

A relação de cuidado na perspectiva de médicos e pacientes durante a internação em hospital-escola

Care relationship from the perspective of physicians and patients during hospitalization in an university hospital

*Mayra Baronio**
*Ana Rafaela Pecora***

Resumo

O presente estudo teve como objetivo conhecer e analisar, na perspectiva de médicos e pacientes, a relação de cuidado durante a internação hospitalar. A pesquisa se configurou como quanti-qualitativa, exploratória-descritiva, sendo realizada na Clínica Médica de um Hospital Universitário, em Cuiabá – MT. Foram entrevistados 15 pacientes, de ambos os sexos, de 40 a 59 anos, com diagnósticos cardiovasculares, que estiveram hospitalizados durante o segundo semestre de 2013; e nove médicos residentes, atuantes na clínica médica do referido hospital. A coleta de dados se deu por questionário e entrevista semi-estruturada. O processamento dos dados ocorreu pelo software ALCESTE, e a análise foi fundamentada por resultados de pesquisas com propósitos semelhantes, a partir de revisão da literatura. Concluiu-se que médicos e pacientes têm boa relação, mas elencam aspectos que podem melhorar. Têm expectativas diferentes quanto ao que seria uma relação ideal no cuidado – médicos priorizam aspectos técnicos, enquanto pacientes equivalem esses aos aspectos afetivos, concordando que a melhora estaria relacionada ao tempo e disponibilidade do médico. Como forma de superação do modelo biomédico,

* Psicóloga, Pós-graduanda do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular (PRIMSCAV), do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Pesquisa realizada durante a Residência, como requisito parcial para obtenção do título de especialista. E-mail: mayrabaronio@hotmail.com

** Psicóloga, Doutora em Psicologia, Professora Adjunta III do Departamento de Psicologia da UFMT, Tutora do PRIMSCAV – HUJM/UFMT. E-mail: arpecora@terra.com.br

ainda dominante no hospital investigado, destaca-se a medicina centrada no paciente, no âmbito das ciências médicas, e a Abordagem Centrada na Pessoa, proposta psicológica desenvolvida por Carl Rogers (1902-1987).

Palavras-chave: *Relação médico-paciente; Internação hospitalar; Psicologia Hospitalar; Abordagem Centrada na Pessoa.*

Abstract

The present study aims to identify and analyze, from the perspective of physicians and patients, the care relationship during hospitalization. The survey was configured as quantitative-qualitative, exploratory, descriptive, being held at the Medical Clinic of a University Hospital in Cuiabá - MT. 15 patients were interviewed, of both sexes, aged 40 to 59 years with cardiovascular diagnoses who were hospitalized during the second half of 2013; residents and nine physicians, working in the medical clinic of the hospital. The collection of data was a questionnaire and a semi-structured interview. The processing of data was carried ALCESTE software, and analysis was supported by research findings with similar purposes, from literature review. It was concluded that physicians and patients have a good relationship, but this papers presents ways this relationship could be improved. There are different expectations as to what would be an ideal relationship in care - physicians prioritize technical aspects, and patients feel that affection is as important as medical expertise and agree that the improvement is related is to time and availability of the doctor. As a way of overcoming the biomedical model, still predominated in the hospital in question, there is the patient-centered medicine within the medical sciences, and the Person Centered Approach, psychological approach developed by Carl Rogers (1902-1987).

Keywords: *Hospitalization; Doctor-patient relationship; Health Psychology; Person Centered Approach.*

AS PERSPECTIVAS DE CUIDADO EM SAÚDE

O paradigma biomédico, prevalente em todo século XX, continua a influenciar as teorias e estratégias que determinam a prática em saúde, sendo relativamente novos os modelos mais integrativos que consideram o cuidado no sentido ampliado. Características reducionistas aparecem na prática hospitalar na ênfase maior dada às atividades de cura, com poucas propostas de prevenção e promoção da saúde (Ribeiro & Amaral, 2008).

A pouca atenção dada às discussões e reflexões na compreensão epistemológica e ética das ações de cuidado em saúde, quando transposta

à prática, provoca dificuldades também quanto à apreensão do sujeito integral e às intervenções de cuidado, o que pode representar mais um fator de agravamento à saúde (Sebastiani & Maia, 2005).

Ribeiro e Amaral (2008), falando do profissional de medicina, atentam para a precisão de se buscar um modelo mais completo, que inclua a promoção e prevenção em saúde, o reestabelecimento de capacidades funcionais, a prevenção de morte prematura e a atenção aos cuidados paliativos, sempre considerando as perspectivas das pessoas a serem cuidadas. A necessidade de mudar a concepção de cuidado se dá também pelas novas demandas em saúde decorrentes da transição epidemiológica, onde as doenças crônico-degenerativas se sobrepuseram às agudas.

Há evidências de que a relação médico-paciente (RMP) é importante e influente na confiança ao profissional, na adesão ao tratamento e na cura dos pacientes (Costa & Azevedo, 2010; Rossi-Barbosa, L. A. R., Lima, C. C., Queiroz, I. N., Fróes S. S. & Caldeira, A. P., 2010; Sebastiani & Maia, 2005). Mas apenas recentemente, com as reestruturações curriculares, o assunto passou a ser discutido nas faculdades de medicina (Costa & Azevedo, 2010; Rossi-Barbosa et al, 2010).

Na discussão atual sobre a humanização do cuidado, conforme preconizado pelo documento de base HumanizaSUS (Brasil, 2008), inserem-se cada vez mais no contexto da saúde as ciências humanas e sociais, reforçando um paradigma holístico de cuidado que considera o homem e o processo saúde-doença como multifatorial e multicausal (Sebastiani & Maia 2005).

Assim, pela necessidade constante de rever os modelos atuantes, as condutas e atitudes de cuidado em saúde numa perspectiva ética, e aprimorar as ações e técnicas, justifica-se pesquisar mais a fundo sobre “o que tem a dizer médicos e pacientes sobre a relação de cuidado no processo de hospitalização” – sendo este o tema da pesquisa apresentada a seguir, onde se procurou questionar se esses grupos têm dissonâncias quanto a como se dá a relação de cuidado, e o que esperam uns dos outros nessa relação durante a internação hospitalar.

PERCURSO METODOLÓGICO

Tal pesquisa foi conduzida na Clínica Médica de um Hospital Universitário em Cuiabá, Mato Grosso. A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2013, através de questionário de caracterização e entrevista com roteiro semi-estruturado, gravadas em áudio e posteriormente transcritas e formatadas em um *corpus* para processamento dos dados.

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 18886913.2.0000.5541. A mesma foi efetivada conforme as diretrizes estabelecidas pela resolução nº 466 (2012), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que versa sobre a pesquisa envolvendo seres humanos e seus aspectos éticos.

Os sujeitos pesquisados foram divididos em dois grupos: médicos e pacientes. Ao todo foram realizadas 24 entrevistas, sendo 15 com pacientes adultos internados, entre 40 e 59 anos, com algum tipo de comprometimento cardiovascular¹ descrito em seus prontuários; e nove com médicos que tiveram passagem pela clínica médica, relatando experiências anteriores com pacientes acometidos de doenças cardiovasculares.

O processamento de dados foi feito através do *software* ALCESTE – Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto, criado pelo Centro Nacional Francês de Pesquisa Científica, por Max Reinert, utilizado no Brasil desde 1998. Esse programa de análise de dados textuais aponta a informação principal do corpo total do texto e mediante uma análise de classificação descendente das palavras, realiza a análise lexical quantitativa e também oferece a sua contextualização na entrevista (Camargo, 2005).

Dois *corpus* de análise foram gerados, um, dos pacientes, denominamos “*Percepções dos pacientes sobre a relação de cuidado*”, e o segundo, com o discurso dos médicos, denominado de “*Percepção dos médicos sobre a relação de cuidado*”. O aproveitamento do material discursivo neste estudo

1 A pesquisa foi desenvolvida durante a especialização do PRIMSCAV, e por sua especificidade os pacientes com comprometimentos cardiovasculares foram os escolhidos como sujeitos do estudo.

foi de 81% para o *corpus* dos pacientes, com uma unidade de contexto inicial de 15 entrevistas. E de 71% para o corpo de texto resultante das entrevistas com médicos, com uma unidade de contexto inicial constando de nove entrevistas.

PERCEPÇÕES DOS PACIENTES SOBRE A RELAÇÃO DE CUIDADO DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dos 15 pacientes entrevistados, 10 eram homens e cinco mulheres, com idades entre 40 e 59 anos. A maioria possui baixo nível de escolaridade, sendo oito com ensino fundamental incompleto e uma analfabeta. As categorias de ensino fundamental completo, ensino médio incompleto e ensino médio completo, agrupam dois entrevistados em cada uma. Quanto ao estado civil, pouco mais da metade dos participantes (08) declaram-se casados, os demais se definem como: solteiros (02), divorciados (02), separado (01), viúvo (01) e em união estável (01). Quanto a atividades laborais, 11 trabalham fora, duas declaram ser donas de casa, e dois sujeitos são aposentados.

Com relação ao histórico de hospitalização, a grande maioria das pessoas (14) relatou já ter ficado internada anteriormente e apenas uma vivenciava sua primeira internação. Dos 14 citados, 10 já passaram tanto pelo hospital universitário onde a pesquisa foi realizada, quanto por outras instituições; duas pessoas relataram que estiveram hospitalizadas anteriormente sempre nesse hospital; e outras duas, apenas em outros locais. Os pacientes estiveram internados em média há sete dias quando foram entrevistados.

Abaixo estão os resultados do *corpus* de análise processado pelo ALCESTE, para o grupo dos pacientes. O conteúdo analisado foi subdividido primeiramente em duas grandes temáticas, intituladas de “*Vivências das relações e percepção do cuidado*”, abrangendo três subcategorias e 88% do discurso, e “*Vivências de adoecimento e tratamento*” compreendendo a categoria restante com 12% do material verbal, conforme pode ser visto na Figura 1.

As subcategorias encontradas são “*Ideal de médico e de paciente*”, compreendendo 33% do discurso dos pacientes, “*O paciente diante dos médicos*”, que agrega 19% das falas e “*Relação com a instituição e com a equipe*”, representando 36% do material.

Percepções dos pacientes sobre as relações de cuidado durante a hospitalização

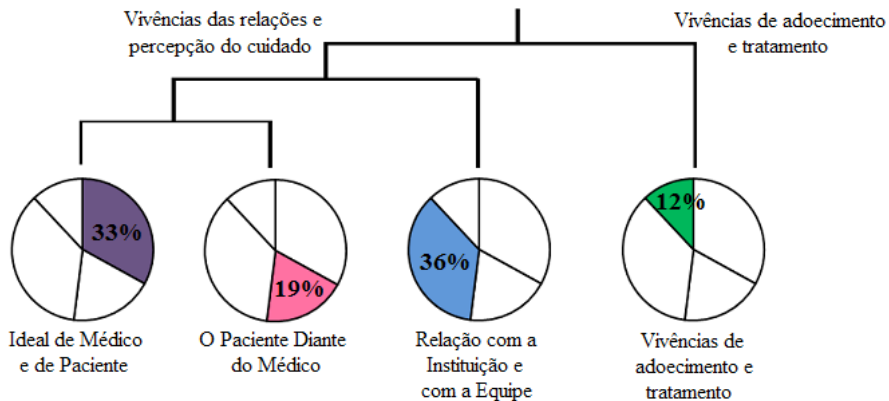


Figura 1 – Dendrograma da classificação hierárquica descendente resultante do processamento do corpo de texto dos pacientes pelo *software* AICESTE.

As principais palavras, agrupadas por relevância estatística de khi2 e percentual, da classe denominada “*Ideal de Médico e de Paciente*”, podem ser observadas na Tabela 1.

**Tabela 1 – Palavras mais significativas da classe
"Ideal de Médico e de Paciente"**

Classe 01			
Palavra	khí2	Frequência	Percentual
Pesso ¹	28	75	60%
Paciência	28	28	79%
Medic ²	21	233	44%
Procur ³	18	33	67%
Ajud ⁴	16	22	73%
Vida	16	20	75%
Situac ⁵	15	19	74%
Ouv ⁶	14	7	100%
Gross ⁷	14	7	100%
Dom	12	6	100%
Calma	12	6	100%
Client ⁸	11	8	88%
Entend ⁹	11	17	71%
Psicolog ¹⁰	11	8	88%

¹Pessoa(s), pessoal; ²medica(o), medicação, medicina, medicou; ³procura, procuram, procurar, procurava, procuremos, procuro; ⁴ajuda, ajudado, ajudam, ajudando, ajudar, ajuda, ajudou; ⁵situacao, situações; ⁶ouve, ouvir, ouviu; ⁷grossa(o), grosseiro; ⁸cliente(s), clientela; ⁹entenda, entende, entender, entendeu, entendo; ¹⁰psicóloga(o), psicologia, psicológico.

Associando tais palavras ao discurso, é possível perceber que as características trazidas pelos pacientes quanto ao que é um médico ideal estão relacionadas a expectativas de posturas e atitudes dos médicos de um cuidado afetivo, que considera e entende os aspectos psicológico-emocionais do paciente. Esses valorizam qualidades no médico como ser calmo, ter paciência, saber ouvir, ser verdadeiro na discussão do quadro clínico, ser humilde e demonstrar preocupação com o cuidado. Isso pode ser exemplificado pelos depoimentos:

Porque muitas vezes, ah, ele vai te examinar e ele vai perceber, ele vai saber o que você tem, mas às vezes conversando você vai percebendo alguns detalhes a mais. Então aquele médico paciente, sensível, eu acho que o médico ideal tem que ser uma pessoa que tenha calma, que seja paciente. Que seja

paciente junto com o paciente, né?! O ideal é isso. [...] Por mais que ele seja o senhor da situação, entenda do assunto, mas eu acho que ele tem que ouvir o paciente (Homem, 48 anos).

Os pacientes se percebem como fragilizados diante do adoecimento, ansiosos, podendo vivenciar situações em que são “chatos”, “grossos”, ou “ignorantes”. Quanto ao que consideram que seria um paciente ideal, também abordam a característica da paciência, além de aceitação da doença e hospitalização, considerando importante o respeito ao médico e confiança quanto ao que este propõe, como no trecho abaixo:

A gente tem que ser paciente-paciência, né?! Não tem que descarregar tudo no médico. Eu tô aqui, oh... um problema de trombose, eu sei que fim de semana a minha médica tá de folga, né?! Porque ela também tem que descansar, então eu tenho que... me relaxar, ter paciência e não ficar cobrando dos médicos, os médicos não são Deus, nós temos que também confiar em Deus. Então temos que ter paciência, não ficar... não ser inguinorante porque a gente tá doente, porque a gente tá aqui, tem que ter paciência. (Mulher, 51anos)

Queixam-se de que eles (pacientes) não são os únicos a se relacionarem com “grosserias”, mas também apontam este movimento por parte dos médicos, quando os percebem mais preocupados com *status* ou questões financeiras, demonstrando uma visão profissional/comercial, conforme a declaração seguinte:

[o médico perfeito é] Aquele que trabalha, aquele que se doa, né?! Porque medicina tem que ser... é carinho, é amor, é paciência, não é só falar eu sou médico, por ser médico, né?! Como que...? tem médico que é grosso, é grosseiro, é bruto, ignorante, e sai pisando duro, ele fala, não tá nem aí, né?! Não tem... não pensa nem na sensibilidade do paciente. Principalmente o paciente que é hipertenso, o paciente que tá já fragilizado, né?! (Mulher, 51 anos)

Quanto ao cuidado na hospitalização, Sebastiani e Maia (2005) em sua pesquisa, e outras duas monografias supracitadas (Brandão, 2004 & Cortese, 2004), explanam sobre a percepção e significados do processo cirúrgico para médico e paciente, e suas expectativas na relação um com o outro, com resultados semelhantes aos deste estudo. Os autores mostraram

que médicos-cirurgiões acreditavam que os pacientes esperavam deles competências técnicas, domínio do conhecimento, seriedade e responsabilidade, uma visão mais racional e distante. Entretanto as respostas dos pacientes apontam para um enfoque mais afetivo/emotivo – nesses estudos eles percebiam as características citadas pelos médicos como secundárias, considerando atitudes como acolhimento, sinceridade, atenção e disposição para ouvir, as essenciais para o êxito do processo.

Quando indagados sobre o que imaginam ser um paciente ideal para os médicos, os participantes desta pesquisa acreditam que os médicos esperam que eles sigam corretamente as prescrições, se esforçando em aderir ao tratamento, e não reclamando ou questionando a hospitalização ou procedimentos, como se pode observar pelo discurso:

É um paciente que não dá trabalho, né?! que obedece tudo. Obedece a medicação, toma a medicação certa, né?! acho que esse é o paciente bão, né?! [...] o que ele [o médico] diz, a prescrição certa, o que ele prescreve, né?! e tá de acordo com... a enfrentar a realidade, né?! da medicação, de tudo, né?! (Homem, 55 anos)

Nas entrevistas com os médicos confirma-se esta expectativa por parte deles. Tal concepção também foi encontrada nas pesquisas de Sebastiani e Maia (2005), Brandão (2004) e Cortese (2004) como sendo a expectativa dos médicos com relação aos pacientes. Ao serem questionados sobre o que os médicos consideram como um paciente ideal, eles disseram que seria aquele se preocupa com sua saúde, mas que não o incomoda com perguntas, dúvidas, inseguranças ou reclamações, aquele que não lhes toma tempo. As respostas dos profissionais, nas pesquisas citadas, diziam que o paciente ideal é aquele que confia no médico, aquiesce às orientações e se esforça na adequação das rotinas hospitalares.

A Tabela 2, apresentada a seguir, corresponde à segunda classe de palavras. Corresponde a 19% do discurso e foi nominada de “*O Paciente diante do médico*”.

Tabela 2 – Palavras mais significativas da classe
"O paciente diante do médico"

Classe 02			
Palavra	khiz	Frequência	Percentual
Ir	61	21	83%
Casa	32	17	65%
Embora	28	13	73%
Mor ¹	25	9	100%
Fic ²	23	38	39%
Oper ³	21	5	100%
Dia ⁴	20	30	43%
Esper ⁵	19	16	54%
Fal ⁶	17	90	30%
Líber ⁷	17	8	70%
Querendo	17	4	100%
Doutor ⁸	16	25	39%
Esquec ⁹	16	6	83%
Alta	13	11	57%

¹Mora, moram, morar, morava, moreno, moro; ficam, ficando, ficar, ficava, fico; operação, operar; dia(s); espera, esperando, esperar, esperaram, espero, esperou; fala, falam, falando, falar, falaram, falasse, falava, falei; ⁷libera, liberado, liberar, liberaram, liberdade; ⁸doutor(a); ⁹esquece, esquecer, esqueceu, esqueço.

Nesta classe o discurso dos pacientes explicita, na maior parte das situações, submissão aos procedimentos e à hospitalização, como aponta um dos participantes:

É porque eu, praticamente eu não sinto nada, eu não sinto nada. Então eu já disse pra doutora: me libera logo pra mim ir embora trabalhar, né?! aí ela falou: não! Enquanto não afinar o sangue não vou te liberar. [...] Não to sentindo nada! Nem dor de cabeça, nada, nada, nada! Então, nisso que tá sendo... mas também eu não vou pedir pra ela mais nada, alta, vou deixar como tá, porque, vamos supor, se eu saio, ela me dá alta né?! que eu tô perturbando ela, aí chega na hora eu tenho outro qualquer problema lá, pra mim voltar pra cá vai ser aquela dificuldade, né, já estou aqui dentro, né, então vou continuar como tá (Homem, 56 anos).

Espinha e Amatuzzi (2008) apontam resultados semelhantes em sua pesquisa, quanto às atitudes dos hospitalizados. Segundo os pesquisadores,

os pacientes gostariam que as rotinas hospitalares fossem menos rígidas e que suas necessidades particulares e subjetivas fossem, em alguma medida, consideradas; entretanto são mais passivos na responsabilização de decidir quanto ao tratamento, delegando aos médicos as escolhas. Tais autores argumentam ainda que esta passividade se daria especialmente por uma autoconfiança diminuída e medo da dor ou morte.

Sem deixar de fazer referência a essas questões, os pacientes aqui comunicam outros motivos para sua permanência no hospital e passividade diante do tratamento: alguns afirmam ter confiança nos conhecimentos médicos em detrimento aos seus; outros se submetem a situação de espera por diagnósticos e procedimentos por sentirem-se sem opção diante das demais instituições públicas do Estado e de outras instituições, onde tiveram experiências ruins de atendimento anterior; e ainda há os que citam a impossibilidade financeira para procurar ajuda em hospitais particulares.

Como a maioria (12) já esteve internado em outras instituições às quais relacionam um cuidado precário em comparação ao hospital universitário (lócus da pesquisa) também aparentaram ter receio em expor dificuldades pessoais e perderem a possibilidade de acesso ao local. Os pacientes comparam o atendimento com hospitais particulares e públicos em que estiveram internados, onde reclamaram de não haver presença considerável dos médicos, chegando a se sentirem “esquecidos”, como manifestam dois dos participantes da pesquisa:

[...] eu não sou de cobrar as pessoa então eu tô aqui, humilde aqui, esperando a boa vontade dele [do médico]. Como eu acabei de falar pra você, se eu tivesse dinheiro, eu não tava aqui! Eu já ia direto, num... pagava um médico, ele interessa mais. [...] É, porque o duro, o difícil é internar aqui, isso aqui é o que a gente ouve aí pra fora, né?! em vista de Pronto Socorro, o que a gente vê lá, tem gente morrendo lá na calçada, aqui é... aqui nem compara, aqui é um particular! Isso aí é pra mim, né?! [...] A gente é muito bem tratado! [...] o tratamento é muito bom, mas só fica um pouco a desejar nisso, da presença maior do médico. (Homem, 56 anos)

É muito bom. Isso que eu falo, se ocê chegar noutra lugar, jogam você lá e pronto, esquece, acabou. Só passam medicamento o dia inteiro. [não tem] essa presença, é. (Homem, 45 anos)

É importante salientar que os entrevistados não atribuem ao hospital universitário excelência em qualidade no cuidado, mas comparando a outras instituições, especialmente públicas, ressaltam estar sendo bem cuidados. Este cuidado, mediante as declarações, é verificado, sobretudo, pela presença da equipe médica e dos demais profissionais de saúde nas enfermarias. Essa presença inclui ainda a visita dos alunos, por se tratar de um hospital universitário, aumentando a sensação de estarem sendo cuidados.

Na Tabela 3 apresenta-se a composição lexical da terceira classe de palavras, contendo 36% do corpus, e aqui chamada de “*Relação com a instituição e com a equipe*”.

**Tabela 3 – Palavras mais significativas da classe
“Relação com a instituição e com a equipe”.**

Classe 03			
Palavra	khiz	Frequência	Percentual
Médicos	66	79	76%
Enferm ¹	32	17	100%
Relac ²	31	43	74%
Vem	25	71	62%
Residente ³	24	13	100%
Professor ⁴	21	17	88%
Atenci ⁵	20	11	100%
Tratamento	19	23	78%
Exam ⁶	16	23	74%
Todos	16	40	65%
Enfermeir ⁷	16	14	86%
Trat ⁸	15	37	65%
Palavra ⁹	15	16	81%
Interess ¹⁰	13	15	80%
Muito-bom	13	19	74%

¹Enfermagem, enfermeiros; ²relação, relações; ³residente(s); ⁴professor(a), professores; ⁵atenciosa, atencioso(s); ⁶exame(s); ⁷enfermeira(s), enfermeiro; ⁸trata, tratada, tratado, tratam, tratamos, tratando, tratar; ⁹palavra(s); ¹⁰interessante, interesse.

Os pacientes relatam a relação com o médico como “boa”, percebendo os profissionais como atentos, responsáveis e sérios tecnicamente.

Associam a boa relação ao cuidado recebido através de exames físico e clínicos realizados, tratamentos e procedimentos propostos e explicações sobre diagnóstico e quadro clínico. A presença do profissional novamente é colocada como um ponto positivo na relação, além de outros aspectos afetivos como encorajamento ao tratamento e enfrentamento da hospitalização, como quando a paciente diz: “Eles examina, tudo bem, examina tudinho, pede exame, faz o trabalho deles. [quando o médico vem] ah, eu fico toda animada assim, eles falam que vai miorá, né?! Vai dar palavra boa de conforto pra gente que tá aqui dentro, então são bom” (Mulher, 49 anos).

Integra-se a essa visão da boa relação com o médico, o vínculo anterior de confiança com instituição, adquiridos por significação social e pessoal, onde a relação com o hospital e com os demais profissionais parecem confundir-se, como mostra o discurso:

Ah, eu confio nesse hospital aqui. Eu sempre internei aqui, eu sempre internei... os enfermeiro e médicos já me conhece aí de cabeça a ponta.. Desde o PA [...] Desde 1999. Não tenho queixa nem de médicos, bom, professores que são os médicos, os professores, os médicos, os residentes, os estagiários, desde os terceirizado, não tenho queixa nenhuma não (Homem, 53 anos).

Embora não apareça na tabela entre as principais palavras da classe, outros profissionais como psicólogo, assistente social e nutricionista foram citados nas entrevistas, ressaltando sua importância no processo de cuidado. Esses, e principalmente o enfermeiro, foram aludidos como tendo um vínculo de proximidade durante a internação, como podemos observar na fala do paciente:

Então nós temos que ter aquela confiança no hospital, ter a confiança em você [psicóloga], ter a confiança no enfermeiro, ter confiança em todo aquele que olha, aquele que observa. É aquele que cuida. No caso eles não são o enfermeiro, eles tão no papel de cuidador, eles não são enfermeiros, eles são cuidadores! [...] A relação é mais forte que tudo, é com os enfermeiros! (Homem, 57 anos)

Matos, Pires e Campos (2010), apresentam uma pesquisa no qual foram analisadas as relações de trabalho em equipes de dois hospitais e suas contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde.

Concluíram que a perspectiva interdisciplinar no trabalho possibilitou uma melhora nas relações entre profissionais e entre equipe-paciente-acompanhante, contribuindo para uma assistência de melhor qualidade, favorecendo o vínculo, o acolhimento e o acesso do paciente à instituição.

A quarta classe de palavras, cujo conteúdo está apresentado na Tabela 4, representa 12% do total processado das entrevistas, tendo como temática as “Vivências com o adoecimento e tratamento”.

Tabela 4 – Palavras mais significativas da classe
“Vivências de adoecimento e tratamento”

Classe 04			
Palavra	khi2	Frequência	Percentual
Remédio ¹	83	34	52%
Aliment ²	82	22	82%
Sangue	66	15	91%
Tom ³	57	21	55%
Pes ⁴	51	12	89%
Articulações	45	6	100%
Chef ⁵	37	6	100%
Colh ⁶	37	10	100%
Frac ⁷	37	9	86%
Novo ⁸	37	6	86%
Lanche	37	8	100%
Descobr ⁹	37	7	100%
Organismo	37	11	86%

¹Remédio(s); ²alimentação, alimento; ³toma, tomando, tomar, tomava, tomei, tomo, tomou; ⁴pés; pesa, pesar, peso; ⁵chefes, chefia(s); ⁶colhe, colher, colheram, colheu; ⁷fraca, fraco; ⁸novo(s); ⁹descobrir, descobriu.

O discurso desta classe é orientado para considerações acerca da estrutura hospitalar, onde aí se incluem procedimentos de rotina como exames laboratoriais, uso de medicação, alimentação fornecida, que também são vistos pelas pessoas como parte importante do cuidado e tratamento, conforme declara o paciente: “Tudo bem, a doença da pessoa, do paciente, tem coisa que ele não pode comer, mas tem que mandar outra função de outro alimento, que é pra ela reagir no organismo da pessoa, que é pra ela fortalecer a pessoa. [...] [a alimentação] é também um remédio” (Homem,

57 anos). Nesta classe, ainda, os pacientes se referem a estados ansiosos vivenciados durante o período de internação, quer seja pela espera da descoberta diagnóstica, quer seja pelo efeito dos medicamentos e procedimentos. Tais estados, segundo argumentam, também interferem na relação que estabelecem com a equipe.

PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS SOBRE A RELAÇÃO DE CUIDADO

Foram entrevistados nove médicos, seis do sexo feminino e três do sexo masculino, com média de 27 anos de idade. Disseram-se solteiros sete destes, e dois casados. Quanto à religião, cinco dentre os entrevistados são católicos; três afirmaram ser evangélicos; espíritas e agnósticos contam com uma pessoa cada. Todos são formados em Mato Grosso, atuando em média há um ano e 10 meses. Cabe ressaltar que todos os médicos eram, no momento das entrevistas, residentes nas áreas de clínica médica, infectologia e dermatologia.

O material discursivo dos médicos, com seu *corpus* aqui chamado de “*Percepções dos médicos sobre a relação de cuidado*”, foi subdividido em duas grandes temáticas, as quais foram batizadas de “*Vivências acerca das relações de cuidado ao paciente*” (87%) e “*Vivências da formação e identidade médica*” (13%), como pode ser observado na Figura 2.

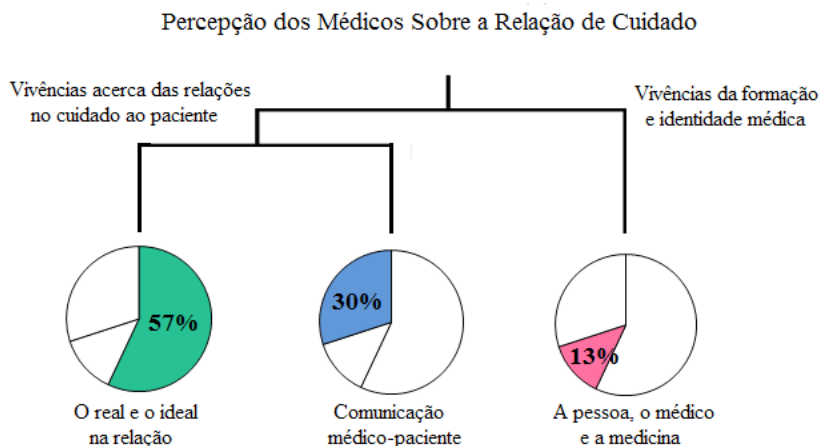


Figura 2 – Dendrograma da classificação hierárquica descendente resultante do processamento do corpo de texto dos médicos pelo *software* AICESTE.

A Tabela 5 apresenta o agrupamento de palavras da primeira classe do discurso médico – “*O Real e o ideal na relação*”. Nela os médicos fazem considerações sobre como percebem a relação com os pacientes, explorando aspectos que poderiam contribuir para uma relação ideal de cuidado.

Tabela 5 – Palavras mais significativas da classe
"O real e o ideal na relação"

Classe 05			
Palavra	khiz	Frequência	Percentual
Intern ¹	18	43	88%
Nós	17	108	73%
Cont ²	16	28	96%
Poder ³	14	18	100%
Tempo ⁴	14	47	84%
Paciente ⁵	14	249	64%
Relac ⁶	12	56	77%
Acab ⁷	11	34	83%
Visit ⁸	11	15	100%
Ide ⁹	10	18	94%
Acompanh ¹⁰	10	13	100%
Resolv ¹¹	9	11	100%
Família	9	29	83%
Poss ¹²	8	18	86%
Consegu ¹³	8	30	81%
Familiar ¹⁴	8	15	93%
Contribuir	8	11	100%

¹Interna, internação, internado, internando, internar, internou; ²contam, contamos, contando, contar, contato, contem; ³poderia, poderíamos; ⁴tempo(s); ⁵paciente(s); ⁶relação, relações; ⁷acaba, acabamos, acabar, acabei, acabou; ⁸visita(s), visito; ⁹ideais, ideal, ideia; ¹⁰acompanham, acompanhamos, acompanhando, acompanhante; ¹¹resolve, resolver, resolveu; ¹²possamos, possível, posso; ¹³consegue, conseguimos, conseguir, conseguirmos; ¹⁴familiar, familiares.

É possível perceber como principal reclamação dos médicos e sugestão destes para a melhoria da relação com seus pacientes o tempo disponível para suas visitas durante a internação. Alegam que não dispor de maior tempo prejudica a atenção e diálogo com eles, conforme a declaração: "O contato é meio que rápido né?! Não é um contato muito demorado, às vezes até menos do que o paciente precisa, mas dentro da nossa, do nosso tempo disponível também" (Homem, 25 anos).

Acreditam que uma melhor comunicação influenciaria na confiança da relação, na abertura dos pacientes, e na adesão ao tratamento, conforme relata o entrevistado: "Que é a confiança, né?! Tem que ter, e confiança não

é da noite pro dia. [...] O que ainda falta, por mais que... eu acho que isso a gente tem que esforçar mais, na conversa, né?! é que às vezes é tudo tão corrido, a gente conversa pouco, né?!” (Homem, 26 anos).

Entre os fatores que dificultam essa maior proximidade, segundo descrevem, estão: a rotina de trabalho com várias atividades; alta demanda de atendimento no SUS e baixa remuneração em hospitais particulares, levando a uma sobrecarga de trabalho; estrutura hospitalar e de saúde pública precárias e/ou burocráticas, que por vezes dificultam e atrasam diagnósticos e tratamentos, os deixando ansiosos em estar na presença dos pacientes sem terem “respostas” a dar.

Os médicos também narram suas expectativas quanto ao paciente ideal, que incluem: maior autocontrole emocional dos pacientes durante a hospitalização; aceitação da doença; maior confiança no profissional – que levaria a maior abertura e sinceridade deles para expor suas queixas; e perfeita adesão à prescrição e tratamento. Determinados médicos colocam ainda que uma situação ideal seria um acompanhamento anterior à hospitalização, para que o vínculo se inicie ambulatorialmente, e que também tenha continuidade depois.

Acreditam que a presença de familiares como acompanhantes poderia suprir a necessidade de atenção e apoio desejada pelos pacientes. Além disso, os entrevistados acreditam que a família é importante fonte de dados sobre o histórico do paciente, e pode colaborar para que este aquiesça às propostas terapêuticas, conforme o depoimento seguinte:

Eu acho que assim... muitos casos o paciente taria melhor assistido se ele tivesse com a presença do familiar o tempo todo ao lado dele, e aqui fica bem difícil porque as enfermarias são 5 leitos. [...] Ter contato com alguém que é próximo a ele... acho que nisso... a gente perde um pouco. Mas tem pacientes também que acabam fazendo amizade dentro do próprio quarto e lidam bem com isso. (Homem 25 anos)

Alguns afirmam ainda que a confiança no médico e apoio familiar tem especial valor no caso dos pacientes cardiovasculares, pois esses comumente têm doenças assintomáticas, o que pode levá-los a desistir do tratamento, ou

seguir inadequadamente as prescrições, pelo confronto entre o que o médico diz e o que sentem. Vejamos o depoimento abaixo que expõe aspectos de uma relação ideal com o paciente cardiovascular:

É que você [o médico] tem que ter o poder de convencer esse paciente do que essas doenças podem fazer porque na grande maioria das vezes essas doenças são doenças silenciosas, então o paciente tá bem, né?! É diferente de você pegar uma pessoa que tem uma ferida, ela olha a ferida e ela sabe que tá doente, porque ela vê, agora a hipertensão, as doenças, algumas doenças coronarianas que são assintomáticas, a pessoa não acredita em você, porque ela tá bem, né?! Ela só vai dar valor quando ela já fez uma coisa grave da doença, que seria um AVC, um infarto, né?! [...] Então se o paciente não tiver uma boa relação com o médico, o médico não tiver o poder de persuadir aquele paciente [...] de provar pra esse paciente que ele é doente, apesar dele estar se sentindo bem, mas um dia ele pode vir a ter um problema grave, né?! (Mulher, 26 anos)

Esta entrevista é reveladora da verticalidade almejada por alguns profissionais, onde o tratamento e mudança de hábitos de vida dos pacientes lhe são impostos pelo conhecimento técnico avantajado, devendo se sobrepôr às experiências e motivações anteriores do paciente. Os sentimentos dos pacientes como angústia e medo são explorados na relação como tentativa de adesão ao tratamento, conforme a declaração: “Eu tento sempre orientar bem meus pacientes pra eles entenderem, às vezes até apelo um pouco, ‘oh, se o senhor não usar, o senhor morre, o senhor sabia?’, pra ver se eles se conscientizam melhor dessa... da importância” (Homem, 25 anos).

Apreendem clara distinção entre o que seria um médico ideal para os pacientes, e para si mesmos, afirmando que o paciente valoriza mais o cuidado afetivo, relacional, mas que o médico tem expectativas de atingir excelência técnica, acreditando que a relação médico-paciente é importante no cuidado, mas as qualidades objetivas e teóricas, como realizar um diagnóstico correto com rapidez e um tratamento medicamentoso adequado, são prioridade. Vejamos uma fala de um entrevistado que exemplifica este pensamento:

O médico ideal é aquele que tá sempre esclarecendo todas as dúvidas deles, é o médico assim que conversar franco, médico que dá atenção, demonstra

cuidado, que demonstra preocupação, né?! Acho que esse aí é o fator que acho que mais pesa [para o paciente]. [...] É relação do médico de tentar passar confiança e cuidado, por mais que às vezes o médico não teja fazendo [o tratamento] adequado para o paciente, mas para ele [paciente] o médico é bom, ele gosta (Homem, 26 anos).

Afirmam ainda que a melhora na relação depende mais dos profissionais, parecendo considerar os pacientes como mais passivos, frágeis ou com pouco conhecimento necessário diante da situação de hospitalização, conforme declaração: “Eu tô aqui pensando – no que o paciente poderia contribuir pra melhorar a relação? Eu não sei, acho que é mais a parte do médico mesmo, porque o paciente já é tão fragilizado” (Mulher, 26 anos).

A segunda classe apresentada corresponde a 30% das falas (Tabela 6), nela há a ideia de que a comunicação com os pacientes passa por algumas dificuldades, principalmente na exposição dos sintomas e queixas destes, e explicações por parte dos médicos do quadro clínico e necessidade dos procedimentos aos pacientes.

As falas dos médicos indicam que diferenças dos níveis educacionais formais e socioculturais são fatores que dificultam a comunicação entre eles, como no trecho da entrevista: “Um paciente ideal primeiramente eu acho que começa na educação básica, na educação básica. Porque quanto menos, a gente já sabe que quanto menor o... a cognição do paciente, mais difícil você tratar o paciente (Mulher, 29 anos)”.

Tabela 6 – Palavras mais significativas da classe
"Comunicação Médico-Paciente"

Classe 06			
Palavra	khi2	Frequência	Percentual
Tom ¹	34	26	81%
Doutor ²	33	19	89%
Remédio	27	18	93%
Fal ³	23	57	53%
Rim	16	10	100%
Dor	14	8	100%
Usar	14	8	100%
Soro	12	8	100%
Nível	12	5	100%
Fiquei	12	7	100%
Pressa ⁴	12	7	100%
Descobr ⁵	12	5	100%
Dizendo	12	5	100%
Desculpa	12	5	100%
Question ⁶	12	7	100%
Dói	9	8	100%
Cheg ⁷	8	20	52%
Comec ⁸	8	12	57%
Prest ⁹	8	6	83%
Explic ¹⁰	8	18	53%
Educação	8	6	83%

¹Toma, tomamos, tomando, tomar; ²doutor(a); ³falam, falamos, falar, falasse, falei, falo; ⁴pressa, pressão; ⁵descobre, descobrir, descobriu; ⁶questiona, questionam, questionava; ⁷chega, chegar, chego; ⁸começa, começamos, começar, começo, começou; ⁹presta, prestando, prestar, prestava; ¹⁰explica, explicação, explicam, explicar, explicasse.

Também dizem que os pacientes com maior nível educacional perguntam mais, por isso aparentam ter maior interesse. Os pacientes mais humildes, com educação formal menor, acabam participando menos do processo de cuidado, pela premissa inicial de que não conseguirão entender as propostas, nem gerenciar corretamente o cuidado de sua saúde.

Os médicos dizem aprovar atitudes dos pacientes de perguntar e demonstrar interesse no diálogo e com seu auto-cuidado, porém admitem

enquanto questionamento perguntas de orientação e esclarecimento quanto às propostas, e não discussões quanto ao tipo ou eficácia do tratamento prescrito ou responsabilização pela decisão de qual seguir.

Relação ideal, eu gosto quando o paciente questione, apesar de que, eu goste que ele questione, eu não gosto que ele duvide, porque assim, a gente quer mostrar para ele que a gente tá buscando, que a gente tenta ir atrás do conhecimento necessário pra fazer o melhor por ele, e quando chega no ponto de desconfiança a gente perde um pouco do estímulo de tentar fazer o melhor por ele. (Homem, 26 anos)

Entretanto alguns atentam para o fato de que se deve estar mais sensível às queixas dos pacientes e seus objetivos com a hospitalização, como a médica que diz “[...] se você não valorizou a queixa dele, você não vai ser o médico ideal pra ele, cê foi ideal pra você mesmo” (Mulher, 26 anos).

Rossi-Barbosa et al. (2010) indicam que poder observar o que o paciente diz através de comportamentos, posturas e gestos pode melhorar a qualidade da assistência. Seus resultados, compatíveis com outras pesquisas citadas, dizem que a percepção dos pacientes sobre atitudes por parte do médico de impaciência e tédio, julgamentos do tipo aprovação/desaprovação e estereotípias bloqueava a comunicação entre eles.

O tempo disponível para essa comunicação, para conversar e explicar condutas, passar informações quanto ao tratamento e internação aos pacientes, aparece novamente como ponto muito importante para os médicos, inclusive para conduzir a um vínculo maior com seus pacientes. Quando os médicos colocam que gostariam de ter mais tempo, grande parte se refere à possibilidade de orientar melhor quando a necessidade e funcionalidade do tratamento, encontrando estratégias, diante do maior conhecimento de hábitos, história de vida do paciente, de convencê-los a aderir ao tratamento proposto, sem, entretanto, explorar suas motivações, angústias, objetivos ou experiências afetivas decorrente do adoecimento.

A Tabela 7 representa a terceira classe de palavras sobre as percepções dos médicos da relação de cuidado. Tal subcategoria foi nomeada de “*A Pessoa, o Médico e a Medicina*”, totalizando 13% do discurso médico processado.

Tabela 7 – Palavras mais significativas da classe
"A pessoa, o médico e a medicina"

Classe 07			
Palavra	khí2	Frequência	Percentual
Lid ¹	76	14	100%
Equipe	42	13	75%
Sens ²	41	7	100%
Faculdade	41	6	100%
Trabalh ³	40	10	67%
Morte ⁴	34	11	78%
Racional	34	6	100%
Nutricionista	34	5	100%
Aprend ⁵	28	6	75%
Ano ⁶	27	6	83%
Emoc ⁷	27	4	100%
Enfart ⁸	27	5	100%
Profiss ⁹	27	4	100%
Aprendendo	27	4	100%
Multidisciplinar	27	4	100%

¹Lida, lidamos, lidar, lido; ²sensação, sensível; ³trabalha, trabalhada, trabalhar, trabalhei, trabalho; ⁴morte(s); ⁵aprende, aprendemos, aprender; ⁶ano(s); ⁷emoção, emoções; ⁸enfarta, enfartar, enfarte, enfarto, enfartou; ⁹profissão, profissões.

Uma visão ideal da medicina ligada a cura das doenças aparece no discurso. Médicos deixam transparecer que sofrimento e frustração decorrentes dos resultados insatisfatórios de tratamentos, embora existam, não devem "interferir" na relação. Quando se envolvem afetivamente com os pacientes, sentem que podem estar se distanciando da técnica, levando-os a se sentirem ansiosos, culpados, ou menos competentes por essa proximidade, devido às posturas que lhes são exigidas como ideais de um profissional de excelência.

Eu me... em muitos pacientes eu me envolvo, assim, emocionalmente, eu me deixo... às vezes é uma patologia grave, às vezes o paciente, ele num consegue... ele não consegue... o tratamento proposto... ele não tá sendo suficiente, o paciente é grave... então assim, acaba que emocionalmente eu me envolvo e sofro, né?! E eu gostaria de melhorar essa questão, da relação médico-paciente. Eu acho que na minha formação aqui eu aprendi a ter um

respeito pelo paciente e... aprendi a lidar, em muito momentos, mas assim, o processo de morte não é fácil pra mim, o processo da doença grave. [...] Eu... hoje eu sinto que eu sou bem mais é... fria não sei se é o termo, mas eu me comovo menos do que quando eu formei, mas eu ainda me comovo, e ainda assim... me desestabiliza, o que não deveria, né?! (Mulher, 28 anos)

Sobre as dificuldades relacionais, Costa e Azevedo (2010) em sua pesquisa que atrela formação em medicina, relação médico-paciente (RMP) e empatia, expõem o que denominam “paradoxo técnica-empatia”, citando que alguns dos médicos entrevistados temiam distanciarem-se da técnica e do profissionalismo, e conseqüentemente da identidade médica, ao serem empáticos com o paciente.

A dificuldade em lidar com suas próprias questões afetivas pode levar a dificuldade em lidar com as questões emocionais dos pacientes. É possível perceber que os médicos utilizam as emoções dos pacientes na relação, mas tentam suprimir as suas.

O paciente que enfartou, ele tá aqui em tratamento, ele passa por aquela sensação de que... de morte, “eu vou morrer”, então é um paciente que normalmente tá repensando a vida, os hábitos. Então esse é o momento que a gente interfere orientando. [...] Então assim, eles são mais vulneráveis, e a gente acaba utilizando essa vulnerabilidade pra ajudar ele a mudar os hábitos de vida. (Mulher, 29 anos)

A equipe teria papel de conversar, acolher, estar mais próxima e, assim como os acompanhantes/familiares, suprir necessidades emocionais do paciente durante a internação. O trabalho multidisciplinar é considerado importante, mas numa visão fragmentada ainda, onde cada um executaria sua função como um processo único, como partes segmentadas a serem vistas e trabalhadas com o sujeito/paciente.

Eu acho que a equipe tem que fazer, cada um tem importância, independente daquilo que faça, dentro do contexto do paciente. Todo mundo tem sua importância nesse processo. O psicólogo tem sua importância, o nutricionista tem sua importância. [...] Eu acho que não adianta a gente ter ciúmes entre as profissões nesse sentido. Cada profissão, eu acho que ela tem a sua função, a sua importância, e no final das contas, se todo mundo trabalhar

consciente daquilo que... da sua função dentro desse contexto aí, você vai sair daqui satisfeito com aquilo que você fez, e de até aonde você pode chegar também. (Homem, 32 anos)

Assim, médicos parecem se preocupar com a parte afetiva do cuidado, entretanto priorizam o componente técnico por ser o mais cobrado e ensinado na academia e aperfeiçoamento profissionais. Angustiam-se por não serem tão habilidosos ou treinados para lidar com os sentimentos emergentes dos pacientes na relação, tentam ignorar, suprimir ou esconder os próprios sentimentos e emoções, para que não interfiram no cuidado, parecendo não saber lidar, principalmente, com seus próprios sentimentos, mas também convencidos de que não há espaço para as emoções em um cuidado profissional, mesmo que, em alguns casos, sintam necessidade de discutir tais assuntos.

Ribeiro e Amaral (2008) apontam que a identidade médica parece ser reforçada por muitos dos atuais professores de medicina que foram formados em um modelo mais tradicional, onde a ênfase do ensino é dada ao método clínico, baseado no modelo biomédico. Nas academias o desenvolvimento técnico é mais cobrado e isso é perceptível na análise da grade curricular dos cursos, onde se mostram ausentes ou marginalizadas as disciplinas de caráter humanístico. Também é perceptível pelo que é valorizado no currículo pessoal na concorrência a vagas de residência médica.

Os autores acima defendem a medicina centrada no paciente e a importância do ensino da RMP nas universidades. Comentam que ao longo da formação médica há diminuição de escores de atenção voltada para o doente, e aumento dos escores voltados para a doença, ou seja, há mais valorização dos sintomas e saber/poder médico do que da pessoa e sua experiência com o adoecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando indagados sobre a relação com os médicos os pacientes revelaram que o cuidado, na internação hospitalar, não se faz somente com trabalho dos profissionais de medicina, apontando para a necessidade de

se abandonar os paradigmas que ensejam fragmentações para adoção de atitudes holísticas no processo de cuidado, inserindo aí todo o entorno do processo de saúde-doença. Explicitam uma visão biopsicosocioambiental ao enfatizarem a importância do trabalho em equipe, percebendo as nuances das distintas profissões; a forma como se dá o tratamento, desde a realização de exames a suas reações a medicações; a influência da ambiência hospitalar, estrutura física e organizacional; e o vínculo com a instituição nos processos mencionados.

Os pacientes enfatizaram que o cuidado, para além de uma ação técnica, envolve uma relação afetiva, conforme assinalado por Sebastiani e Maia (2005) ao discutirem sobre o tema. Apontaram o quanto uma relação e diálogo afetivos entre médico e paciente é influente no processo saúde-doença.

A relação de cuidado para esta categoria – pacientes –, no aqui e agora no hospital universitário investigado, está boa, mas poderia melhorar. Quando comparam com vivências anteriores de internação, alteram o discurso sobre as possíveis fragilidades desta, enfocando os aspectos mais positivos do processo de hospitalização atual. Parte do grupo fala do que poderia melhorar comparando a uma idealização do cuidado em hospitais particulares, e outros idealizam a relação atual, já que estiveram em outros hospitais e se decepcionaram com o cuidado recebido. O fato do locus da pesquisa ser um hospital escola e ter a presença constante de várias pessoas no cuidado – professores, profissionais efetivos do local, residentes e estagiários – parece confirmar a importância da presença no cuidado, da proximidade, do toque, do ouvir e ser ouvido, do contato efetivo entre pessoas para confortar tanto através das questões técnicas, quanto afetivas. Os pacientes elogiam largamente a parte técnica e procedimental do cuidado por parte médica neste local, mas gostariam de receber maior atenção no cuidado prestado.

Os pacientes cardiovasculares se consideram como mais fragilizados e sensíveis, percebendo as implicações do seu quadro emocional no físico. Na visão dos médicos esses pacientes mostram-se mais ansiosos, questionadores, exigentes e interessados quanto ao quadro clínico. Os pacientes assim se colocam por, possivelmente, temerem uma piora, talvez por uma

angústia de morte, ou ainda por experiências anteriores de hospitalização desagradáveis, mostrando-se, assim, mais carentes de atenção e proximidade durante a internação.

Ambos os grupos entrevistados – médicos e pacientes – falaram sobre a necessidade do médico dedicar um tempo maior ao paciente, a fim de se estreitar a relação, visto que acaba-se seguindo mais um tempo lógico e burocrático, das rotinas e obrigações do dia-a-dia, e não um tempo subjetivo, o tempo que seria necessário para, através dessa inter-relação, encontrar e alcançar objetivos comuns no cuidado e trocar conhecimentos e orientações de maneira mais eficaz.

O discurso dos médicos mais se aproxima do paradigma biomédico do que do holístico. Apontam que se sentem sobrecarregados e em demasia solicitados no cuidado prestado aos pacientes, sentindo cair sobre si e sua categoria profissional a maior responsabilidade pela saúde e vida desses. Admitem a importância do trabalho multiprofissional, mas não explicitaram, durante as entrevistas, a possibilidade de realização de ações e funções técnicas, como diagnóstico e procedimentos, compartilhados com a equipe, apontando que os demais profissionais atuem, de alguma forma, cumprindo atividades menos complexas, ou mais relacionadas ao componente afetivo do cuidado.

O paradigma biomédico, dominante em todo século XX, assim, continua presente no discurso e prática dos profissionais de medicina do hospital investigado. A literatura sobre o tema aponta para a importância de duas dimensões do cuidado: a técnica e a afetiva, considerada pelos pacientes de forma equitativa, porém para os médicos a afetiva é preterida em detrimento a técnica por acreditarem que a afetividade pode os distanciar da técnica e do profissionalismo, e conseqüentemente da identidade médica, em conformidade com os achados de pesquisa de Costa e Azevedo (2010).

Como forma de superação do modelo biomédico, ainda encontrado no lócus da pesquisa, e melhora do cuidado na assistência prestada, a medicina centrada no paciente e não na doença/diagnóstico, destaca-se como estratégia possível para o enriquecimento da relação, satisfação do paciente e do médico, e seria vantajosa também por diminuir custos à saúde

(Ribeiro & Amaral, 2008). Esse tipo de assistência, no âmbito da psicologia, está sendo discutida desde a década de 40, do século XX, por Carl Rogers – renomado psicólogo humanista, proponente da Terapia Centrada no Cliente / Abordagem Centrada na Pessoa.

Rogers (2009), ao expor sobre as características de uma relação de ajuda, descreve-a por “uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” (p.45). Segundo o teórico esta relação pode se dar entre psicólogo e cliente, pais e filhos, professor e aluno, médico e paciente, e se mostraria eficaz na superação do modelo biomédico.

REFERÊNCIAS

- ALCESTE 4.9 Windows. Toulouse: Image. 2008.
- Brandão, C. L. C. (2004). *Relação Médico Paciente Estratégias de Atuação Psicológica no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo*. 2004. 149 f. Monografia de Especialização em Psicologia Hospitalar: Nêmeton Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde, São Paulo.
- Brasil (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª ed. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 72p. Recuperado em 25 julho, 2014, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf
- Camargo, B. V. (2005). ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais In: Moreira, A. S. P. (org.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPB. Editora Universitária, pp. 511-539.

- Cortese, V. M. C. (2004). *A Correlação da Imagem do Cirurgião para o Paciente e deste para o Cirurgião no Contexto de Internação Hospitalar*. 2003. 124 f. Monografia de Especialização em Psicologia Hospitalar: Nêmeton Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde. São Paulo.
- Costa, F. D. da & ; Azevedo, R. C. S. de (2010). Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, pp. 261-269. Recuperado em 25 julho, 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a10v34n2.pdf>
- Espinha, T. G. & Amatuzzi, M. M. (2008). O cuidado e as vivências de internação em um hospital geral. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v. 24, nº 4, pp. 477-485. Recuperado em 25 julho, 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n4/11.pdf>
- Matos, E., Pires, D. E. P. & Campos, G. W. (2010). Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev. bras. enferm.* Brasília, v. 63, nº 5. Recuperado em 25 julho, 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a10v62n6.pdf>
- Resolução nº 466, de dezembro de 2012* (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Recuperado em 25 julho, 2014, de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Ribeiro, M. M. F. & Amaral, C. F. S. (2008). Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 32, nº 1, pp. 90-97. Recuperado em 25 julho, 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n1/12.pdf>
- Rogers, C. R. (2009). As características de uma relação de ajuda. In *Tornar-se Pessoa* (6ªed.) São Paulo: WMF Martins Fontes, cap. 03, pp. 45-68. (obra original publicada em 1985)

- Rossi-Barbosa, L. A. R., Lima, C. C., Queiroz, I. N., Fróes S. S. & Caldeira, A. P. (2010). A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 34, n° 3, pp. 363-370. Recuperado em 25 julho, 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n3/05.pdf>
- Sebastiani, R. W. & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*. São Paulo, v. 20, supl. n° 1, pp. 50-55. Recuperado em 25 julho, 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010286502005000700010&script=sci_arttext&tlng=pt