALAGE, M. Hidden and informal curricula in medical schools: impact on the medical profession in Sri Lanka. **Ceylon Medical Journal**, v. 56, n. 1, p. 29-30, 2011.

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 Education and Counseling**, v. 39, p. 49-59, 2000.

KURTZ, S., SILVERMAN, J., BENSON, J., DRAPER, J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guides. **Academic Medicine**, v. 78, n. 8, p. 802-809, 2003.

KWEE, M. G. Questões sobre a terapia multimodal. In: CABALLO, V.E. (Org.) **Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento**. São Paulo, SP: Santos Livraria Editora, 1999, p. 629-661.

LAU, S. R., CHRISTENSEN, S.T., ANDREASEN, J. T. Patient's preferences for patient-centered communication: a survey from an outpatient department in rural Sierra Leone. **Patient Education and Counseling**, v. 93, p. 312-318, 2013. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ped.2013.06.025> Acesso em 20/09/2013.

LINO, C. A.; AUGUSTO, K. L.; OLIVEIRA, R. A. S.; FEITOSA, L. B.; CAPRARA, A. Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 52-57, 2011.

LOPES, J. M. C. **A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em serviço de atenção primária a saúde**, 2005. 222 f. Dissertação de Mestrado em Educação. Faculdade de educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

LÖHR, S. S., SILVARES, E. F. M. Clínica-escola: integração da formação acadêmica com as necessidades da comunidade. In: SILVARES, E. F. M. (org.) **Atendimento psicológico em clínicas-escolas**. Campinas, SP: Ed. Alínea, 2006, p. 11-22.

MACIEL-LIMA, S. M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 502-511, 2004.

MAGALHÃES, M.L.; BORGES-ANDRADE, J. E. Auto e hetero-avaliação no diagnóstico de necessidades de treinamento. **Estudos de Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 33-50, 2001.

MAGALHÃES, P. P.; MURTA, S. G. Treinamento de habilidades sociais em estudantes de psicologia: um estudo pré-experimental. **Temas em Psicologia da SBP**, v. 11, n. 1, p. 28-37, 2003.

MAGUIRE P, PITCEATHLY C. Key communication skills and how to acquire them. **BMJ**, v. 325, n. 7366, p. 697-700, 2002.

MAIA, J. A. Formação humanística no ensino superior em saúde: intencionalidades e acasos. In: BATISTA, N. A., BATISTA, S. H.; ABDALLA, I. G. (Orgs.) **Ensino em Saúde: visando conceitos e práticas**. São Paulo: Arte e Ciência, 2005, p. 39-53.

MALAGRIS, L. E. N. Relação Médico-Paciente: uma visão cognitivo-comportamental. **Cadernos de Psicologia da SBP**, v. 5, n. 1, p. 77-85, 1999.

MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, supl I, p. 28-32, 2004.

MCMULLIN, R. E. **Manual de Técnicas em Terapia Cognitiva**. Porto Alegre, RS: Artemed, 2005.

MELLO FILHO, J. (1992) Introdução. In: \_\_\_\_\_(org.) **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artemed, p. 19-27.

MELLO, T. V. S. **Habilidades Sociais, empatia e frustração em graduandos de Medicina**. 2010. 158 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Salgado de Oliveira, UNIVERSO, Niterói, 2010.

MENKES, C. Novas demandas do contexto profissional: as habilidades sociais profissionais. **Revista Psicologia**, v. 1, n. 1, p. 71-74, 2011.

MEYER, S., VERMES, J. S. Relação terapêutica. In: RANGÉ, B. (org.) **Psicoterapias cognitivo comportamental: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, p. 1001-110.

MENDONÇA, M. B. **Análise do processo de comunicação entre médico, paciente e acompanhante em onco-hematologia pediátrica**, 2007. 72f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2007.

MIGUEL, C. F.; GARBI, G. Assertividade no trabalho: descrevendo e corrigindo o desempenho dos outros. In: CONTE, F. C. S.; BRANDÃO, M. Z. S. (orgs.) **Falo ou não falo? Expressando sentimentos e comunicando ideias**. 2º ed. Londrina: Mecenaz, 2007, p. 145-156.

MIYAZAKI, M. C. O. S **Psicologia na formação medica: subsídios para prevenção e trabalho clínico com universitários**, 1997. 150 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

MILLENSON, M. L. Building patient-centeredness in the real world: The engaged patient and the Accountable Care Organization. **Health Quality Advisors: National Partnership for Women & Families**, 2012. Disponível em [http://www.nationalpartnership.org/site/DocServer/ACO-Report-HQA-NPWF\\_.pdf?\\_docID=10481](http://www.nationalpartnership.org/site/DocServer/ACO-Report-HQA-NPWF_.pdf?_docID=10481) Acesso em 20/02/2014

MILLER, S. R., CURTIN, N. Evaluating a Curriculum Aimed at Improving Attitudes of Pre-Health Professional Students toward Persons with Disabilities. **Annals of Behavioral Science and Medical Education**, v. 17, n. 1, p. 14-17, 2011.

MOORE M. What does patient-centred communication mean in Nepal? **Medical Education**, v. 42, n. 1, p. 18-26, 2008.

MOREIRA, V. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. **Estudos de Psicologia**, v. 27, n. 4, p. 537-544, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n4/11.pdf> Acesso em 02/10/2013

MOURA, J. C. **Interações e comunicações entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde: um estudo hermenêutico**, 2012. 196 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MRAZEK, P. B., HAGGERTY, R. J. **Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research**. Washington: National Academy Press, 1994.

MÜLLER, M. R. Aspectos relevantes na comunicação em saúde. **Psicologia IESB**, v.1, p. 72-79, 2009.

MURPHY, J., CHANG, H., MONTGOMERY, J. E., ROGERS, W. H., SAFRAN, D. G. The quality of physician-patient relationships. **The Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 123-129, 2001.

MURTA, S. G.; RODRIGUES, A. C., ROSA, I. O.; PAULO, S. G. Avaliação de necessidades para a implementação de um programa de transição para a parentalidade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 3, p. 337-346, 2011.

MURTA, S. G.; TRÓCCOLI, B.T. Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n.1, p. 41-51, 2007.

NASCIMENTO, M. I., REICHENHEIM, M. E., MONTEIRO, G. T. Estrutura dimensional da versão brasileira da Escala de Satisfação com o Processo Interpessoal de Cuidados Médicos Gerais. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 12, p. 2351-2363, 2011.

NATIONS, M. K.; GOMES, A. M. A. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 2103-2112, 2007.

NEIRA, R. A. Q., PUCHNICK, A., COHRS, F. M., LOPES, P. R. L., LEDERMAN, H. M., PISA, I. T. Avaliação de um sistema de segunda opinião em radiologia. **Radiologia Brasileira**, v. 43, n. 3, p. 179-183, 2010.

NEJAD, L. M.; WERTHEIM, E. H., GREENWOOD, K. M. Comparison of the Health Belief Model and the Theory of Planned Behaviour in the prediction of dieting and fasting behaviour. **E-Journal of Applied Psychology: Social Section**, v. 1, n. 1, p. 63-74, 2005. Disponível em <http://ojs.lib.swin.edu.au/index.php/ejap/article/viewfile/7/16>. Acesso em 5/08/2010.

NEVES NETO, A. R. Medicina comportamental. In: BRANDAO, M. Z. S. (org.), **Sobre comportamento e cognição**. Santo André: Esetec, v. 14, 2004, p. 179-189.

NESTEL, D., TIERNEY, T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. **BMC Medical Education**, v. 7, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-7-3.pdf>. Acesso em 10/06/2012.

NONINO, A., MAGALHÃES, S. G., FALCÃO, D. P. Treinamento Médico para Comunicação de Más Notícias: Revisão da Literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 2, p. 228-233, 2012.

NUNES, E. D. A Sra. Tomasetti, Bloom e um projeto de ensino pioneiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 9-17, 2003.

NUNES, P.; WILLIAMS, S.; SA, B.; STEVENSON, K. A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. **International Journal of Medical Education**, v. 2, p. 12-17, 2011. Disponível em <http://www.ijme.net/archive/2/empathy-decline-in-first-year-students.pdf> Acesso em 21/10/2012.

NUNES, S. O. V.; VARGAS, H. O.; LIBONI, M.; NETO, D.M.; VARGAS, L. H. M.; TURINI, B. O ensino de psiquiatria, habilidades de comunicação e atitudes no currículo integrado do curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 2, p. 210-216, 2008.

TRONCON, L. E. A. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 40, n. 2, p. 180-191, 2007.

TUCUNDUVA, L. T. C. M., SÁ, V. H. L. C., KOSHIMURA, E. T., PRUDENTE, V. B., SANTOS, A. F., SAMANO, E. S. T., COSTA, L. J. M., DEL GIGLIO, A. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 3, p. 257-262, 2004.

OGDEN, J. **Psicologia da Saúde**. 2ª edição. Lisboa, Portugal: Climepsi editores, 2004.

OLIVA-COSTA, E. F. **O ofício de tornar-se médico e suas implicações na saúde mental do estudante de medicina da Universidade Federal de Sergipe**, 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2007.

OLIVEIRA, V. Z.; GOMES, W. B. Comunicação Médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estudos em Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 459-469, 2004.

OLIVEIRA, V. Z., OLIVEIRA, M. Z., GOMES, B. W., GASPERIN, C. Comunicação de diagnóstico: implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n.1, p. 9-17, 2004.

OSTERMANN, A. C., SOUZA, J. Contribuições da análise da conversa para os estudos sobre o cuidado em saúde: reflexões a partir das atribuições feitas por pacientes. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1521-1533, 2009.

PARO, H. B. M.; MORALES, N. M.; SILVA, C. H. M.; REZENDE, C. H. A.; PINTO, R.; MORALES, R. MENDONÇA, T., PRADO, M. Health-related quality of life of medical students. **Medical Education**, v. 44, n. 3, p. 227-235, 2010. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2923.2009.03587.x/pdf> Acesso em 28/01/2013.

PARO, H. B. M. S, DAUD-GALLOTTI, R. M, TIBÉRIO, I. C., PINTO, R. M. C., MARTINS, M. A. Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. **BMC Medical Education**, v.12, p. 73-79, 2012. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/12/73/> . Acesso em 10/07/2013.

PASSI, V.; DOUG, M.; PEILE, E.; THISTLETHWAITE, J., JOHNSON, N. Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review. **International Journal of Medical Education**, v. 1, p. 19-29, 2010.

PEDROSA, M. A. L. Reflexões sobre Michael Balint: comunicando uma experiência de grupos. In: MELLO FILHO, J. (org.) **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992, p. 152-159

PEIXOTO, J. M. **Avaliação da Atitude do Estudante de Medicina a Respeito da Relação Médico-Paciente: Comparação entre uma escola médica com modelo curricular do aprendizado baseado em problemas e outra com modelo curricular tradicional**. 2009. 52 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) Programa de Pós-graduação em Clínica Médica da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

PEIXOTO, J. M., RIBEIRO, M. M., AMARAL, C. F. Atitude do Estudante de Medicina a respeito da Relação médico-paciente X modelo pedagógico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 2, p. 229-236, 2011.

PEREIRA, C. S. **Programa de habilidades sociais profissionais para pessoas com deficiência física desempregadas: necessidades, processo e efeitos**, 2010. Tese (Doutorado em Educação Especial). Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.

PEREIRA, C. M. A. S. **Tradução, adaptação cultural e validação da Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) para língua portuguesa do Brasil**, 2012, 109 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de Uberlândia, MG, Uberlândia, 2010.

PEREIRA, C. M. A. S., AMARAL, C. F. S., RIBEIRO, M. M. F., PARO, H. B. M. S., PINTO, R. M. C., REIS, L. E. T., SILVA, C. H. M., KRUPAT, E. Cross-cultural validation of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). **Patient Education and Counseling**, v. 91, n. 1, p. 37-43, 2013.

PÉRICO, G. V., GROSSEMAN, S., ROBLES, A. C., STOLL, C. Percepção de mães sobre a assistência prestada a seus filhos por estudantes de medicina da 7a. fase: estudo de caso no ambulatório de pediatria de um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 2, p. 49-55, 2006.

PEROSA, G. B., RANZINI, P. M. Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 468-473, 2008.

PHANEUF, M. **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures, Portugal: Lusociência, 2005.

PINHEIRO, L. M. H. A importância da psicologia para a humanização hospitalar. **Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 25-35, 2005. Disponível em: <http://br.geocities.com/revistavirtualpsicopio>. Acesso em 15/06/2007.

PORTO, C. C. Medicina dos doentes e medicina das doenças. In: BRANCO, R. F. G. R. (org). **A relação com o paciente: teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Guanabara Koogan SA, 2003, p. 10-17

POSAVAC, E. J; CAREY, R. G. **Program evaluation: methods and case studies**. New Jersey: Prentice Hall Pearson Education, Inc., 2003.

PUREZA, J. R.; RUSCH, S. G. S.; WAGNER, M.; OLIVEIRA, M. S. Treinamento de habilidades sociais em universitários: uma proposta de intervenção. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 8, n. 1, p. 2-9.

REIS, V. T. C., PRATA, M. A. R., SOARES, A. B. Habilidades sociais e afetividade no contexto escolar: perspectivas envolvendo professores e ensino-aprendizagem. **Psicologia Argumento**, v. 30, n. 69, p. 347-357, 2012.

RESOLUÇÃO CNE/CES nº 4, de 01 de novembro de 2001 (2001). **Diretrizes curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**: Brasília: Câmara de Educação Superior. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf> Acesso em 05/05/2011.

RIBEIRO, J. L. P. **Introdução à psicologia da saúde**. 2ª edição. Coimbra, Portugal: Quarteto, 2007.

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**, 2006. 116 f. Tese (Doutorado em Medicina) Programa de Pós-graduação em Clínica Médica da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

RIBEIRO, M. M., 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**, v. 32, n. 1, p. 90-97, 2008.

RIBEIRO, M. M.; KRUPAT, E.; AMARAL, C. F. S. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. **Medical Teacher**, v. 29, p. e204-e208, 2007. Disponível em <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/01421590701543133> Acesso em 22/10/2013.

RINALDI, A. G. P. Teachers' perspectives of career-stage appropriateness of professional learning programs, 2007. Dissertation (Doctor of Education). Faculty of the University of Georgia. Athens, Georgia, 2007. Disponível em [http://athenaeum.libs.uga.edu/xmlui/bitstream/handle/10724/9849/rinaldi\\_anna\\_g\\_200708\\_ed\\_d.pdf?sequence=1](http://athenaeum.libs.uga.edu/xmlui/bitstream/handle/10724/9849/rinaldi_anna_g_200708_ed_d.pdf?sequence=1). Acesso em 01/07/2013

ROBERTSON, R., DIXON, A., LEGRAND, J. Patient Choice in general practice: the implications of patient satisfaction surveys. **Journal of Health Service, Research and Policy**, v. 13, n. 2, p. 2008, 67-72.

RODRÍGUEZ, C.A.; KOLLING, M. G., MESQUIDA, P. Educação e Saúde: um binômio que merece ser resgatado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 60-66, 2007.

ROGERS, C. R.. **Tornar-se pessoa**. 6ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

ROSS EF, HAIDET P. Attitudes of physical therapy students toward patient-centered care, before and after a course in psychosocial aspects of care. **Patient Education and Counseling**, v. 85, n. 3, p 529-532, 2011.

ROSSI, P. S., BATISTA, N. A. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 19, p. 93-102, 2006.

RUBEN, R., OLIVEIRA, A. C. D.; SAVASSI, L. C. M.; SOUZA, L. C.; DIAS, R. B. (2009). Abordagem centrada nas pessoas. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 4, n. 16, p. 245-259, 2009.

RUTTER, D., QUINE, L. Social cognition models and changing health behaviours. In: \_\_\_\_\_. (orgs.) **Changing health behavior intervention and research with social cognition models**. Great Britain: Biddles Limited, Guildford and King's Lynn, 2002. Disponível em [www.openup.co.uk](http://www.openup.co.uk). Acesso em 18/10/2010.

RYAN, C. A., WALSH, N.; GAFFNEY, R.; SHANKS, A.; BURGOYNE, L. & WISKIN, C. M. Using standardized patients to assess communication skills in medical and nursing Students. **BMC Medical Education**, v. 10, p. 24-32, 2010. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-10-24.pdf> Acesso em 01/07/2013

SALGADO, J. V.; SALGADO, C. A., SALGADO, J. A. A relação médico-paciente na história da medicina. In: FERREIRA, E. C.; RIBEIRO, M. M. F., LEAL, S. S.(orgs.). **Clínica Médica – Relação Médico-Paciente**. Ed.: Medsi Editora Médica e Científica, LTDA,v.2, 2002. Acesso em 20/03/04. Disponível em <http://www.bibliomed.com.br/book/showchptrs.cfm?bookid=143&bookcatid=15>.

SANTOS, A. C. A. **Consulta Médico-Paciente: Um Estudo sobre aspectos comunicacionais da relação de cuidado em saúde**, 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

SANTOS, N. S. **Componentes e atributos que configuram a qualidade na relação médico-paciente**, 2004. 123 f. Tese (doutorado em Engenharia) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis, 2004.

SANTOS, J. A., INOUE, K. C., SELEGHIM, M. R., MATSUDA, L. M. Análise da qualidade da produção científica referente à satisfação do cliente/paciente. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 28, n. 3, p. 405-415, 2010.

SCHMITH, M. D., SIMON, B. S., BRÊTAS, A. C. P, BUDÓ, M. L. D. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, p.479-503, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a08.pdf>. Acesso em 08/05/2012

SCHOUTEN, B. C., MEEUWESSEN, L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. **Patient Education and Counseling**, v. 64, n. 3, p. 21-34, 2006.

SIBILLE, K. A., GREENE, A. F., BUSH, J. E. Preparing physicians for the 21st century: Targeting communication skills and the promotion of health behavior change. **Annals of Behavioral Science and Medical Education**, v.16, n. 1, p.7-13, 2010.

SILVA, C. M. G. C. H., RODRIGUES, C. H. S., LIMA, J. C., JUCÁ, N. B. H., AUGUSTO, K. L., LINO, C. A., CARVALHO, A. G. N., ANDRADE, F. C., RODRIGUES, J. V., CAPRARA, A. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 16 supl. 1, p. 1457-1465, 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700081 &lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700081&lng=pt&nrm=iso) Acesso em 16/01/2014.

SILVA, I. F. Dicotomia básico-profissional no ensino superior em saúde: dilemas e perspectivas. In: BATISTA NA, BATISTA SH (orgs). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Ed. Senac, 2003, p. 135-152.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: ed. Loyola, 2003.

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

SILVARES, E. F. M., GONGORA, M. A. N. **Psicologia Clínica Comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças**. 2º ed. São Paulo: Edicon, 2006.

SIMÕES, C. R., BARLETTA, J. B. Processo de somatização e a relação profissional-paciente: olhar do médico sobre os aspectos psicológicos no desenvolvimento da doença. **Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 9, n. 9, p. 183-202, 2009.

SHAW, W. S., WOISZWILLO, M. J., KRUPA, T. E. Further validation of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) from recorded visits for back pain. **Patient Education and Counseling**, v. 89, n. 2 p. 288-291, 2012. Disponível em <http://www.elsevier.com/locate/pateducou> Acesso em 06/08/2013.

SOARES, A. B., DEL PRETTE, Z. A. P. **Guia teórico-prático para superar dificuldades interpessoais na universidade**. Curitiba: Appris, 2013.

SOUTO, B.G.A.; PEREIRA, S. M. S. F L. História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 176-181, 2011.

SOUSA, D. E. Anotações sobre a relação médico-paciente: um ponto de vista psicanalítico. In: BRANCO, R. F. (Org.), **A relação com o paciente: teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 33-39.

SOUZA, M. T., SILVA M. D., CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

STEFANELLI, M. C. Introdução à comunicação terapêutica. In: STEFANELLI, M. C., CARVALHO, E. C. (Orgs.) **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, SP: Ed. Manole, 2005a, p. 62-72.

STEFANELLI, M. C. Conceitos teóricos sobre comunicação. In: STEFANELLI, M. C., CARVALHO, E. C. (orgs). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005b, p. 28-46.

STEFANELLI, M. C. Estratégias de comunicação terapêutica. In: STEFANELLI, M. C., CARVALHO, E. C. (Orgs.) **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, SP: Ed. Manole, 2005c; 73-104.

STEWART, M. Towards a global definition of patient centred care: the patient should be a judge of patient centred care. **BMJ**, v. 322, n. 7284, p. 444-445, 2001.

STEWART, M.; BROWN, J. B.; WESTON, W. W.; MCWHINNEY, I. R.; MCWILLIAM, C. L.; FREEMAN, T. R.. **Patient-Centered Medicine: transforming the clinical Method**. 2º ed. Sage Publications Inc., 2003.

SUCUPIRA, A. C. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. **Interface: Comunicação, saúde e educação**, v. 11, n. 23, p. 624-627, 2007.

TEIXEIRA, J. A. C.; LEAL, I. Psicologia da Saúde: contexto e intervenção. **Análise Psicológica**, v. 4, n. 8, p. 453-458, 1990.

TEMPSKI-FIEDLER, P.Z. **Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica**, 2008. 308 f. Tese (Doutorado) do curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

TRINDADE, L. M. D. F., VIEIRA, M.J. . O aluno de medicina e estratégias de enfrentamento no atendimento ao paciente. **Revista Brasileira de Educação Medicina**, v. 37, n. 2, p. 157-177, 2013.

TRIGO, T. R.; TENG, C.T., HALLAK, J. E. C. Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n5/a04v34n5.pdf>. Acesso em 10/10/2011.

TSIMTSIOU, Z., KERASIDOU, O., EFSTATHIOU, N., PAPAHRITOU, S., HATZIMORATIDIS, K., HATZICHRISTOU, D. Medical students' attitudes toward patient-centred care. A longitudinal survey. **Medical Education**, v. 41, n. 2, p. 146-153, 2007.

VAN STADEN, C. W.; JOUBERT, P. M.; PICKWORTH, G. E.; ROOS, J. L.; KRÜGER, C.; SCHURINK, W. J.; DU PREEZ, R. R.; GREY, S. V.; LINDEQUE, B. G. The conceptualization of "soft skills" among medical students before and after curriculum reform. **SA Psychiatry Review**, v. 9, p. 33-37, 2006.

VIEIRA, S. B., VIEIRA, G. B., LOPES, R. A relação médico-paciente no contexto da saúde como produto. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 4, n. 14, p. 102-108, 2008.

YAMMINE, K. The evidence for practice in medical education. A review of modern learning approaches. **Journal of Contemporary Medical Education**, v. 1, n. 3, p. 145-150, 2013. Disponível em [www.scopemed.org](http://www.scopemed.org). Acesso em 04/07/2013.

YEDIDIA, M. J. et al. Effect of communications training on medical student performance. **JAMA**, 290 (9), 1157-1165, 2003.

## ANEXOS

### ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS  
 CAMPUS DA SAÚDE PROF. JOÃO CARDOSO NASCIMENTO JR  
 Rua Cláudio Batista s/n – Prédio do Centro de Pesquisas Biomédicas - Bairro  
 Santuário  
 CEP: 49061-100 Aracaju -SE / Fone/Fax:(79) 2105-1805  
 E-mail: [cep@ufs.br](mailto:cep@ufs.br)

### DECLARAÇÃO

Declaram, para os devidos fins, que o Projeto de pesquisa intitulado: **“INTERVENÇÃO BREVE COMO TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS PARA A PROMOÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES E DOS EFEITOS A CURTO E MÉDIO PRAZO”**, protocolo CEP 325/2011 e N° CAAE – 0287.0.107.000-11, sob a orientação da Prof. Dra. Rosana Cipolotti, tratando-se do projeto de pesquisa apresentado como requisito para seleção ao Programa de Doutorado em Ciências da Saúde, do Núcleo de Pós-Graduação em Medicina desta Universidade, da doutoranda **Janaina Bianca Barletta**, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe - CEP/UFS, em reunião realizada dia **07/10/2011**.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP/UFS, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Res. CNS 196/96).

Aracaju, 25 de outubro de 2011

*Anita Herminia*  
 Prof. Ms. Anita Herminia Oliveira Souza  
 Coordenadora do CEP/UFS

## ANEXO B - ESCALA PPOS Traduzida

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.

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

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PACIENTES

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) participante \_\_\_\_\_

Com objetivo de conhecer a sua opinião sobre quais as atitudes necessárias para o estabelecimento da relação médico-paciente, estamos realizando um estudo junto aos usuários deste ambulatório, conduzido sob a chancela da Pós-graduação de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFS (protocolo 325/2011).. Este estudo será realizado através da aplicação de questionários e contará com a participação de várias pessoas.

Sua participação neste trabalho é voluntária e se você concordar em participar poderá desistir a qualquer momento, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo e seremos igualmente gratos por sua participação. As informações obtidas neste estudo poderão ser divulgadas através de publicações e de apresentação em eventos científicos para profissionais interessados. Entretanto, em qualquer situação o sigilo será assegurado e seu nome ou qualquer informação que possa identifica-lo nunca divulgado. Caso não aceite nenhuma pena lhe será imposta. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Este trabalho é orientado pelas professoras Dr<sup>a</sup> Rosana Cipolotti e Dr<sup>a</sup> Sheila Murta, que poderão da mesma forma que eu, ser contatadas nos telefones abaixo para prestar quaisquer outros esclarecimentos. Caso esteja de acordo em participar, por favor, assine abaixo e guarde uma cópia desse documento. Muito obrigada!

\_\_\_\_\_  
Janaína Bianca Barletta  
Psicóloga

Sim, concordo em participar

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Contatos:

Janaína Bianca Barletta: (79) XXXX-6282 ou [jbar@terra.com.br](mailto:jbar@terra.com.br)/[janabianca@gmail.com](mailto:janabianca@gmail.com)

Dr<sup>a</sup> Rosana Cipolotti: (79) XXXX-1238

Dr<sup>a</sup> Sheila Giardini Murta: (61) XXXX-6955

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOCENTES

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) professor (a) \_\_\_\_\_

Com objetivo de conhecer os fatores que estão relacionados com o ensino e aprendizagem das habilidades interpessoais (muitas vezes chamadas de atitudes) na graduação, estamos realizando um estudo junto aos professores do curso de Medicina, conduzido sob a chancela da Pós-graduação de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFS (protocolo 325/2011). Este estudo será realizado através da aplicação de questionários durante o semestre letivo e contará com a participação de vários estudantes e professores.

Sua participação neste trabalho é voluntária, e se você concordar em participar poderá desistir a qualquer momento, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo e seremos igualmente gratos por sua participação. As informações obtidas neste estudo poderão ser divulgadas através de publicações e de apresentação em eventos científicos para profissionais interessados. Entretanto, em qualquer situação o sigilo será assegurado e seu nome ou qualquer informação que possa identifica-lo nunca divulgado. Caso não aceite nenhuma pena lhe será imposta. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Este trabalho é orientado pelas professoras Dr<sup>a</sup> Rosana Cipolotti e Dr<sup>a</sup> Sheila Murta, que poderão da mesma forma que eu, ser contatadas nos telefones e/ou e-mails abaixo para prestar quaisquer outros esclarecimentos. Caso esteja de acordo em participar, por favor, assine abaixo e guarde uma cópia desse documento. Muito obrigada!

\_\_\_\_\_  
Janaína Bianca Barletta  
Psicóloga

Sim, concordo em participar

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Janaína Bianca Barletta: (79) XXXX-6282 ou [jbar@terra.com.br](mailto:jbar@terra.com.br) / [janabianca@gmail.com](mailto:janabianca@gmail.com)

Dr<sup>a</sup> Rosana Cipolotti: (79) XXXX-1238

Dr<sup>a</sup> Sheila Giardini Murta: (61) XXXX-6955

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DISCENTES

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) aluno (a) \_\_\_\_\_

Com objetivo de conhecer os fatores que estão relacionados com o ensino e aprendizagem das habilidades interpessoais (muitas vezes chamadas de atitudes) na graduação, estamos realizando um estudo junto aos professores do curso de Medicina, conduzido sob a chancela da Pós-graduação de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFS (protocolo 325/2011). Este estudo será realizado através da aplicação de questionários durante o semestre letivo e contará com a participação de vários estudantes e professores.

Sua participação neste trabalho é voluntária, e se você concordar em participar poderá desistir a qualquer momento, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo e seremos igualmente gratos por sua participação. As informações obtidas neste estudo poderão ser divulgadas através de publicações e de apresentação em eventos científicos para profission.

ais interessados. Entretanto, em qualquer situação o sigilo será assegurado e seu nome ou qualquer informação que possa identifica-lo nunca divulgado. Caso não aceite nenhuma pena lhe será imposta. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Este trabalho é orientado pelas professoras Dr<sup>a</sup> Rosana Cipolotti e Dr<sup>a</sup> Sheila Murta, que poderão da mesma forma que eu, ser contatadas nos telefones e/ou e-mails abaixo para prestar quaisquer outros esclarecimentos. Caso esteja de acordo em participar, por favor, assine abaixo e guarde uma cópia desse documento. Muito obrigada!

\_\_\_\_\_  
Janaína Bianca Barletta  
Psicóloga

Sim, concordo em participar

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Janaína Bianca Barletta: (79) XXXX-6282 ou [jbar@terra.com.br](mailto:jbar@terra.com.br) / [janabianca@gmail.com](mailto:janabianca@gmail.com)

Dr<sup>a</sup> Rosana Cipolotti: (79) XXXX-1238

Dr<sup>a</sup> Sheila Giardini Murta: (61) XXXX-6955

## APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO: VERSÃO DOS ESTUDANTES

**Prezado estudante**, este questionário tem por objetivo conhecer a sua opinião sobre a aprendizagem de habilidades interpessoais (muitas vezes chamadas de atitudes) para a relação médico-paciente. Portanto, não existem respostas certas ou erradas. Por favor, preencha todas as questões da forma mais sincera.

### QUESTIONÁRIO SOBRE APRENDIZAGEM DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

1. Como você define a relação médico-paciente de qualidade?
2. Em sua opinião, a relação médico-paciente pode ser aprendida na faculdade?  
 sim  
 não

Por quê?

3. Em sua opinião, o que mais influencia para o estabelecimento da relação médico-paciente de qualidade são:  
 As características pessoais do médico/estudante de medicina  
 As habilidades interpessoais que o médico/estudante de medicina aprendeu na sua formação profissional.  
 As duas, já que são complementares
4. Em sua opinião, o quanto é importante aprender habilidades interpessoais para estabelecer uma relação médico-paciente de qualidade no curso de graduação de Medicina?

1	2	3	4	5
Nada	Pouco	Médio	Bastante	Totalmente

5. Em sua opinião, a forma como o professor se relaciona com os alunos e com outros professores pode influenciar no desenvolvimento das habilidades interpessoais dos alunos?

1	2	3	4	5
Nada	Pouco	Médio	Bastante	Totalmente

6. Qual seria o comportamento ideal do professor no relacionamento dos alunos, a fim de favorecer o desenvolvimento de habilidades interpessoais?

7. Marque as habilidades interpessoais abaixo, fazendo um X na escala que vai de 1 (não é importante) a 5 (importância total), a partir do que você considera importante que o **médico ou estudante de medicina** tenha para poder estabelecer uma relação médico-paciente de qualidade:

Ações	Não é importante				Importância total
	1	2	3	4	5
1. Aceitar críticas justas					
2. Aceitar recusas ou discordâncias do paciente					
3. Colocar-se no lugar do outro (empatia)					
4. Convencer, influenciar, liderar					
5. Cooperar					
6. Compartilhar					

7. Corrigir informação					
8. Cumprimentar, dizer por favor, obrigado					
9. Dar opinião, sugestão					
10. Defender-se de acusações ou críticas injustas					
11. Desculpar-se, admitir erro					
12. Discordar do paciente					
13. Elogiar, gratificar					
14. Encerrar conversação ou interação de forma não abrupta					
15. Expressar sentimentos negativos de forma adequada					
16. Expressar sentimentos positivos de forma adequada					
17. Falar sobre si mesmo					
18. Fazer convites de palestras ou programas de saúde					
19. Fazer perguntas					
20. Iniciar contato e conversação					
21. Negociar decisões					
22. Oferecer ajuda					
23. Olhar nos olhos quando estiver conversando					
24. Organizar atividades de grupo					
25. Ouvir atentamente o outro					
26. Pedir favor ou ajuda na consulta (sobre atendimento)					
27. Pedir mudança de comportamento do outro					
28. Propor, sugerir atividades.					
29. Responder perguntas					
30. Manejar estresse e ansiedade					
31. Ter confiança na sua capacidade (crença na autoeficácia)					
32. Saber como lidar com situações emocionais delicadas					
33. Ter habilidade de tomada de decisão					
34. Anotar as queixas do paciente					
35. Não julgar o paciente (por exemplo, pelo vestuário)					
36. Ter habilidade de resolução de problemas rapidamente					
37. Ter habilidade em promover aprendizagem (habilidades sociais educativas)					
38. Informar o paciente sobre diagnóstico e prognóstico					
39. Informar o paciente sobre riscos e cuidados de saúde					
40. Pedir feedback (devolutiva)					
41. Dar feedback					

8. Da lista de habilidades interpessoais) do quadro anterior, quais as que você aprendeu nas disciplinas (coloque os números):
9. Quais disciplinas foram essenciais para esse aprendizado?
10. Marque fazendo um X na escala que vai de 1 (nada) a 5 (totalmente), o quanto você considera que cada aspecto abaixo interfere na relação médico-paciente de qualidade:

Ações	Nada				Totalmente
	1	2	3	4	5
1. Quando o paciente mantém-se calado					
2. Quando o paciente questiona demasiadamente					
3. Quando o paciente opina (discorda ou concorda) com o médico					
4. O tipo de problemática/doença atendida					
5. O tempo da consulta					
6. O tempo que o paciente espera para ser atendido					
7. O número de pacientes a ser atendido em um turno					
8. A quantidade de plantões do médico					
9. Ter equipamento disponível na instituição de saúde					
10. A equipe de saúde					
11. O tipo de trabalho técnico do médico – especialidade médica					
12. A autonomia do paciente na tomada de decisão					
13. O valor (\$) que o médico recebe na consulta					
14. O tipo de instituição onde ocorre o atendimento (hospital escola, posto de saúde, hospital particular, hospital público).					
15. Outros: _____					

11. Da lista do quadro anterior, quais os aspectos que você já aprendeu nas disciplinas (coloque os números):
12. Quais disciplinas foram essenciais para esse aprendizado?
13. Na sua percepção, o que foi aprendido até o momento é suficiente para estabelecer uma relação médico-paciente de qualidade?

1	2	3	4	5
Nada	Pouco	Médio	Bastante	Totalmente

O que falta?

14. Em sua opinião, quais as situações de relação médico-paciente que você considera difíceis (pode marcar quantas achar necessário):
- ( ) Quando o médico tem que dar uma notícia de ruim (seja diagnóstico, tratamento ou prognóstico)
- ( ) Quando o paciente está agressivo
- ( ) Quando o paciente é extremamente atraente
- ( ) Quando a família não deixa o paciente falar
- ( ) Quando o paciente interrompe o médico a todo o momento
- ( ) Outras. Descreva:

15. Em sua opinião, o que acredita que o paciente faz quando não considera a relação com o médico satisfatória:

- ( ) Fala para o médico que não ficou satisfeito(a) ou que a relação não está boa  
 ( ) Reclama na recepção.  
 ( ) Troca de médico até achar um que goste  
 ( ) Outro:

### FICHA DE DADOS DEMOGRÁFICOS

Idade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_  
 Sexo: 1.( ) feminino 2.( ) masculino  
 Estado civil: 1.( ) solteiro(a) 2.( ) casado(a) 3.( ) separado(a) 4.( ) outro: \_\_\_\_\_  
 Ano e período que está cursando a faculdade:  
 1. ( ) 1º ano - 1º período 2. ( ) 1º ano - 2º período  
 3. ( ) 2º ano - 1º período 4. ( ) 2º ano - 2º período  
 5. ( ) 3º ano - 1º período 6. ( ) 3º ano - 2º período  
 7. ( ) 4º ano - 1º período 8. ( ) 4º ano - 2º período  
 9. ( ) 5º ano - 1º período 10. ( ) 5º ano - 2º período  
 11. ( ) 6º ano - 1º período 12. ( ) 6º ano - 2º período  
 Ano e semestre provável de formatura: \_\_\_\_\_  
 Idade do pai: \_\_\_\_\_ Escolaridade do pai: \_\_\_\_\_  
 Profissão do pai: \_\_\_\_\_  
 Idade da mãe: \_\_\_\_\_ Escolaridade da mãe: \_\_\_\_\_  
 Profissão da mãe: \_\_\_\_\_  
 Renda familiar em número de salários mínimos:  
 1.( ) até cinco 2.( ) cinco a dez 3.( ) dez a vinte 4.( ) vinte a cinquenta 5.( ) mais de cinquenta  
 Números de irmãos: \_\_\_\_\_  
 Especificar sexo, idade, escolaridade e profissão de cada um dos irmãos.  
 Você trabalha além de estudar: 1.( ) sim. Especificar o emprego: \_\_\_\_\_  
 2.( ) não

**OBRIGADO! SUA OPINIÃO É MUITO IMPORTANTE!**

## APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO: VERSÃO DOS DOCENTES

**Prezado(a) professor(a)**, este questionário tem por objetivo conhecer a sua opinião sobre o ensino de habilidades interpessoais (muitas vezes chamadas de atitudes) para a relação médico-paciente. Portanto, não existem respostas certas ou erradas. Por favor, preencha todas as questões da forma mais sincera .

### QUESTIONÁRIO SOBRE ENSINO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

1. Como o(a) senhor(a) define relação médico-paciente de qualidade?
2. Em sua opinião, a relação médico-paciente pode ser aprendida na faculdade?  
 sim  
 não  
 Por que?
3. Em sua opinião, o que mais influencia para o estabelecimento da relação médico-paciente de qualidade são:  
 As características pessoais do médico/estudante de medicina  
 As habilidades interpessoais que o médico/estudante de medicina aprendeu na sua formação profissional.  
 As duas, já que são complementares
4. O(a) senhor(a) acredita que é importante ensinar habilidades interpessoais para estabelecer uma relação médico-paciente de qualidade para os estudantes de medicina?  
 Nada                       Pouco                       Médio                       Bastante                       Totalmente
5. Em sua opinião, a forma como o professor se relaciona com os alunos e com outros professores pode influenciar no desenvolvimento das habilidades interpessoais dos alunos?  
 Nada                       Pouco                       Médio                       Bastante                       Totalmente
6. O(a) senhor(a) ensina alguma habilidade interpessoal específica para estabelecer uma relação médico-paciente de qualidade na sua disciplina?  
 sim  
 não
7. Marque as habilidades interpessoais abaixo, fazendo um X na escala que vai de 1 (não é importante) a 5 (importância total), a partir do que você considera importante que o **médico ou estudante de medicina** tenha para poder estabelecer uma relação médico-paciente de qualidade:

Habilidades Interpessoais	Não é importante				Importância total
	1	2	3	4	5
1. Aceitar críticas justas					
2. Aceitar recusas ou discordâncias do paciente					
3. Colocar-se no lugar do outro (empatia)					
4. Convencer, influenciar, liderar					
5. Cooperar					
6. Compartilhar					

7.	Corrigir informação				
8.	Cumprimentar, dizer por favor, obrigado				
9.	Dar opinião, sugestão				
10.	Defender-se de acusações ou críticas injustas				
11.	Desculpar-se, admitir erro				
12.	Discordar do paciente				
13.	Elogiar, gratificar				
14.	Encerrar conversação ou interação de forma não abrupta				
15.	Expressar sentimentos negativos de forma adequada				
16.	Expressar sentimentos positivos de forma adequada				
17.	Falar sobre si mesmo				
18.	Fazer convites de palestras ou programas de saúde				
19.	Fazer perguntas				
20.	Iniciar contato e conversação				
21.	Negociar decisões				
22.	Oferecer ajuda				
23.	Olhar nos olhos quando estiver conversando				
24.	Organizar atividades de grupo				
25.	Ouvir atentamente o outro				
26.	Pedir favor ou ajuda na consulta (sobre atendimento)				
27.	Pedir mudança de comportamento do outro				
28.	Propor, sugerir atividades.				
29.	Responder perguntas				
30.	Manejar estresse e ansiedade				
31.	Ter confiança na sua capacidade (crença na autoeficácia)				
32.	Saber como lidar com situações emocionais delicadas				
33.	Ter habilidade de tomada de decisão				
34.	Anotar as queixas do paciente				
35.	Não julgar o paciente (por exemplo, pelo vestuário)				
36.	Ter habilidade de resolução de problemas rapidamente				
37.	Ter habilidade em promover aprendizagem (habilidades sociais educativas)				
38.	Informar o paciente sobre diagnóstico e prognóstico				
39.	Informar o paciente sobre riscos e cuidados de saúde				
40.	Pedir feedback (devolutiva)				
41.	Dar feedback				

8. Da lista de habilidades interpessoais do quadro anterior, quais as que o(a) senhor(a) desenvolve nos seus alunos (coloque os números)?

9. Marque fazendo um X na escala que vai de 1 (nada) a 5 (totalmente), o quanto você considera que cada aspecto abaixo interfere na relação médico-paciente de qualidade:

Ações	Nada				Totalmente
	1	2	3	4	5
1. Quando o paciente mantém-se calado					
2. Quando o paciente questiona demasiadamente					

3. Quando o paciente opina (discorda ou concorda) com o médico					
4. O tipo de problemática/doença atendida					
5. O tempo da consulta					
6. O tempo que o paciente espera para ser atendido					
7. O número de pacientes a ser atendido em um turno					
8. A quantidade de plantões do médico					
9. Ter equipamento disponível na instituição de saúde					
10. A equipe de saúde					
11. O tipo de trabalho técnico do médico – especialidade médica					
12. A autonomia do paciente na tomada de decisão					
13. O valor (\$) que o médico recebe na consulta					
14. O tipo de instituição onde ocorre o atendimento (hospital escola, posto de saúde, hospital particular, hospital público).					
15. Outros: _____					

10. Da lista do quadro anterior, quais os aspectos que o(a) senhor(a) desenvolve nos seus alunos (coloque os números)?

11. Quais estratégias didáticas o(a) senhor(a) utiliza para desenvolver essas habilidades interpessoais em sua disciplina e/ou em outra atividade acadêmica?

12. Na escala abaixo, anote a importância, que o(a) senhor(a) dá ao desenvolvimento interpessoal na educação médica:

( )                      ( )                      ( )                      ( )                      ( )  
 Nenhuma              Pouca                      Média                      Bastante                      Total

13. Na escala abaixo, indique a sua posição sobre a viabilidade de incluir objetivos de desenvolvimento interpessoal em sua disciplina:

( )                      ( )                      ( )                      ( )                      ( )  
 Nenhuma              Pouca                      Média                      Bastante                      Total

14. Quais as vantagens em promover e/ou ensinar habilidades interpessoais referentes à relação médico-paciente em sala de aula?

15. Quais as desvantagens (dificuldades) em promover e/ou ensinar habilidades interpessoais referentes à relação médico-paciente em sala de aula?

16. Em sua opinião, quais as situações de relação médico-paciente que você considera difíceis (pode marcar quantas achar necessário):

- ( ) Quando o médico tem que dar uma notícia de ruim (seja diagnóstico, tratamento ou prognóstico)  
 ( ) Quando o paciente está agressivo  
 ( ) Quando o paciente é extremamente atraente  
 ( ) Quando a família não deixa o paciente falar  
 ( ) Quando o paciente interrompe o médico a todo o momento  
 ( ) Outras. Descreva:

17. Em sua opinião, o que o(a) senhor(a) acredita que o paciente faz quando não considera a relação com o médico satisfatória:

- O paciente fala para o médico que não ficou satisfeito(a) ou que a relação não está boa
- Ele reclama na recepção.
- Ele troca de médico até achar um que goste
- Outro:

### **FICHA DE DADOS DEMOGRÁFICOS**

- Data de nascimento: \_\_\_\_\_ sexo: 1.  feminino 2.  masculino
- Estado civil: 1.  solteiro(a) 2.  casado(a) 3.  separado(a) 4.  outro
- Universidade onde se graduou: \_\_\_\_\_
- Curso: \_\_\_\_\_ Ano e semestre de formatura: \_\_\_\_\_
- Especialidade de atuação: \_\_\_\_\_
- Atualmente exerce a profissão além da docência?
- sim
- não
- Quando iniciou a profissão de docente (nível superior)? \_\_\_\_\_
- Desde quando leciona no curso de medicina? \_\_\_\_\_
- Qual(is) disciplina(s) leciona atualmente? \_\_\_\_\_

**OBRIGADO! SUA OPINIÃO É MUITO IMPORTANTE!**

## APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO: VERSÃO DOS PACIENTES

**Prezado(a) participante**, este questionário tem por objetivo conhecer a sua opinião sobre a relação médico-paciente. Portanto, não existem respostas certas ou erradas. Por favor, preencha todas as questões da forma mais sincera.

### QUESTIONÁRIO SOBRE A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

1. O que o(a) senhor(a) entende por relação médico-paciente de qualidade?
2. Em sua opinião, a relação médico-paciente pode ser aprendida na faculdade?  
 sim  
 não  
 Por quê?
3. Em sua opinião, o que mais influencia para o estabelecimento da relação médico-paciente de qualidade são as:  
 Características pessoais do médico/estudante de medicina  
 Atitudes (habilidades interpessoais) que o médico/estudante de medicina aprendeu na sua formação profissional.  
 As duas são importantes e complementares
4. O(a) senhor(a) acredita que é importante que os professores do curso de medicina ensinem o aluno atitudes ( habilidades interpessoais e comportamentos) para estabelecer uma (boa) relação medico-paciente de qualidade?  

1	2	3	4	5
Nada	Pouco	Médio	Bastante	Totalmente
5. Em sua opinião, a forma como o professor se relaciona com os alunos e com outros professores pode influenciar no desenvolvimento das atitudes (habilidades interpessoais) dos alunos?  

1	2	3	4	5
Nada	Pouco	Médio	Bastante	Totalmente
6. Marque as atitudes (habilidades interpessoais) abaixo, fazendo um X na escala que vai de 1 (não é importante) a 5 (importância total), a partir do que você considera importante que o **médico ou estudante de medicina** tenha para poder estabelecer uma relação médico-paciente de qualidade:

Ações	Não é importante				Importância total
	1	2	3	4	5
1. Aceitar críticas justas					
2. Aceitar recusas ou discordâncias do paciente					
3. Colocar-se no lugar do outro (empatia)					
4. Convencer, influenciar, liderar					
5. Cooperar					
6. Compartilhar					
7. Corrigir informação					
8. Cumprimentar, dizer por favor, obrigado					
9. Dar opinião, sugestão					
10. Defender-se de acusações ou críticas injustas					

11. Desculpar-se, admitir erro					
12. Discordar do paciente					
13. Elogiar, gratificar					
14. Encerrar conversa�o ou intera�o de forma não abrupta					
15. Expressar sentimentos negativos de forma adequada					
16. Expressar sentimentos positivos de forma adequada					
17. Falar sobre si mesmo					
18. Fazer convites de palestras ou programas de saúde					
19. Fazer perguntas					
20. Iniciar contato e conversa�o					
21. Negociar decisões					
22. Oferecer ajuda					
23. Olhar nos olhos quando estiver conversando					
24. Organizar atividades de grupo					
25. Ouvir atentamente o outro					
26. Pedir favor ou ajuda na consulta (sobre atendimento)					
27. Pedir mudança de comportamento do outro					
28. Propor, sugerir atividades.					
29. Responder perguntas					
30. Manejar estresse e ansiedade					
31. Ter confiança na sua capacidade (crença na autoeficácia)					
32. Saber como lidar com situa�es emocionais delicadas					
33. Ter habilidade de tomada de decisão					
34. Anotar as queixas do paciente					
35. Não julgar o paciente (por exemplo, pelo vestuário)					
36. Ter habilidade de resolu�o de problemas rapidamente					
37. Ter habilidade em promover aprendizagem (habilidades sociais educativas)					
38. Informar o paciente sobre diagnóstico e prognóstico					
39. Informar o paciente sobre riscos e cuidados de saúde					
40. Pedir feedback (devolutiva)					
41. Dar feedback					

7. Marque fazendo um X na escala que vai de 1 (nada) a 5 (totalmente), o quanto você considera que cada aspecto abaixo interfere na rela o médico-paciente:

A�es	Nada				Totalmente
	1	2	3	4	5
1. Quando o paciente mantem-se calado					
2. Quando o paciente questiona demasiadamente					
3. Quando o paciente opina (discorda ou concorda) com o médico					
4. O tipo de problemática/doença atendida					
5. O tempo da consulta					
6. O tempo que o paciente espera para ser atendido no dia					

7. O número de pacientes a ser atendido em um turno					
8. A quantidade de plantões do médico					
9. Ter equipamento disponível na instituição de saúde					
10. A equipe de saúde					
11. O tipo de trabalho técnico do médico – especialidade médica (por exemplo: consulta ambulatorial ou atendimento cirúrgico)					
12. A autonomia do paciente na tomada de decisão					
13. O valor (\$) que o médico recebe na consulta					
14. O tipo de instituição onde ocorre o atendimento (hospital escola, posto de saúde, hospital particular, hospital público).					
15. Outros: _____					

8. Na escala abaixo, anote a importância, que o(a) senhor(a) dá ao desenvolvimento interpessoal (atitudes) na educação médica:

1	2	3	4	5
Nenhuma	Pouca	Média	Bastante	Total

9. O que o(a) senhor(a) faz quando não considera a relação com o médico satisfatória:

- ( ) Fala para o médico que não ficou satisfeito(a) ou que a relação não está boa  
 ( ) Reclama na recepção.  
 ( ) Troca de médico até achar um que goste  
 ( ) Outro: \_\_\_\_\_

### FICHA DE DADOS DEMOGRÁFICOS

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ sexo: 1.( ) feminino 2.( ) masculino  
 Estado civil: 1.( ) solteiro(a) 2.( ) casado(a) 3.( ) separado(a) 4.( ) outro: \_\_\_\_\_  
 Tem filhos: ( ) sim ( ) não  
 Em caso positivo, qual a idade e sexo? \_\_\_\_\_  
 Mora com quem: \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_ procedência: \_\_\_\_\_  
 Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_  
 Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_  
 Qual a especialidade que será atendido: \_\_\_\_\_

**OBRIGADO! SUA OPINIÃO É MUITO IMPORTANTE!**

**APÊNDICE G - CARTÃO DE RESPOSTAS**

**CARTÃO DE RESPOSTAS**

<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Médio</b>	<b>Bastante</b>	<b>Totalmente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**CARTÃO DE RESPOSTAS**

<b>Concordo totalmente</b>	<b>Concordo moderadamente</b>	<b>Concordo levemente</b>	<b>Discordo levemente</b>	<b>Discordo moderadamente</b>	<b>Discordo totalmente</b>
<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

## APÊNDICE H - PRODUÇÃO CIENTÍFICA

<b>Artigo publicado</b>	
1.	Barletta, JB; Gennari, MS; Ciplotti, R. (2011). A perspectiva cognitivo-comportamental dos aspectos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente. <i>Psicologia em Revista</i> , 17(3), 396-413.
<b>Artigos submetidos</b>	
1.	Barletta, JB; Gennari, MS; Murta, SG; Cipolotti, R. A relação médico-paciente: revisão integrativa da produção científica nacional. Submetido para 'Revista Médica de Minas Gerais' em novembro 2013.
2.	Barletta, JB; Gennari, MS; Murta, SG; Cipolotti, R. The Teaching-Learning Process Of Doctor-Patient Relationship In Brazil: A Cross-Sectional Study. Artigo submetido para a 'BMC Medical Education' em janeiro de 2014.
3.	Barletta, JB; Murta, SG; Gennari, MS; Cipolotti, R. Social Skills and Medical Education: the perceived importance of interpersonal behavior in assistance relationship. Artigo submetido ao periódico "Psychology, Health & Medicine" em janeiro 2014.
4.	Barletta, JB; Gennari, MS; Murta, SG; Cipolotti, R. The doctor-patient relationship: attitudes of medical students, professors and patients in Brazil. Artigo submetido para o periódico 'Journal of Clinical Psychology in Medial Settings' em fevereiro de 2014.
<b>Capítulo de livro (prelo)</b>	
1.	Barletta, JB; Murta, SG; Cipolotti, R; Gennari, MS. (prelo). O desenvolvimento da relação médico-paciente na graduação de Medicina: o olhar dos estudantes sobre o ensino das habilidades interpessoais. In: Soares, AB; Mourão, L; Mota, MPE (orgs) <i>Estudantes Universitários: características cognitivas, relacionais e transição para o mercado de trabalho</i> .
2.	Barletta, JB; Murta, SG; Cardoso, MP, Gennari, MS, Cipolotti, R. (prelo). Análise qualitativa da relação médico-paciente à luz das habilidades sociais: perspectiva de pacientes do SUS. In: Fonsêca, ALB (org). <i>Comportamento, desenvolvimento e cultura</i> .
<b>Resumos em anais de congressos</b>	
1.	Barletta, JB; Murta, SG; Cipolotti, R; Gennari, MS. As habilidades interpessoais na educação médica: percepção do aluno sobre a aprendizagem da relação com o paciente. In: IV Seminário Internacional de Habilidades Sociais, 2013, Niterói. <i>Anais do IV SIHS</i> . Niterói: 2013, p. 57-58.
2.	Barletta, JB, Cipolotti, R. Avaliação de uma disciplina de desenvolvimento docente do Núcleo Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe. In: 50º Congresso Brasileiro de Educação Médica, 2012, São Paulo. <i>Anais do 50º Congresso Brasileiro de Educação Médica</i> . São Paulo: 2012.
3.	Barletta, JB., Cipolotti, R., Murta, SG. The teaching of the doctor-patient relationship according patients at an university hospital in Sergipe, Brazil In: AMEE 2012: The Continuum of Education in Medicine and the Healthcare Professions, 2012, Lyon. <i>AMEE Conference Abstracts 2012</i> , p. 315 – 316.
4.	Barletta, JB., Murta, SG., Cipolotti, R. O ensino das habilidades sociais para promoção da relação médico-paciente na graduação de Medicina. In: 42ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia e VIII Congresso Ibero Americano de Psicologia, 2012, São Paulo. <i>Resumos de Comunicações Científicas apresentadas na 42ª Reunião Anual da SBP e VIII Congresso Ibero Americano de Psicologia</i> , 2012, 165 – 166.
5.	Barletta, JB., Murta, SG., Cipolotti, R. Análise de conteúdo das ementas do curso de Medicina sobre o ensino da relação médico-paciente. In: Congresso Sergipano de Ciência, 2011, Aracaju. <i>Resumos do Congresso Sergipano de Ciência</i> . Aracaju: Associação Sergipana de Ciência - ASCi, 2011, 24 – 25.