



## A Relação Médico-Paciente Segundo a Perspectiva do Paciente

*The Doctor-Patient Relationship According to  
Perspective of the Patient*

Júnia Aparecida Pinto<sup>1</sup>,  
Karina Maia da Silva<sup>1</sup>,  
Marcelo da Silva  
Sechinato<sup>2</sup>,  
Maria das Graças Mota  
Cruz de Assis Figueiredo<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Acadêmicas do 6º ano do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIIt). Itajubá/MG

<sup>2</sup> Médico. Especialista em patologia. Mestre em Bioética. Perito-médico do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de Mchado/MG e Professor da Universidade José do Rosário Velano (UNIFENAS). Alfenas/MG

<sup>3</sup> Médica. Especialista em Psiquiatria. Professora Assistente da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIIt). Itajubá/MG

Trabalho realizado em uma Unidade Básica de Saúde de Minas Gerais, Brasil, pela Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIIt). Itajubá/MG

Apoio Financeiro do Programa de Desenvolvimento de Iniciação Científica – FAPEMIG

### Correspondência:

Júnia Aparecida Pinto  
Rua Luiz Gonzaga Rennó, 173. Jardim Eldorado  
CEP 37502-154 – Itajubá, MG  
Tel.: (35) 3621-4610  
E-mail: juniaap@yahoo.com.br

### RESUMO

**Objetivo:** Objetivou-se a busca do perfil da RMP na percepção do paciente, para que o médico consciente de seu papel possa ter a oportunidade de ver as falhas e traçar em que pontos pode contribuir para melhorar essa relação. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa estruturada realizada por meio de entrevista individual em um dos consultórios médicos de uma Unidade Básica de Saúde. **Resultados e Discussão:** Foram entrevistados 30 pacientes sendo 24 (80,00%) do sexo feminino e 6 (20,00%) do sexo masculino, 86,67% caracterizaram o atendimento médico como bom, 16,67% tem o profissional da atenção básica como meio para conseguirem receituário ou como referência para especialista e 6,67% definiram o profissional como apressado. Para 56,67% dos entrevistados um bom atendimento médico inclui um bom exame físico. **Conclusão:** Conclui-se que a maioria dos pacientes considera o atendimento prestado na UBS como bom, apesar de alguns pacientes não serem capazes de vislumbrar que o médico da atenção básica deve ter uma taxa de resolubilidade de cerca de 80%, e que o exame físico bem conduzido é um elemento importante para o grupo pesquisado.

**Palavras chave:** relação médico-paciente, unidade básica de saúde, bioética.

### ABSTRACT

**Objective:** The objective was to search the profiles of DPR on the patient's perception, so that the physicians aware of their role may have the opportunity to see the flaws and plot points that may help to improve this relationship. **Materials and Methods:** This is a structured qualitative research conducted through individual interviews at one of the doctor's offices in a Basic Health Unit (BHU). **Results:** We interviewed 30 patients, 80.00% (24) were female and 6 (20.00%) were male, 86.67% characterized the medical care as good, 16.67% have the primary care professionals as a way to get prescriptions or as a reference for expert and 6.67% defined the professionals as hasty. For 56.67% of respondents a good health care includes a good physical examination. **Conclusions:** We conclude that most patients consider the care provided at BHU as good, although some patients are unable to discern that the primary care physician should have a rate of resolution of about 80%, and that the well conducted physical examination is an important element for this group.

**Key words:** doctor-patient relationship, basic health unit, bioethics.

## INTRODUÇÃO

A prática médica envolve elementos fundamentais como ciência e arte, evidenciados no relacionamento do médico com o paciente, denominado relação médico-paciente (RMP). Essa relação, mediada pelos contextos em que ocorre e pelas emoções dos sujeitos envolvidos, é fundada em pontos considerados fundamentais como sigilo, atenção ao paciente, empatia, boa comunicação, confiança, exame físico, solidariedade e responsabilidade.<sup>1,2,3</sup>

A presença ou a possibilidade de enfermidade dota a RMP de características próprias, dificilmente encontradas em qualquer outra relação humana, fazendo dessa uma relação altamente específica. Segundo Balint, *“toda doença é também o veículo de um pedido de amor e de atenção”*.<sup>4</sup> A enfermidade confere ao paciente uma situação de fragilidade, e este busca no médico cura ou pelo menos o alívio de seus sintomas, além de compreensão, apoio e simpatia, que são “procuras” subjetivas.<sup>5</sup> Segundo Loyd Smith Jr.(1990), são cinco as expectativas do paciente: ele deseja ser ouvido, tem expectativa de que o médico se interesse por ele como um ser humano, e não como uma doença ou uma parte do corpo humano, espera que o médico seja competente, deseja ser informado sobre sua doença e espera não ser abandonado.<sup>4</sup>

A qualidade da RMP é fundamental para melhor adesão e resultado de tratamentos, pois influencia diretamente o equilíbrio do processo saúde-doença e a promoção de saúde.<sup>1,2</sup> Uma vez que o paciente tem respeito e admiração pelo seu médico, será mais fácil valorizar o efeito terapêutico de uma prescrição e tolerar melhor os efeitos adversos. Por isso, tão importante quanto os títulos, honrarias e

capacitação científica do médico é que este saiba estabelecer uma relação satisfatória com os pacientes.<sup>5,6</sup>

Até a virada do século XIX para o século XX, ciência médica e arte médica caminhavam juntas. Foucault, em *O Nascimento da Clínica*, mostrou que ciência e arte médicas foram inseparáveis no período por ele denominado visão anatomoclínica da prática médica.<sup>7</sup> O desenvolvimento científico e tecnológico influenciou uma série de transformações na prática e no ensino médico. Se por um lado, os avanços tecnológicos foram responsáveis por conquistas da ciência médica, por outro provocaram a fragmentação do paciente em órgãos, aparelhos e regiões, como fizeram as especialidades.<sup>8,9</sup> Atendidos por vários médicos, muitas vezes o paciente não forma vínculo com nenhum deles, aspecto descrito por Balint como o “conluio do anonimato”.<sup>7</sup> Restou à anamnese a possibilidade de manter a visão humanística da prática médica.

A partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina, temas referentes à bioética vêm fazendo parte das discussões sobre a educação médica. Entretanto, as disciplinas ou áreas que tratam do assunto são tidas como secundárias ou figurativas na formação médico-acadêmica.<sup>10</sup> As faculdades de medicina, geralmente, se preocupam em proporcionar conhecimentos técnicos, não atentando para o fato de que os médicos que elas formam não aplicarão seus conhecimentos a cadáveres ou máquinas, mas a seres vivos dotados de sentimentos, reações e história.<sup>7,11</sup> É importante construir uma proposta de ensino que priorize a formação humanitária e ética do profissional, junto com a aquisição das habilidades biomédicas.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevista semiestruturada (em anexo) realizada com pacientes de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). O critério usado para o dimensionamento amostral foi à técnica de saturação, ou seja, a pesquisa seria encerrada a partir do momento em que houvesse reincidência de informações.<sup>12</sup> Foram convidados 30 sujeitos para participar do estudo, mesmo notando que houve saturação antes desse contingente, pois procurou-se obter acréscimos ilustrativos dos conteúdos por meio das falas dos sujeitos.

O critério de inclusão para participação na pesquisa era o indivíduo ter mais de 18 anos de idade e se consultar na UBS em questão. O critério de exclusão era ser menor de 18 anos ou os maiores de 18 anos que não quisessem participar da pesquisa.

Utilizou-se para análise dos dados a Análise de Conteúdo Temático-Categorial proposta por Bardin, a qual é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens”.<sup>13</sup>

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIIt) sob o protocolo nº 046/08.

As entrevistas foram feitas individualmente em um dos consultórios médicos de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), com pacientes que procuraram o serviço de saúde nesta UBS no período de 10/03/2009 a

18/06/2009. A marcação das consultas pela UBS é feita de forma aleatória. A maior parte das entrevistas foi realizada antes da consulta, no período de espera, pois a disponibilidade dos pacientes era maior neste tempo. Os sujeitos entrevistados foram convidados a participar da entrevista e após o aceite do convite foram prestados os devidos esclarecimentos sobre a forma como seria realizada a entrevista. Como todos sabiam ler, foram orientados à leitura criteriosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o assinaram. A entrevista foi respondida de forma oral e gravada para posterior documentação e transcrição. Para diminuir as possibilidades de interferência externa nas respostas dos entrevistados e garantir o sigilo das respostas, a entrevista foi feita com a sala fechada e o entrevistador esclareceu ao participante o pleno sigilo da sua entrevista, que esta não possuía nenhum vínculo com a UBS e que ele não seria de forma alguma prejudicado no atendimento na UBS independente do que dissesse. O entrevistador procurou não interromper o depoimento do entrevistado e nem influenciar nas suas respostas, exceto para apresentação das perguntas e/ou esclarecimentos.

Após a obtenção das falas dos sujeitos foi feita a transcrição dos depoimentos gravados, procedendo-se então a análise categorial temática. Os discursos foram lidos para a identificação dos problemas apontados, e o conjunto desses formaram uma grade temática de análise para a leitura transversal de todos os depoimentos, ou seja, cada relato foi relido visando recortá-lo em torno de cada tema-objeto listado.

## **RESULTADOS**

Foram entrevistados 30 pacientes sendo 80,00% do sexo feminino e 20,00% do sexo masculino. Em todas as questões abordadas, alguns dos entrevistados deram respostas das quais puderam ser extraídas mais de uma expressão chave. Noventa e sete por cento dos entrevistados sempre se consultavam na UBS, porém durante os discursos relataram experiências que tiveram fora da UBS.

Como apresentado na Figura 1, quando foram questionados a respeito do juízo que faziam sobre o profissional médico com os quais tiveram contato na UBS e/ou fora dela,

dos 30 entrevistados, 86,67% caracterizaram o médico como bom, 20,00% como ruim, 16,67% tinham o profissional como meio para conseguirem receituário ou como referência para especialista, 10,00% disseram que os profissionais eram ótimos, 6,67% achavam que o profissional tinha um interesse financeiro exagerado, 6,67% atribuíram razoável ao conceito do médico, 6,67% definiram o profissional como apressado, 3,33% disseram que o profissional é seletivo e 3,33% disse não ter “nada contra”.

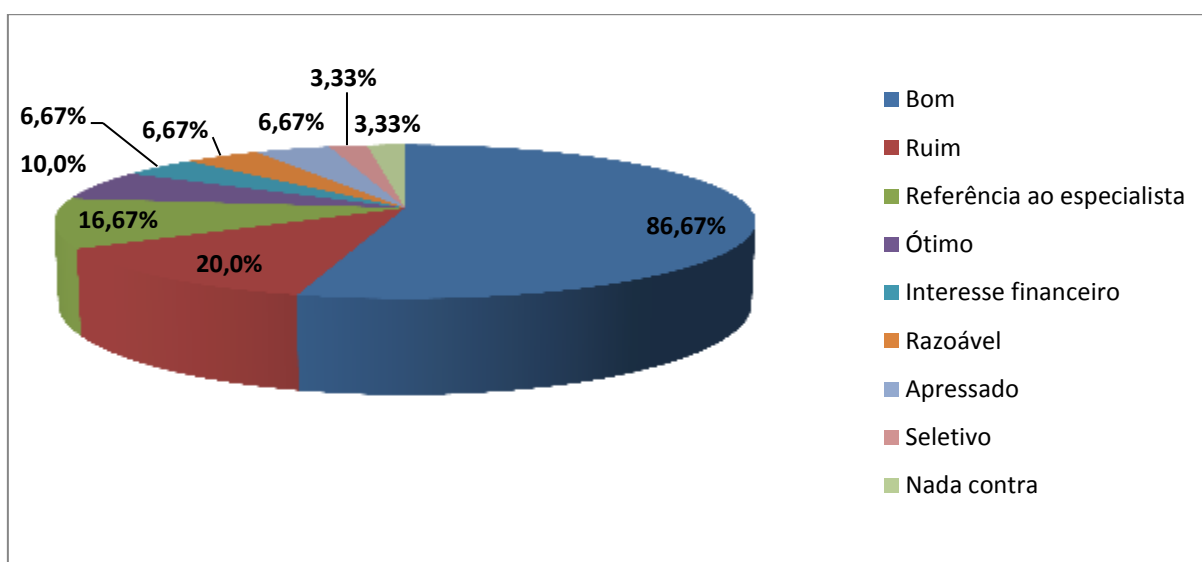


Figura 1 – Juízo dos pacientes em relação aos profissionais médicos

Para os entrevistados um bom atendimento médico inclui elementos essenciais, como: exame físico em 56,67% dos casos (17 pessoas citaram exame físico como fundamental), atenção em 46,67%, diálogo 43,33%, resolução em 16,67%, tempo maior nas

consultas em 13,33%, educação do médico em 13,33%, “tratamento de consultório particular” 6,67%, confiança em 6,67%, acompanhamento do paciente durante o tratamento 6,67% e solicitar exames complementares em 3,33%, como mostra a Figura 2.

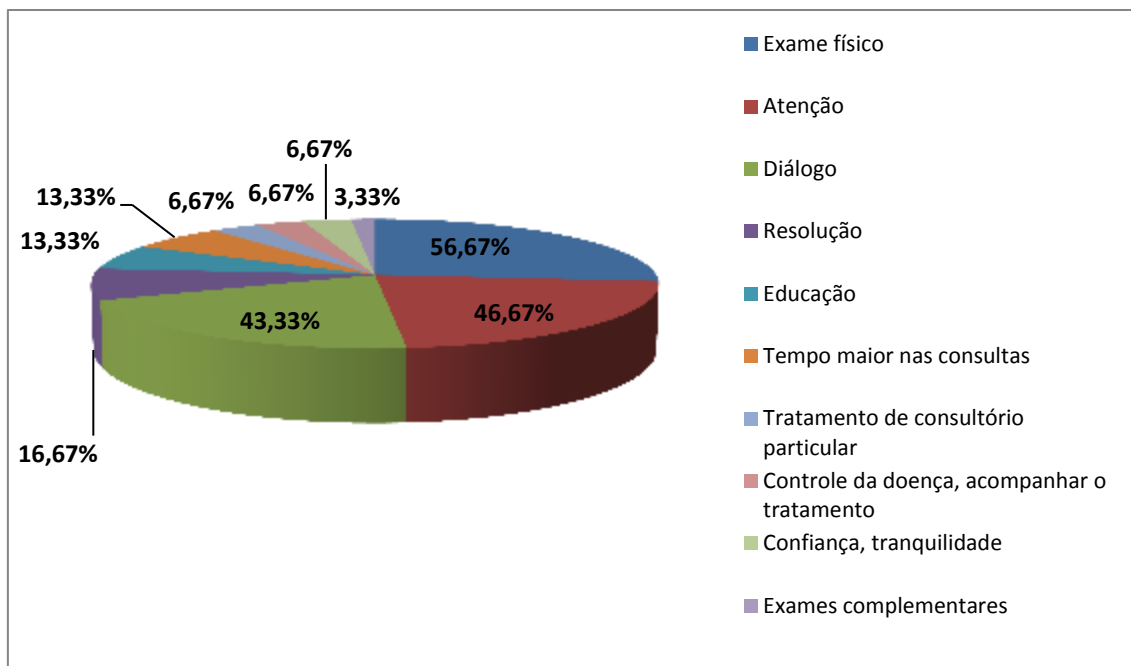


Figura 2 – Opinião dos pacientes sobre o que é uma boa consulta médica

A figura 3 mostra a opinião dos entrevistados quando foram questionados sobre o que representava a expressão “relação médico-paciente”. Para 46,67% da amostra RMP era representada por atenção, 26,67% responderam diálogo, 20,00% disseram exame físico, 20,00% disseram respeito, 13,33% disseram confiança,

13,33% disseram educação, 13,33% disseram que a RMP tem sido praticada como uma relação profissional, 13,33% não tinham opinião formada sobre o assunto e 6,67% disseram diagnóstico e tratamento corretos.

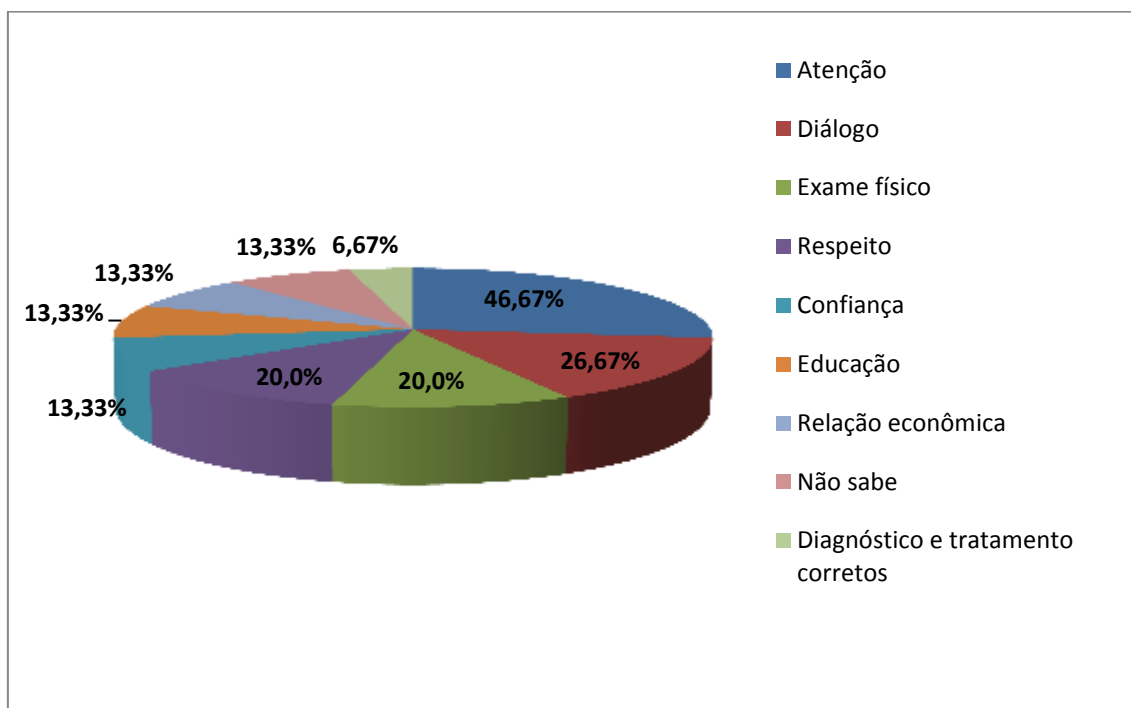


Gráfico 3 – Opinião dos pacientes sobre o que é mais importante na Relação Médico-Paciente

Foi questionado sobre se alguma vez o entrevistado tinha tido algum motivo de discórdia com o médico; 26,67% disseram nunca ter tido e os demais, 73,33%, disseram ter tido mais de um motivo de discórdia. Os motivos de discórdia foram: falta de educação por parte do profissional em 40,00% dos casos, falta de exame físico em 30,00%, negação de

atestado e/ou receita e/ou exame complementar e/ou referência ao especialista em 23,33%, falta de atenção em 23,33%, falta de respeito 13,33%, falta de explicação sobre diagnóstico e conduta em 6,67%, atendimento insatisfatório 6,67% e 3,33% referiu interesse financeiro exagerado por parte do médico, conforme apresentado na Figura 4.

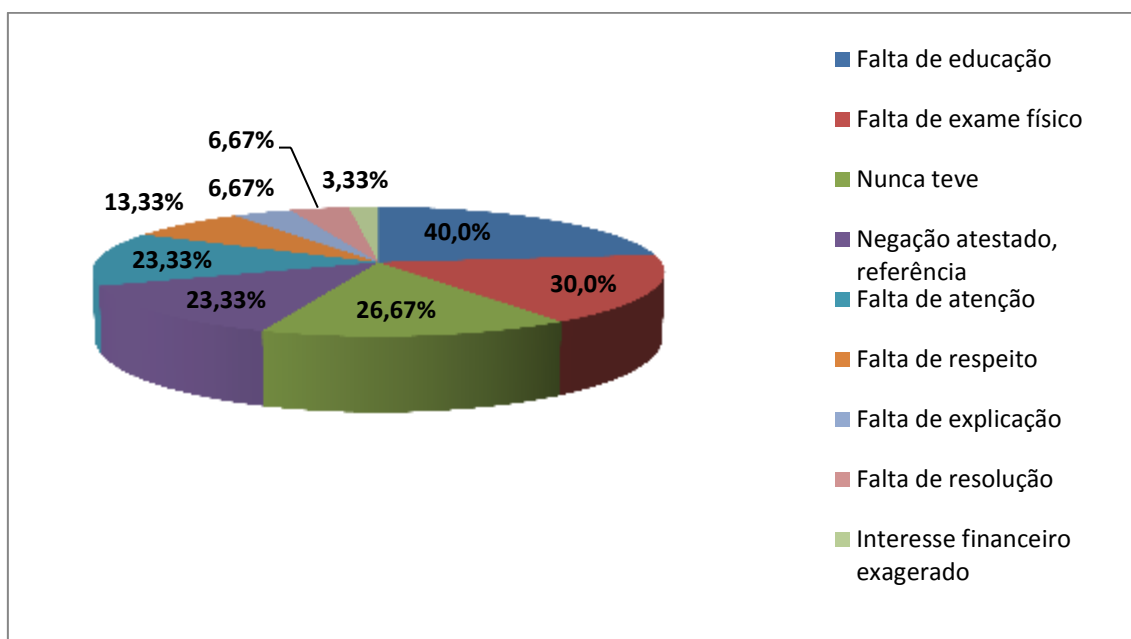


Figura 4 – Motivos de discórdia entre médicos e pacientes referidos pelos pacientes.

Quando questionados sobre se em alguma ocasião eles se sentiram maltratados por algum médico, 60,00% disseram que não e 40,00% disseram que sim. Dos que disseram sim, 30,00% se sentiram maltratados em outro local de atendimento médico que não na UBS, 13% se sentiram maltratados na UBS, sendo que um desses entrevistados referiu ter se sentido maltratado tanto em outro local de atendimento médico que não na UBS, quanto na UBS. E,

quando questionados se já haviam visto alguém em uma situação que eles consideravam de maus tratos, 80,00% disseram nunca ter visto alguém sendo maltratado e 20,00% disseram que sim, sendo que 10,00% dos casos teriam ocorrido fora da UBS, 6,67% dos casos na UBS e 3,33% não relatou o local em que observou o mau trato. Estes dados são apresentados nas Figuras 5 e 6.

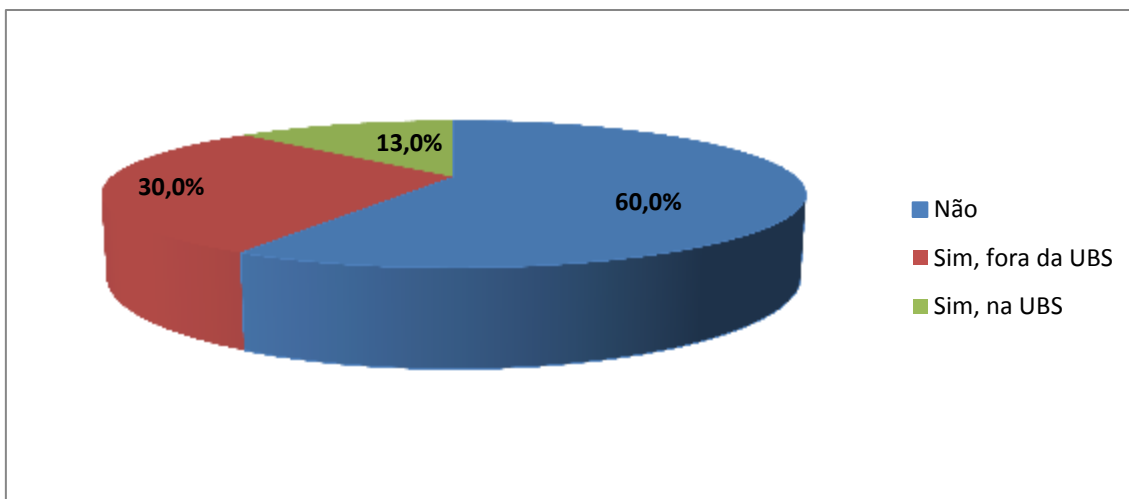


Figura 5 – Respostas dos pacientes quando questionados se já haviam sido maltratados por algum médico.

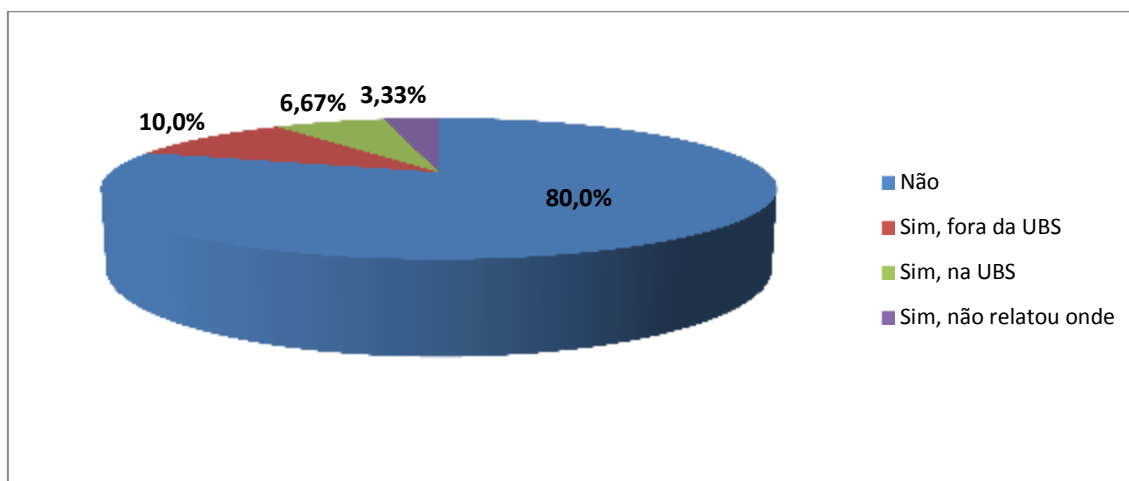


Figura 6 – Respostas dos pacientes quando questionados se haviam presenciado alguém sendo maltratado por algum médico

## DISCUSSÃO

A predominância de pacientes do sexo feminino, observada neste estudo revela uma preocupação que as mulheres têm em relação ao cuidado próprio<sup>14</sup> ou do outro<sup>15</sup> e por esse motivo acabam buscando mais o profissional médico que os pacientes do sexo masculino.

Em relação ao juízo sobre o profissional médico 86,67% consideram os profissionais que atuam na UBS como bons, o que vai de encontro ao observado no estudo de Herrera-Kiengelher e cols (2009) em que se propõe a explicação para esse nível de satisfação devido a atenção e as informações prestadas pelo profissional médico, a fim de esclarecer ao paciente as características de sua doença.<sup>16</sup> Este comentário encontra suporte no presente estudo, através de depoimentos dos pacientes:

*“Mais importante é o médico saber conversar né, explicar o que a pessoa tá sentindo né, então é um diálogo”.*

*“Ah ele é bom porque ele examina a gente, ele conversa com a gente, agrada. Muito agradável ele.”*

Essa informação prestada pelo médico é um dos elementos para o exercício da autonomia pelo paciente,<sup>17</sup> sem a devida informação não é possível que o sujeito possa tomar uma decisão e, portanto estabelece uma relação heterônoma.<sup>18</sup> Merhy (2006) considera que essa capacidade do profissional dar atenção e colocar a informação é uma tecnologia leve e um elemento de humanização do atendimento em saúde.<sup>19</sup>

É importante considerar que o estudo foi feito em um bairro de periferia, e que, no Brasil, a maior parte das pessoas que moram na periferia frequentam apenas o serviço de saúde pública (Sistema Único de Saúde – SUS) por motivos socioeconômicos.

Durante o estudo, notou-se que neste grupo de pessoas, que não pode escolher o profissional com o qual manterá relacionamento, compara o atendimento na UBS com outras unidades que apresentam um sistema com maiores dificuldades de estrutura e de acesso, considerando-se em uma situação privilegiada. A insatisfação pode até mesmo ser minimizada pelo medo de perder as condições de atendimento em saúde que lhes são oferecidas.

Apesar da maioria dos sujeitos referirem um bom atendimento na UBS, alguns pacientes referiram interesse financeiro exagerado por parte dos médicos e diferença perceptível entre o atendimento particular e o público, no que diz respeito à pressa no atendimento e a atenção voltada ao paciente. Sabe-se que vivemos em um país onde culturalmente observa-se a desvalorização do “público”, basta olhar para os telefones públicos, o atendimento em repartições públicas, entre outros exemplos. Geralmente o “público” é visto como inferior, sendo o particular visto até mesmo como uma maneira de se destacar perante a comunidade. Essa desvalorização no atendimento público de saúde pode ser notada tanto em relação ao médico, que, algumas vezes, não se compromete com um atendimento integral nem apresenta um intuito de agradar, seja por questões financeiras, seja por falta de recursos disponíveis para sua atuação ou por insatisfação pessoal/profissional, quanto ao paciente que se beneficia do atendimento público enquanto não apresenta condições financeiras para fazer suas escolhas.

Na opinião dos autores, outra diferença entre um atendimento médico público e privado, é que no público, o médico escolhe o seu local de trabalho e indiretamente os pacientes adscritos àquela base de atendimento; já no privado, os médicos são escolhidos por seus pacientes, apesar de que os médicos acabam por selecionar seus clientes por meio do honorário estipulado.

*“Olha não só aqui como em todos os postinhos, particular é uma coisa, atendimento no postinho é outra coisa, o médico vive com uma pressa danada, e nem olha pra sua cara direito...”*

*“é muito rápido, não se dá atenção... atende a pessoa correndo”*

*“se abusar você fica mais tempo lá fora esperando do que no consultório”.*

Outra informação que chama a atenção é o fato de o profissional da UBS ser considerado como meio para aquisição receituário ou de pedido de referência para atenção secundária:

*“se não tem como atender aqui eles encaminham para o hospital... eu gosto.”; “... eu to aqui esperando pra pegar o formulário pra especialista.” e “... eu vou pedir pra ele essa receita, eu e meu filho tem que ter uma receita hoje com ele pra eu e ele tomar o mesmo medicamento.”.*

Segundo a OMS a taxa de resolubilidade do serviço de saúde na atenção básica deve girar em torno de 80%.<sup>20</sup> Devemos pensar que essa falta de resolubilidade pode representar também um médico que está prestando esse atendimento na linha de frente do SUS, e que, muitas vezes, não encontra condições de trabalho favoráveis para fazê-lo, seja por falta de material, por estrutura física ou recursos humanos.

A falta de resolubilidade foi inclusive citada como motivo de discórdia neste trabalho:

*“... porque eu tava com muita dor, aí eu pedi pra ele dar o pedido já que ele não podia resolver o meu problema, então que ele desse pra outra pessoa resolver né... eu pedi pra ele dar o pedido pra mim, ele não quis dar”.*

O maior motivo de discórdia com o profissional médico citado pelos sujeitos da pesquisa foram atitudes descritas como falta de educação, o que corrobora a idéia de que a relação médico-paciente deve se construir com



base no respeito. A falta de educação referida pelos pacientes, muitas vezes, estava subentendida em expressões como “falta de atenção”, “falta de carinho” e “falta de paciência”:

*“Quando o médico chega e trata a pessoa de qualquer jeito é uma falta de respeito.”*

*“Ele pegou e nem examinou direito, já foi passando remédio pra tomar...”*

*“Ah ele foi sem educação... ele não quis ter paciência comigo porque meu exame tava atrasado ele achou que eu que não tinha feito o exame, e não era culpa minha”*

É interessante notar novamente que os sujeitos citaram a falta de diálogo como um dos elementos para a discórdia com o médico.

*“... às vezes a pessoa vai no posto... e o médico acha que não é nada e não dá muita atenção, não ouve a pessoa, nem olha na cara e vai escrevendo, esquece a pessoa”*

A desvalorização de uma prescrição médica pode acontecer quando o médico não dá atenção às queixas do paciente e, principalmente, quando não explica ao paciente o diagnóstico e a conduta, ou seja, quando não se estabelece uma relação médico-paciente satisfatória:

*“... porque isso a gente vê muito no balcão da farmácia, por exemplo, eu já trabalhei e vi muito isso aí... falam: eu não vou comprar remédio não porque ele nem olha pra minha cara, nem tirou minha pressão, só foi passando remédio e pronto...”*

Não se pode esquecer que a relação médico-paciente sofre influência direta da instituição na qual ocorre, sendo o médico, muitas vezes, um depositário da frustração e do descontentamento produzidos pela instituição, visto pelo paciente como representante direto de um sistema de saúde incompetente e desumano. E o médico também corre o risco de estender ao paciente sua insatisfação com más condições de trabalho e má remuneração:<sup>1</sup>

*“os médicos faz descaso pra gente sim, pelo fato de você ser pobre, pelo fato de ser pelo INSS a consulta é rápida, às vezes nem a mão no paciente não coloca.”, “...é essa demora de você ter que esperar meses pra você conseguir uma vaga. É isso que revolta, que a gente fica magoado, é nesse aspecto.”*

*“Eu acho que uma boa consulta médica seria assim como uma consulta que eu pudesse pagar... são boas e a mais feliz assim, pela parte do próprio médico a mais feliz...”*

*“É... a gente somos humilde e pobre né, pra gente tudo tá bom né, porque eu nunca passe, tipo assim, por uma consulta assim que paga né, particular, então pra mim tá bom né.”*

Ao referirem como parâmetro de uma boa consulta médica uma “consulta particular” não se pode deixar de considerar que no atendimento privado, geralmente, há uma maior preocupação com a qualidade do atendimento desde a recepção, onde o ambiente é mais acolhedor, os horários melhores estabelecidos e organizados, e não somente com o atendimento médico em si.

Para os sujeitos um bom atendimento médico deve incluir o exame físico, a atenção e o diálogo e é de se notar que poucos têm a resolução do problema como um dos elementos do bom atendimento e aparentemente os sujeitos confundem diálogo e respeito, pois as duas características estão vinculadas. Não é possível respeito sem o diálogo<sup>21</sup> e a mesma observação pode ser feita sobre o que os pacientes consideram como uma boa relação médico-paciente:

*“Se é médico, estudou... tem que ser educado com os pacientes, porque de uma maneira ou de outra, é pelo SUS, mas a gente já pagou de alguma forma né. Então, é médico tem que ter atenção com o paciente, procurar saber mesmo as coisas direitinho, fazer histórico...”*

*“O bom atendimento é o médico examinar a pessoa por completo, não só naquilo que você fala*

*que está sentindo, e descobri se tem alguma coisa a mais ou não”*

*“Ah a relação do paciente médico-paciente é ele perguntar o que você tem e você falar, e ele te explicar detalhadamente, assim é uma relação de respeito um pelo outro. Eu falando nos sintomas que eu tenho e ele interessado em saber o que está acontecendo comigo.”*

*“... na hora de estar consultando né, colocar o aparelhinho, porque às vezes tem médico que nem chega perto do paciente né.”*

Os elementos de discórdia podem ser a base para uma ação por erro médico e atualmente não existe estatística oficial sobre essa problemática na atividade profissional do médico no Brasil. Minossi divide as causas para o erro médico em fatores não assistenciais e fatores assistenciais e nessa segunda causa existem sete possíveis fatores: 1) O desgaste da relação médico-paciente; 2) A falta das condições de trabalho; 3) O abuso de poder; 4) A falsa garantia de resultado; 5) A falta do consentimento esclarecido; 6) O preenchimento inadequado de prontuários; 7) O abandono do paciente.<sup>22</sup> Portanto, estabelecer uma boa relação com o paciente, além de fundamental para o sucesso da prática médica, constitui a melhor proteção contra os processos médico-legais.<sup>23</sup>

## CONCLUSÃO

Por se tratar de uma relação dotada de subjetividade e assimetria, tanto em nível de conhecimento quanto de contexto social dos sujeitos envolvidos, concluiu-se que a Relação Médico-Paciente não deve ser vista como uma

técnica a ser aprendida através de protocolos que posteriormente possam ser aplicados.

O desenvolvimento de atributos como empatia, humildade, serenidade, respeito com as diferenças, estar aberto para questionamentos das suas próprias hipóteses e das hipóteses construídas pelo paciente e capacidade de comunicação é importante na RMP, por isso, esta relação deve ser trabalhada desde os primeiros passos da formação médica. Os estudantes precisam ter, no tempo de formação, maior contato com ciências humanas, serem estimulados à reflexão e de acordo com as suas próprias habilidades estabelecer o seu modelo de abordagem ao paciente.

Pode-se notar que as queixas do paciente em relação ao médico, que podem tornar-se motivo para processos judiciais, na maioria das vezes não remetem a falta de conhecimento científico do médico, mas da sua incapacidade de estabelecer uma relação de confiança e de acolhimento, onde o paciente perceba que lhe é dada atenção. Quando o paciente reclamou do atendimento apressado, da falta de exame físico, da falta de educação no atendimento, ele, de forma subjetiva, reclamou da indiferença à sua condição fragilizada, e na maioria das vezes mais do que uma receita ou um procedimento de cura, ele buscava uma atitude de cuidado.

O tema sobre RMP ainda não foi esgotado, pois há muitas janelas a serem exploradas. Durante o estudo, notou-se a inter-relação entre os dados sócios demográficos e a posição dos pacientes frente aos temas apresentados, necessitando de que além de analisar apenas a relação em sua essência, é importante considerar que esta recebe influências de fatores pessoais, culturais e socioeconômicos.

## REFERÊNCIAS

1. Pereira MGAP, Azevedo ES. A relação médico – paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. Rev Assoc Med Bras. 2005 mai./jun.;51(3):153-7.
2. Caprara A, Franco ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad Saúde Pública. 1999 jul./set.;15(3):647-54.
3. Franco ALS, Bastos ACS, Alves VS. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005 jan./fev.;21(1):246-55.
4. Martins IM, Kira CM. Relação Médico-Paciente. In: Benseñor IM, Atta JA, Martins MA. Semiologia clínica. São Paulo: Sarvier; 2002. p.7-10.
5. Moreira Filho AA. Relação Médico-Paciente - teoria e prática: o fundamento

- mais importante na prática médica. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2005. p. 1-182.
6. Sucupira AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2007 set/dez;11(23):624-7.
  7. Branco RFGR. A relação com o paciente – teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.1-57.
  8. Soar Filho EJ. A interação médico-cliente. *Rev Ass Med Bras.* 1998 jan./mar.;44(1):35-42.
  9. Coelho Filho JM. Relação médico-paciente: a essência perdida. *Interface Comun Saúde Educ.* 2007 set/dez;11(23):631-3.
  10. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. *Diário Oficial da União.* Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.
  11. Paulo LG, Zanini AC. Compliance: sobre o encontro paciente-médico. 1ª ed. São Roque: Ipex; 1997. p. 1-8.
  12. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública.* 2011 fev.;27(2):389-94.
  13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
  14. Gaspar JC, Oliveira MAC, Duayer MFF. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(4):619-28.
  15. Rodrigues LS, Alencar AMP, Rocha EG. Paciente com acidente vascular encefálico e a rede de apoio familiar. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(2):272-7.
  16. Kiengelher LH, Álvarez MV, Villafuerte BP, Valle FC, Cervantes ML. Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(4): 589-94.
  17. Segre M, Cohen C. Bioética. 3ª ed. São Paulo: EDUSP; 2002.
  18. Kant I. Crítica da razão pura. 6ª ed. Lisboa: Calouste Gulbenkian; 2008.
  19. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, (orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec; 2006. p. 113-50.
  20. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(3):663-74.
  21. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Cienc saúde coletiva.* 2009;14(supl.1):1523-31.
  22. Minossi JG. Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da medicina. *Rev Col Bras Cir.* 2009;36(1):90-5.
  23. Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. Relação Médico/Paciente – Profilaxia da denúncia contra o profissional. 2ªed. Belo Horizonte: Silveira; 2000

## ANEXO

### Modelo de Entrevista

1. Você vem sempre se consultar neste postinho?
2. O que você acha dos médicos que atendem aqui?
3. Na sua opinião, os médicos respeitam os pacientes?
4. Na sua opinião, o que é uma boa consulta médica?
5. Você já se sentiu maltratado por algum médico?
6. Você já presenciou alguém sendo maltratado por um médico?

**Correspondência:** Júnia Aparecida Pinto - Rua Luiz Gonzaga Rennó, 173. Jardim Eldorado - CEP 37502-154 – Itajubá, MG -Tel.: (35) 3621-4610 - E-mail: juniaap@yahoo.com.br