

Avaliação da relação médico-paciente sob a perspectiva de pacientes da rede pública de saúde

Evaluation of the physician-patient relationship from the perspective of patients from the public health network

Fernanda Orlando Pompeu Madeira*¹; Isabela Gondim Wulf¹; Julia Alice Borges Cabral¹; Virgínia Araújo de Sousa¹; Vivian Oliveira Viana¹; Carlos Eduardo Leal Vidal²

1. Faculdade de Medicina de Barbacena
2. Título de especialista em Psiquiatria pela Casa de Saúde Santa Clara. Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais

***Endereço para correspondência:**

Praça Presidente Antônio Carlos, 8 – São Sebastião Barbacena, Minas Gerais; 36202-336
Telefone: (32) 3339-2950
E-mail: fernandamadeira@gmail.com

Instituição de realização do trabalho:

Centro Ambulatorial Dr. Agostinho Paolucci – Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Barbacena

Resumo

Introdução. A relação médico-paciente influencia de forma expressiva o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico do doente. Esse vínculo pode ser fundamentado a partir de duas vertentes: o modelo comunicacional verticalizado ou paternalista focado no médico e o modelo horizontal centrado no paciente, que é encorajado a assumir uma participação mais ativa no tratamento. Essa relação pode ser mensurada pela Escala de Orientação Médico-Paciente (Patient-Practitioner Orientation Scale - PPOS). **Objetivo.** Avaliar as atitudes dos pacientes a respeito da relação médico-paciente sobre as perspectivas caring (cuidar) e sharing (compartilhar). **Métodos.** Estudo transversal desenvolvido no Centro Ambulatorial Dr. Agostinho Paolucci, hospital escola da Faculdade de Medicina de Barbacena. A amostra foi constituída por 200 pacientes atendidos e avaliados por meio da Escala PPOS. A análise estatística foi realizada por meio do teste t e ANOVA. **Resultados.** A idade média dos respondentes foi de 47,3±15,3 anos, sendo 178 do sexo feminino (79,0%). O escore médio encontrado foi de 4,07±0,58, indicando atitudes mais centradas no médico. Para as subescalas sharing e caring as médias foram de 3,56±0,89 e 4,58±0,58, respectivamente, indicando igualmente orientações centradas no modelo médico tradicional. **Conclusão.** Neste estudo, a atitude dos entrevistados foi mais orientada na dimensão caring, refletindo o perfil da relação médico-paciente na sociedade brasileira.

Palavras-chave: Relação Médico-paciente. Atitudes e Práticas em Saúde. Assistência Centrada no Paciente.

Abstract

Introduction. The doctor-patient relationship expressively influences the diagnostic, the therapy and the patient's prognosis. This link can be based on two aspects: the vertical communication model or paternalist which is centered on the doctor and the horizontal model centered on the patient, who is encouraged to assume a more active participation in the treatment. This relation can be measured by the Patient-Practitioner Orientation Scale – PPOS). **Objective.** Evaluate the attitudes of patients regarding the doctor-patient relationship according to the perspectives of caring and sharing. **Methods.** Cross-sectional study developed at the Ambulatory Center Dr. Agostinho Paolucci, teaching hospital of the Barbacena Faculty of Medicine. The sample consisted of 200 patients seen in 2019, assessed using the Doctor-Patient Orientation Scale (Patient-Practitioner Orientation Scale - PPOS). The t test and ANOVA were used to analyze the data. **Results.** The average age of the respondents was 47.3 ± 15.3 years, with 178 being female (79.0%). The average score found was 4.07 ± 0.58, indicating more physician-centered attitudes. For the "sharing" and "caring" subscales, the averages were 3.56 ± 0.89 and 4.58 ± 0.58, respectively, also indicating guidelines centered on the traditional medical model. **Conclusion.** In this study, the interviewees' attitude was predominantly attuned to caring than sharing, which reflects the profile of the doctor-patient relationship in the Brazilian society.

Keywords: Doctor-patient Relationship. Health Attitudes and Practices. Patient-centered Care.

1. INTRODUÇÃO

A relação entre médico e paciente pode ser fundamentada a partir de duas vertentes. A primeira é o modelo comunicacional verticalizado ou paternalista, que é focado no médico, não outorgando ao paciente controle sobre o fluxo de informações ou tratamento. Já o modelo horizontal, que é a segunda vertente, é equânime e centrado no paciente, em que o doente é encorajado a desempenhar o papel de parceiro assumindo uma participação mais ativa sobre seu tratamento, além de imputar-se maior responsabilidade pela própria saúde¹.

Diferentemente do passado, os pacientes, nos últimos anos, estão se tornando cada vez mais autônomos, visto que a medicina moderna não pode avançar sem incorporar essa necessidade ética essencial¹. Nesse aspecto, o enfoque da relação médico-paciente, base da prática clínica, passou a valorizar dois domínios: *sharing* (compartilhamento) e *caring* (cuidado). *Sharing* refere-se a quanto o paciente acredita que o poder, o controle e o fluxo de informações deve ser igualmente compartilhado pelo médico. *Caring* refere-se a quanto o paciente deseja ser tratado de forma holística, considerando seus aspectos psicossociais, e não apenas como uma condição ou doença¹.

A doença interpretada apenas pelo ponto de vista biológico faz parte de um modelo mecanicista, que considera o corpo como uma máquina, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais². Nesse contexto, as novas e cada vez mais sofisticadas ferramentas propedêuticas assumiram um papel importante no diagnóstico de doenças em detrimento da relação pessoal entre o médico e o paciente. A tecnologia foi se incorporando ao exercício da profissão, enquanto o aspecto subjetivo da relação foi deixado de lado^{3,4}.

Nas últimas décadas, evidências crescentes apontam que um estilo de cuidado centrado no paciente pode conduzir a uma série de resultados positivos, incluindo maior efetividade do diagnóstico, melhor adesão dos pacientes aos medicamentos e regimes comportamentais, além de um menor número de consultas perdidas⁵. Um dos pontos fundamentais da qualidade da relação médico-paciente refere-se à satisfação de seu usuário. Nesse aspecto, a percepção dos pacientes interferirá na acessibilidade, na criação de vínculos e na horizontalidade do cuidado o que refletirá diretamente na capacidade da equipe de oferecer um cuidado integral⁶.

Estudo realizado no Brasil apontou que os clientes consideram essencial para estabelecer uma relação médico-paciente saudável que a consulta tenha duração de no mínimo dez minutos, que o médico os ouça, toque e, durante a entrevista, utilize linguagem adequada ao interlocutor, seja para obter informações ou para explicar a conduta⁷.

Nessa perspectiva, os pacientes acreditam que a empatia do médico relaciona-se a um sentimento de sensibilização conduzido por mecanismos afetivos, cognitivos e

comportamentais frente à observação da experiência do outro. Ademais, afirmam que essa característica os deixam mais seguros e dispostos a relatarem seus problemas, sintomas e dúvidas, e uma vez criada essa relação de confiança e colaboração com o paciente, a efetividade dos processos diagnósticos e terapêuticos mostra-se mais significativa⁸.

Cabe destacar que estas considerações reforçam que apesar dos usuários optarem por determinados aspectos da conduta centrada no paciente, ainda há predileção para que o médico detenha o poder e o controle do atendimento, preservando a hierarquia existente na consulta⁹.

Posto isso, no Brasil, quando avaliada a atitude dos pacientes, nota-se que há predomínio do cuidar em relação ao compartilhar. Tal fato reflete o perfil da relação médico-paciente na sociedade brasileira atual, a qual está pautada no controle dominante do médico no que se refere à condução das consultas e da terapêutica, em detrimento de menor participação e autonomia dos enfermos³.

Iniciativas como o *Too Much Medicine*, *Choosing Wisely* e a *Slow Medicine* apontam na mesma direção, enfatizando, principalmente, a melhora na qualidade do cuidado, a consideração dos valores e desejos do paciente, a diminuição na quantidade de procedimentos diagnósticos solicitados e de tratamentos desnecessários¹⁰. Com relação a esses últimos aspectos citados, a literatura vem utilizando a seguinte terminologia: *overdiagnosis* (excesso de diagnósticos incluindo aqueles que provavelmente não irão causar sintomas ou danos ao longo da vida do paciente) e *overtreatment* (excesso de procedimentos terapêuticos, referindo-se a tratamentos feitos de acordo com bases científicas sólidas e preferências do paciente, mas que não ajudam na sua condição clínica)¹¹.

Um estudo que avaliou as orientações de médicos e pacientes observou que entre aqueles profissionais do sexo feminino o atendimento era mais focado no paciente e que aqueles com maior tempo de profissão se relacionaram à satisfação e orientação de maneira não linear. No mesmo estudo, os pacientes também avaliaram sua satisfação com seus médicos, e entre eles verificou-se que as mulheres, os jovens, os mais instruídos e os mais saudáveis preferiam profissionais mais centrados no paciente. Outro fato observado foi que os pacientes estavam muito satisfeitos quando seus médicos tinham uma orientação compatível com o nível de compreensão de seu interlocutor ou eram mais focados nos clientes¹².

Revisão sistemática publicada em 2014 e atualizada em 2017 sugere que a decisão compartilhada promove maior satisfação, informação, conhecimento do assunto, participação ativa na decisão e percepção mais exata dos riscos, quando comparada ao modelo clássico¹⁰.

Para mensurar as atitudes e as orientações de médicos e pacientes nos aspectos citados alguns instrumentos são descritos na literatura, destacando-se a Escala de Orientação Médico-Paciente (*Patient-Practitioner Orientation Scale - PPOS*)¹², já traduzida e validada para o contexto brasileiro¹³.

No entanto, em pesquisa realizada nas bases Scielo, BVS e Google Acadêmico os autores só localizaram artigos avaliando as orientações na perspectiva dos médicos ou dos estudantes de medicina, não encontrando estudos analisando a relação médico-paciente sob a perspectiva dos pacientes.

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar as atitudes dos pacientes a respeito da relação médico-paciente sob as dimensões caring e sharing medidas pela PPOS.

2. MÉTODOS

2.1 Tipo e local do estudo

Estudo transversal desenvolvido nas dependências do Centro Ambulatorial Dr. Agostinho Paolucci, hospital escola da Faculdade de Medicina de Barbacena, em Barbacena, Minas Gerais. O município conta com população aproximada de 140 mil habitantes, sendo cidade polo e referência regional para cerca de 250 mil pessoas. No referido ambulatório são atendidos mensalmente 850 pacientes provenientes da atenção básica, distribuídos em várias especialidades de clínica médica e cirúrgica.

2.2 Procedimentos para coleta de dados

2.2.1 Operacionalização da coleta de dados

Trata-se de amostra de conveniência constituída por 200 pacientes atendidos nas dependências do ambulatório no período de agosto a dezembro de 2019.

Os pacientes foram avaliados por meio da Escala de Orientação Médico-Paciente (*Patient-Practitioner Orientation Scale – PPOS*) já validada e traduzida para o contexto brasileiro¹³.

O objetivo da escala é verificar as atitudes de médicos, estudantes ou pacientes a respeito do papel do médico na relação médico-paciente, avaliando se o mesmo está centrado na doença ou no paciente. A escala do tipo Likert é composta por 18 itens valorados de um (concordo totalmente) a seis (discordo totalmente) pontos na escala, que dizem respeito à relação médico-paciente.

Nove itens da escala (1,4,5,8,9,10,12,15,18) são relacionados ao compartilhar (subescala sharing) e refletem o quanto os respondentes acreditam que o paciente deseja informações e deve participar do processo de decisão sobre o tratamento ou se esta decisão deve estar em poder do médico. Outros nove itens (2,3,6,7,11,13,14,16,17) são relacionados ao cuidar (subescala caring) e refletem o quanto o paciente acredita que as expectativas, sentimentos e circunstâncias da sua vida interferem no tratamento. Alguns itens (9,13,17) são contabilizados de forma inversa, ou seja, o item “6” é computado como “1”, o “5” como “2” e o “4” como “3” na análise final.

Escore até 4,57 refletem atitudes centradas no médico, entre 4,57 e 5,0 condutas mediamente dirigidas ao paciente,

enquanto valores acima de 5,0 refletem atitudes centradas no paciente¹⁴.

Foi aplicado também um questionário elaborado pelos autores para avaliar questões sociodemográficas e clínicas, contendo perguntas referentes a sexo, idade, escolaridade, ocupação, especialidade consultada, existência de doença crônica e, caso presente, o tempo e doença, com o objetivo de caracterizar a amostra e verificar a associação dessas variáveis com os escores da PPOS.

As ocupações foram assim divididas, adaptadas da Classificação Brasileira de Ocupações¹⁵: Grupo 1: trabalhadores da construção civil e afins; trabalhadores dos serviços gerais e afins; Grupo 2: trabalhadores de nível técnico, trabalhadores da saúde, outros trabalhadores de serviços e afins; Grupo 3: trabalhadores rurais; Grupo 4: donas de casa sem trabalho formal/informal; Grupo 5: aposentados; Grupo 6: desempregados.

Os pacientes foram entrevistados enquanto aguardavam suas consultas no ambulatório do hospital escola. O pesquisador se apresentou, explicou o motivo da pesquisa e, com a concordância do paciente e assinatura de um termo de consentimento, procedeu à leitura das perguntas e mostrou as opções de resposta indicadas no questionário.

2.2.2 Análise estatística

Foram construídas tabelas para distribuição de frequências, médias, medianas e desvio-padrão para cada variável. Após a determinação dos escores da escala para cada participante, os subgrupos da amostra foram comparados conforme as diferentes categorias da escala. Para comparação dos diferentes subgrupos de pacientes quanto aos resultados da escala, foi utilizado o teste t ou ANOVA, conforme o caso. Os dados foram digitados em planilhas do Excel e processados por meio do Software SPSS versão 17.0. O nível de significância adotado foi de 5%.

2.3 Procedimentos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Barbacena (CEP-FAME) sob o número de protocolo CAAE 03818618.8.0000.8307 e parecer número 3.189.959.

3. RESULTADOS

O questionário foi respondido por 200 pacientes com idades que variaram de 18 a 83 anos e média de 47,3±15,3 anos, sendo 178 do sexo feminino (79,0%). Entre os participantes da pesquisa, 49,5% alegaram ser portadores de doença crônica, sendo as mais prevalentes a Hipertensão Arterial Sistêmica e o *Diabetes Mellitus*. Com relação à escolaridade, devido ao número bem reduzido daqueles que possuíam ensino superior, os pacientes foram subdivididos entre aqueles com mais e menos de nove anos de estudo

(48,5% e 51,5%, respectivamente). O escore médio encontrado da escala PPOS foi de 4,07±0,58. Para as dimensões sharing e caring as médias foram de 3,56±0,89 e 4,58±0,58, respectivamente, refletindo atitudes mais centradas no médico.

Os dados sociodemográficos e as respectivas médias estão representados na Tabela 1.

TABELA 1 – Descrição da amostra de acordo com as variáveis estudadas e os escores médio e das dimensões caring e sharing na escala PPOS no ambulatório escola da Faculdade de Medicina de Barbacena em 2019.

Variável		Escore global Média ± DP	Valor p	Caring Média ± DP	Valor p	Sharing Média ± DP	Valor p
Sexo*	Feminino	4,12±0,57	0,02	4,58±0,57	0,77	3,66±0,88	0,01
	Masculino	3,88±0,58		4,55±0,60		3,20±0,86	
Idade **	18 – 39	4,09±0,61	0,23	4,60±0,61	0,93	3,58±0,93	0,12
	40 – 59	4,12±0,59		4,57±0,50		3,67±0,96	
	>60	3,95±0,49		4,56±0,67		3,34±0,64	
Escolaridade (anos de estudo) *	< 9	3,99±0,56	0,05	4,53±0,56	0,24	3,45±0,84	0,08
	>9	4,15±0,59		4,63±0,59		3,68±0,93	
Doença crônica	Sim	4,05±0,56	0,71	4,54±0,55	0,40	3,57±0,85	0,94
	Não	4,08±0,60		4,61±0,60		3,56±0,93	
Tempo de doença (em anos) **	Até 1 ano	4,00±0,59	0,91	4,49±0,57	0,34	3,63±1,02	0,81
	1 – 10 anos	4,07±0,61		4,70±0,56		3,54±0,71	
	>10	4,06±0,49		4,51±0,51		3,49±0,64	
Especialidade	Cirúrgica	4,09±0,54	0,78	4,50±0,57	0,25	3,69±0,82	0,19
	Clínica	4,06±0,59		4,60±0,58		3,51±0,91	
	Grupo 1	4,13±0,58		4,61±0,50		3,65±0,94	
Ocupação**	Grupo 2	4,14±0,56	0,02	4,67±0,52	0,16	3,62±0,96	0,08
	Grupo 3	4,13±0,59		4,58±0,70		3,67±0,58	
	Grupo 4	3,84±0,55		4,52±0,62		3,53±0,88	
	Grupo 5	4,18±0,58		4,66±0,55		3,71±0,83	
	Grupo 6	3,65±0,50		4,40±0,49		2,89±0,81	

*Teste t - **Anova

Fonte: Autores

Com relação aos escores da escala, o teste t indicou que houve diferença entre homens e mulheres e com relação à escolaridade, apresentando maior escore global entre as mulheres e entre aqueles com maior escolaridade. O mesmo foi observado para os sexos na subescala sharing, apesar de que, em ambos, os escores foram baixos. Na subescala caring não houve diferença nos escores.

Observou-se também diferenças entre os escores médios com relação à variável ocupação, com menores escores sendo verificados naqueles dos Grupos 4 e 6. Não houve diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à presença de doença crônica, faixa etária e especialidades médicas consultadas.

Os escores médios da escala em relação aos itens que compõem o questionário estão apresentados nas Tabelas 2 e 3.

TABELA 2 - Escores médios da escala PPOS aplicada no ambulatório escola da Faculdade de Medicina de Barbacena em 2019 em relação aos itens da subescala sharing

Subescala Sharing	Média ± DP
1- É o médico que deve decidir o que será conversado durante a consulta.	3,28 ± 1,99
4- Geralmente, é melhor para os pacientes que eles não tenham uma explicação completa de sua situação médica.	5,27 ± 1,64

Subescala Sharing	Média ± DP
5- Os pacientes deveriam confiar no conhecimento de seus médicos e não tentarem descobrir sobre sua condição por si mesmos.	2,26 ± 1,95
8- Muitos pacientes continuam fazendo perguntas, mesmo quando não temmais o que aprender na consulta.	3,57 ± 2,20
9- Os pacientes devem ser tratados como se fossem parceiros do médico, com poder, direitos e deveres semelhantes.	5,09 ± 1,63
10- Os pacientes geralmente querem ser tranquilizados ao invés de ter informação sobre sua saúde.	4,09 ± 2,06
12- Quando os pacientes discordam do seu médico, é um sinal de que o médico não tem o respeito e a confiança de seu paciente.	3,46 ± 2,04
15- O paciente deve estar sempre ciente de que é seu médico quem está no comando.	2,17 ± 1,76
18- Quando o paciente procura por informações sobre seu estado de saúde por conta própria, isso geralmente confunde mais do que ajuda.	2,72 ± 2,02

PPOS = *Patient-Practitioner Orientation Scale*

Fonte: Autores

TABELA 3 - Escores médios da escala PPOS aplicada no ambulatório escola da Faculdade de Medicina de Barbacena em 2019 em relação aos itens da subescala caring

Subescala Caring	Média ± DP
2- Embora a assistência médica seja mais impessoal hoje em dia, este é um pequeno prejuízo em troca dos avanços da medicina.	2,54 ± 1,87
3- A parte mais importante da consulta médica é o exame físico.	2,56 ± 1,74
6- Quando os médicos fazem muitas perguntas a respeito do histórico do paciente, eles estão intrometendo muito em questões pessoais.	5,54 ± 1,24
7- Se os médicos são realmente bons em diagnóstico e tratamento, a maneira como eles se relacionam com os pacientes não é tão importante.	5,33 ± 1,44
11- Se as características principais de um médico são ser sincero e amigável, ele não terá muito sucesso.	5,36 ± 1,48

Subescala Caring	Média ± DP
13- Um tratamento pode não ter sucesso se estiver em conflito com o estilo de vida ou valores do paciente.	5,14 ± 1,69
14- A maioria dos pacientes querem entrar e sair do consultório o mais rápido possível.	3,81 ± 2,14
16- Não é tão importante conhecer a consulta e o histórico do paciente para tratar sua doença.	5,52 ± 1,37
17- Humor é um ingrediente principal do médico no tratamento do paciente.	5,46 ± 1,18

PPOS = *Patient-Practitioner Orientation Scale*

Fonte: Autores

4. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo evidenciaram, em sua maioria, atitudes centradas no médico, refletindo a cultura paternalista da medicina brasileira¹⁶ na qual o profissional, pautado em suas próprias opiniões, assume as decisões a respeito da propedêutica e terapêutica, sem considerar ou considerando pouco a autonomia do paciente³.

Tal como o escore global, o escore da subescala caring também indica que os pacientes preferem ações centradas nos médicos¹⁶. Esse fator pode estar relacionado ao pouco conhecimento do respondente acerca dos aspectos técnicos¹⁶ e da possibilidade de uma prática médica centrada na pessoa, priorizando um atendimento mais prático e objetivo em detrimento da medicina humanizada e social.

O baixo escore alcançado na subescala sharing também reflete o descrito acima, ou seja, ações centradas no médico. Essa dimensão da escala é uma característica que se refere a quanto o paciente considera que deve se envolver na tomada de decisões ou o quanto isto deve estar sob o domínio exclusivo do médico⁹. Na literatura mundial é unânime que a boa qualidade da relação médico-paciente beneficia o diagnóstico e a adesão ao tratamento, levando a melhores resultados clínicos¹⁷.

Portanto, ainda que o médico seja detentor dos conhecimentos da área médica, o paciente é especialista em seu próprio corpo, na sua compreensão, experiência da doença e sentimentos. Se o paciente não estiver envolvido em seus cuidados, ele pode se tornar ainda mais passivo e distanciado do médico, que é quem detém o poder de decisão.^{18,19}

Além disso, atitudes alinhadas no modelo sharing conferem uma maior confiança, já que os pacientes sentem que há uma percepção clara do profissional sobre a sua doença, o que poderia levar a uma diminuição dos gastos na saúde devido a uma redução nos pedidos de exames complementares, encaminhamentos para especialistas focais e utilização dos cuidados hospitalares²⁰.

Tendo em vista os conceitos caring e sharing, o ideal seria que os pacientes tivessem manifestado predileção pelo compartilhamento, visto que o atendimento centrado

na pessoa tem se mostrado benéfico na condução clínica e na adesão ao tratamento^{18,20}. Todavia, o presente estudo verificou resultados comparáveis a trabalhos anteriores^{1,9,14,21} em que os respondentes optaram por ações focadas no médico, preferindo não se envolver na tomada de decisões²².

Apesar de globalmente ter sido observado escores mais elevados da subescala caring, a diferença em relação ao sexo na escala global e subescala sharing, assemelhou-se a outros estudos que utilizaram a escala PPOS^{9,11,23}. É provável que as mulheres exibam maior tendência a um comportamento humanista por acreditarem em uma relação pautada na coparticipação, em que o médico deve considerar o paciente como alguém semelhante a ele¹⁸.

Outra possível razão para haver predominância do domínio sharing no sexo feminino é o fato das mulheres buscarem atendimento médico com maior frequência do que os homens, sendo assim elas acabam criando vínculo com a unidade básica de saúde, e conseqüentemente, com seus profissionais de saúde, e isso as torna mais interessadas em se tornar partícipes do seu processo saúde-doença. Isso se deve, em grande parte, a uma questão histórica e cultural em que os homens são estimulados a manifestar a sua virilidade por meio da rejeição do autocuidado, exceto quando já há manifestações clínicas que prejudiquem suas atividades diárias e dessa forma, quando procuram o médico querem um atendimento prático e resolutivo importando-se pouco em se envolver com a tomada de decisão²⁴.

Em relação às ocupações houve predominância de orientações voltadas ao modelo médico/doença entre aqueles sem ocupação ou desempregados, e que, portanto, preferem que a condução dos cuidados esteja apenas a cargo do médico²⁵. A escassez de trabalhos utilizando a escala PPOS e verificando associação com profissões dificulta a análise comparativa dos resultados. No caso dos desempregados, é provável que a sua situação de vulnerabilidade explique os achados.

No corrente estudo, menor escore global ligado ao baixo nível de escolaridade, associado a prováveis condições socioeconômicas desfavoráveis daí decorrentes, podem estar relacionados à menor capacidade de percepção dos seus direitos e ao seu pequeno nível de exigência^{7,18}, o que torna os respondentes mais suscetíveis à vontade médica²⁶. Outros estudos demonstraram que pacientes mais jovens e com melhor escolaridade expressaram maior preferência pelo domínio sharing, inclusive aqueles vulneráveis socioeconomicamente²⁷.

Não foram observadas diferenças entre portadores e não portadores de doenças crônicas e nem em relação ao tempo de doença. Tal achado pode estar relacionado ao processo de aceitação da doença. Estudos mostram que quando o paciente convive bem com a moléstia ele tende a seguir as orientações médicas e se interessar em conhecer mais sobre o processo saúde-doença, gerando maior adesão à terapêutica, resiliência e menor progressão da patologia²⁸. Por outro lado, quando o paciente tem dificuldade em aceitar que é portador de uma enfermidade crônica ele se torna resistente a buscar

ajuda especializada e ao tratamento²⁸.

Ademais, o tempo de diagnóstico da doença interfere na relação médico-paciente, visto que um enfermo acompanhado pelo mesmo profissional por períodos prolongados relaciona-se de modo diverso daquele que está iniciando o tratamento²⁹. Cabe destacar que os pacientes, em geral, possuem histórico de relacionamentos anteriores com outros especialistas e estes modificam suas percepções e expectativas, conseqüentemente alterando o modo como conduzirão o próprio tratamento²⁹.

Assim, pode-se inferir que a preferência dos pacientes pelo modelo centrado no médico em detrimento de participação ativa na condução do tratamento contribuiu para os achados desse estudo, visto que mudanças no estilo de vida e o uso de medicamentos contínuos são necessários na terapêutica de doenças crônicas e, grande parte dos pacientes, não seguem esses cuidados da forma adequada, o que está em conformidade com o verificado na literatura²⁸.

É provável que outras variáveis de ordem socioculturais e clínicas interfiram nesse processo e façam com que a comunicação centrada na pessoa não seja globalmente aplicável, ou o sejam apenas em determinadas circunstâncias. Em decorrência disso, faz-se necessária, na educação médica, a transição do modelo pragmático para o modelo da integralidade, o qual compreenda que o paciente deve ser observado de forma holística bem como ser agente ativo no seu processo saúde-doença. Por conseguinte, mudanças nos currículos acadêmicos de Medicina devem trazer novas perspectivas para o ensino buscando o desenvolvimento de habilidades técnicas e comunicacionais, verbais e não-verbais, que visem o aprimoramento da relação médico-paciente^{29,30}.

No entanto, apesar de notório que uma relação mais centrada no paciente, contemplando seus valores e expectativas, conduza a melhores desfechos, ainda são poucos estudos que analisam de forma sistemática o significado deste relacionamento para ambos, paciente e médico²⁹.

Este artigo apresenta algumas limitações que merecem ser destacadas. Em primeiro lugar, é provável que o número de entrevistados tenha sido insuficiente para detectar diferenças entre as comparações efetuadas, sobretudo com relação às especialidades médicas. De fato, o tamanho amostral e a circunstância de ter sido escolhida uma amostra de conveniência contribuiu para os achados, impedindo a generalização dos resultados. O fato do estudo ter se realizado em um ambulatório escola e em amostra com condições sociodemográficas homogêneas, também pode ter contribuído para os resultados encontrados. Por último, a escassez de literatura sobre a escala utilizada, não apenas no Brasil, mas também a nível mundial, principalmente no que se refere a estudos avaliando os pacientes como respondentes, limitou o aprofundamento da discussão.

5. CONCLUSÃO

Neste estudo, a atitude dos entrevistados foi predominantemente sintonizada no cuidar do que no

compartilhar, o que reflete o perfil da relação médico-paciente na sociedade brasileira atual.

O processo compartilhado de tomada de decisões deve levar em consideração as particularidades do paciente, suas perspectivas e nível de instrução. No entanto, considerando as diferenças culturais e contextuais que existem na prática da medicina, a comunicação centrada no paciente pode não ser universalmente aplicável, apesar dos benefícios que oferece, sugerindo que os médicos aprendam a predileção de comunicação dos pacientes e a incorpore a seu próprio estilo de comunicação. Porém, os instrumentos disponíveis para medir as preferências na comunicação centrada no paciente permanecem escassos.

Pode-se considerar que os atributos desse relacionamento são fundamentais não apenas para determinar a qualidade de vida, mas também interferem na relação terapêutica. Posto isso, torna-se não só admissível, mas recomendável, indagar aos pacientes como melhorar a qualidade dos serviços de saúde, visto que os pacientes são o objetivo último e a razão de ser de qualquer sistema de saúde.

Logo, o profissional médico deve permitir que o conhecimento técnico-científico se associe ao acolhimento, troca e diálogo para proporcionar cuidado integral e individualizado.

6. CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram que não existem conflitos de interesse.

7. REFERÊNCIAS

- Ahmad W, Krupat E, Asma Y, Fatima NE, Attique R, Mahmood U, *et al.* Attitudes of medical students in Lahore, Pakistan towards the doctor-patient relationship. *PeerJ. Ltd.* 2015; 30; 3: e1050.
- Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública.* 1999; 15(3): 647-654.
- Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(1): 139-146.
- Gordon JJ, Evans HM. 'Learning Medicine from the Humanities'. In: *Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice.* 2 ed. New York: Routledge; 2010; 213-216.
- Hurley EA, Doumbia S, Kennedy CE, Winch PJ, Roter DL, Murray SM *et al.* Patient-centred attitudes among medical students in Mali, West Africa: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2018; 8(1): e019224.
- Savassi LCM. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. *Rev Bras Med Fam e Comum.* 2010; 5(17): 3-5.
- Pereira MGA, Azevêdo ES. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. *Rev Assoc Med Bras.* 2005; 51(3): 153-157.
- Costa FD, Azevedo RCS. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Rev Bras Educ Med.* 2010; 34(2): 261-269.
- Urdan AT. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. *Revista de Administração de Empresas.* 2001; 41(4): 44-55.
- Vidal CEL, Andrade AFM, Mariano IGGF, *et al.* Atitude de estudantes de medicina a respeito da relação médico paciente. *Rev Med Minas Gerais.* 2019; 29(Supl 8): 19-24.
- Laguardia J, Martins MS, Castro IRS, Barcellos GB. Qualidade do cuidado em saúde e a iniciativa "Choosing Wisely". *Rev Eletron Comum Inf Inov Saúde.* 2016; 10(1): 1-8.
- Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Counsel.* 2000; 39(1): 49-59.
- Pereira CMAS, Silva CHM. Tradução, adaptação cultural e validação da Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) para a língua portuguesa do Brasil [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2012.
- Barletta JB, Cipolotti R. A relação médico-paciente na graduação de Medicina: avaliação de necessidades para a educação médica [tese]. Aracaju: Universidade Federal de Sergipe, 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em: <<https://empregabrasil.mte.gov.br/76/cbo/>> Acesso em: 25 mar. 2020.
- Ribeiro MMF, Krupat E, Amaral CFS. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. *MedTeach.* 2007; (03): 204-208.
- Hur Y, Cho AR, Choi GJ. Medical students' and patients' perceptions of patient-centred attitude. *Korean J Medical Education.* 2017; 29(1): 33-39.
- Ihol GUP, Onya ON, Nwamoh UN, Onyemachi PEN, Chukwuonye Me, Godswill UKO. Patient-Doctor relationship in underserved environment: a cross-sectional study of attitudinal orientation, practice inclination, barriers and benefits among medical practitioners in Abia State, Nigeria. *Nigeriano.* 2010; 26(2): 87-93.
- Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(59): 905-916.
- Pires P. Medicina centrada no paciente: melhor qualidade com menores custos. *Rev Port Clin Geral.* 2011; 27(5): 482-486.

21. Abiola T, Udofia O, Abdullahi AT. Patient-doctor relationship: the practice orientation of doctors in Kano. *Niger J Clin Pract.* 2014; 17(2): 241-247.
22. Tsimtsiou Z, Kirana PS, Hatzichristou D. Determinants of patients' toward patient-centered care: A cross-sectional study in Greece. *Patient Education and Counseling.* 2014; 97(3): 391-395
23. Iloh GUP, Onya O, Nwamoh UN, Onyemachi PEN, Chukwuonye ME, Godswill-Uko EU. Patient-doctor relationship in underserved environment: A cross-sectional study of attitudinal orientation, practice inclination, barriers and benefits among medical practitioners in Abia State, Nigeria. *Niger Postgrad Med Journal.* 2019; 26(2): 87-93.
24. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que às mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(3): 565-574.
25. Manchiaiah V, Gomersall PA, Krishna R. Audiologists' preferences for patient-centredness: a cross-sectional questionnaire study of cross-cultural differences and similarities among professionals in Portugal, India and Iran. *BMJ Open.* 2014; 4(10): 45-56.
26. Junior EQO, Oliveira EQ, Quintino PB. Autonomia da vontade do paciente X autonomia profissional do médico. *Relampa.* 2013; 26(2): 89-97.
27. Wang J, Sou R, Fu H, Ojan H, Yan Y, Wang F. Measuring the preference towards patient-centred communication with the Chinese-revised Patient-Practitioner Orientation Scale: a cross-sectional study among physicians and patients in clinical settings in Shanghai, China. *BMJ Open.* 2017 Sep; 7(9): 89-99.
28. Karademas EC, Tsagaraki A, Lambrou N. Illness acceptance, Hospitalization stress and subjective Health in a sample of chronic patients admitted to hospital. *J Health Psychol.* 2014; 14(8): 1243-1250.
29. Croitor LMN, Percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico: elaboração e validação de um novo instrumento de medida. Belo Horizonte; 2010. Mestrado [Dissertação] - Programa de Pós-graduação em Neurociências da Universidade Federal de Minas Gerais.
30. Veras RM, Feitosa CCM. Reflexões em torno das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Interface.* 2019; 23(1): 14-27.