



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA

FERNANDA MADRUGA E SOUZA  
MARCELA FERNANDA DE SALES TAVARES

**Análise da consulta médica:** o ponto de vista de pacientes atendidos em primeira consulta em Clínica Médica Geral nos Ambulatórios do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande- PB.

CAMPINA GRANDE

2018

FERNANDA MADRUGA E SOUZA  
MARCELA FERNANDA DE SALES TAVARES

**Análise da consulta médica:** o ponto de vista de pacientes atendidos em primeira consulta em Clínica Médica Geral nos Ambulatórios do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande- PB.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande, em atenção à resolução CCBS nº04/2010, com fins de obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio

CAMPINA GRANDE

2018

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG**

S729a

Souza, Fernanda Madruga e.

Análise da consulta médica: o ponto de vista de pacientes atendidos em primeira consulta em Clínica Médica Geral nos Ambulatórios do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande - PB / Fernanda Madruga e Souza, Marcela Fernanda de Sales Tavares – Campina Grande, 2018.

40f.; gráf.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2018.

Orientador: Edmundo de Oliveira Gaudêncio, Dr.

1.Consulta médica. 2.Medicina Humanizada. 3.Relação médico-paciente. 4.Primeira consulta. I.Tavares, Marcela Fernanda de Sales. II.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 616-071(043.3)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CAMPINA GRANDE

ANEXO VI

**Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina da UAMED/CCBS/UFCG**

Às 9:12 horas do dia 03/02/2018, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado: Análise de Casos Clínicos

de autoria dos discentes:

Fernando Magalhães e Soares  
Marcelo Francisco de Jesus Tavares  
sendo orientado(s) por:

Romário de Oliveira Araújo  
e coorientado por:

Estiveram presentes os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Luciano José de  
Marcelo Francisco Tavares e Silva

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora sorteou o aluno:

Luciano José de  
passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 25 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu aprovar o trabalho, conferindo a nota final de 1000. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 03/02/2018.

**Orientador**

**Titular 1**

**Titular 2**

**Suplente**

[Assinatura]  
Mônica Carolina Almeida  
[Assinatura]

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos às nossas famílias, por serem nossa base, nosso porto seguro e a força que nos impulsiona a seguir em frente, independentemente dos percalços.

Agradecemos imensamente ao nosso orientador, Dr. Edmundo Gaudêncio, por despertar em nós a vontade de olhar além da patologia, percebendo o Homem como ser dotado de matéria, mas acima de tudo dotado também de mente e espírito. Obrigada por abraçar a nossa ideia e estar em sintonia com nossos pensamentos quanto à busca ao atendimento humanizado, respeitando o direito de compreensão do paciente sobre sua enfermidade, possibilidades e tratamentos.

Enormemente gratas também aos pacientes que fizeram parte da pesquisa, sendo fonte de conhecimento e contribuindo não só para a discussão sobre o tema, mas também para o nosso crescimento pessoal e profissional.

## RESUMO

Dada a importância de uma boa relação médico-paciente, esse trabalho tem a intenção de analisar, de forma qualitativa, a impressão dos pacientes em sua primeira consulta nos ambulatórios de Clínica Médica Geral do Hospital Universitário Alcides Carneiro, vinculado a Universidade Federal de Campina Grande - PB. Foi avaliado um total de 20 pacientes, os quais refletem a população usuária do Sistema Único de Saúde, evidenciado pelo questionário socioeconômico. Foi também analisada a satisfação do cliente através de perguntas dissertativas sobre a relação médico-paciente, tempo de consulta, realização e qualidade do exame físico, compreensão da consulta e avaliação da receita médica. Servindo para nos mostrar que a medicina vem se tornando mais humanizada, apesar das dificuldades impostas pela falta de estrutura e de recursos. O estudo evidenciou também, assim como proposto pela maioria dos artigos estudados, que a medicina vem se voltando cada vez mais para o indivíduo como um todo, buscando intensificar o poder de comunicação entre profissional e paciente, de forma a atingir o melhor entendimento possível sobre consulta, diagnósticos e tratamentos a serem realizados.

**PALAVRAS-CHAVES:** consulta médica; medicina humanizada; relação médico-paciente; primeira consulta.

## **ABSTRACT**

Given the importance of a good doctor-patient relationship, this study intends to qualitatively analyze patients' impressions in their first consultation at the outpatient clinics of the General University Clinic of the University Hospital Alcides Carneiro, linked to the Federal University of Campina Grande - PB. A total of 20 patients were evaluated, which reflect the population of the Unified Health System, evidenced by the socioeconomic questionnaire. The client's satisfaction was also analyzed by means of essay questions about the physician-patient relationship, consultation time, achievement and quality of the physical examination, understanding of the consultation and evaluation of the medical prescription. Serving to show us that medicine has become more humanized, despite the difficulties imposed by the lack of structure and resources. The study also evidenced, as proposed by most of the articles studied, that medicine is increasingly turning to the individual as a whole, seeking to intensify the power of communication between professional and patient, in order to achieve the best possible understanding about consultation, diagnosis and treatment to be performed.

**KEYWORDS:** medical consultation; humanized medicine; doctor-patient relationship; first consultation.

## SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS.....	8
LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS.....	8
LISTA DE ABREVIações E SIGLAS.....	8
1. INTRODUÇÃO – TEMA E PROBLEMATIZAÇÃO.....	9
2. JUSTIFICATIVAS.....	11
3. OBJETIVOS.....	12
3.1 GERAIS .....	12
3.2 ESPECÍFICOS.....	12
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
5. METODOLOGIA DA PESQUISA.....	16
6. ANÁLISE DO MATERIAL E DISCUSSÃO.....	19
7. COMENTÁRIOS FINAIS.....	29
8. REFERÊNCIAS.....	3

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Grau de escolaridade dos pacientes.....	19
GRÁFICO 2 – Renda dos pacientes.....	20
GRÁFICO 3 – Legibilidade do receituário e associação com alunos presentes no momento da consulta.....	27

## LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1 – Questionário socioeconômico e cultural.....	30
APÊNDICE 2 – Roteiro para entrevista a ser aplicada.....	30
APÊNDICE 3 – Critérios para avaliação da qualidade da prescrição medicamentosa escrita (quando houver, após a primeira consulta).....	31
APÊNDICE 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	32
ANEXO 1 – Autorização para aplicação de entrevistas no âmbito do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande – PB.....	35

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAESE: Centro de Assistência Especializada de Saúde e Ensino  
 HUAC: Hospital Universitário Alcides Carneiro  
 LILACS: Literatura Latino Americana de Ciências e Saúde  
 PB: Paraíba  
 SCIELO: Scientific Eletronic Library Online  
 SUS: Sistema Único de Saúde  
 TCC: Trabalho de Conclusão de Curso  
 TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## 1. INTRODUÇÃO

O sucesso ou fracasso da aplicação de toda e qualquer modalidade de terapêutica, em qualquer que seja a Clínica Médica, passa pela maior ou menor adesão a esse tratamento. Essa adesão, por sua vez, decorre sobretudo da qualidade da relação médico-paciente, na qual estão colocadas a necessária empatia, a cordialidade da relação e a compreensão de metas a serem seguidas, a fim de objetivar-se o tratamento necessário. Comentando um trabalho de Izabel Magalhães, Professora de Letras da Universidade Nacional de Brasília, publicado em 2000, Nogueira et cols. afirmam que [naquele trabalho]

Foram analisadas, sob a teoria da comunicação, a emissão e a recepção do discurso entre médicos e pacientes, ou seja, perguntou-se aquilo que o paciente entende quando o médico fala. De um modo geral, concluiu-se que, por não entenderem a fala médica, os pacientes se calam ou demonstram desconfiança com relação às reais intenções dos médicos; que é preciso desenvolver formas de comunicação que considerem os pacientes como pessoas, incluindo o direito de falar e ser ouvido(a); que a comunicação com os pacientes deve ser clara, evitando-se o uso de jargão médico; e que o contexto do hospital ofereça plenas condições para a relação satisfatória entre médicos e pacientes, o que significa respeito com o espaço e a imagem “do outro”, inclusive com sua linguagem (NOGUEIRA *et cols.*, 2012, p. 17).

Corroborando isso, Marco (2012, p. 58) relata: “A qualidade da entrevista e da comunicação favorece a adesão ao tratamento e à evolução e habilidades de comunicação podem ser ensinadas e aperfeiçoadas”, indagando “como incluir esse tipo de preparo na formação profissional [do médico]?”.

As observações apresentadas pelos autores citados avalizam nossa pergunta – as quais servem-nos de problema a ser investigado: os pacientes (e/ou seus familiares) usuários do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) – Campina Grande – PB compreendem o que lhes é dito e instruindo quando de uma primeira consulta junto aos ambulatórios da Clínica Médica de adultos? Quais suas satisfações ou insatisfações perante aquele ato médico (tempo de duração da consulta, tratamento pessoal dado pelo médico, qualidade do exame físico,

interatividade no relacionamento médico-paciente, instruções fornecidas quanto ao problema, à terapêutica e gravidade do quadro clínico)?

Tais questões são pertinentes, dado o que afirmam os autores consultados, salientando-se que apenas aqueles que a um tratamento se submetem podem indicar, através das informações prestadas, a qualidade ou precariedade de um primeiro contato, verificado quando de uma primeira consulta, concordando com a ideia de que tal contato é sobredeterminante do retorno (ou não) do paciente e sua adesão (ou não) ao tratamento buscado.

## **2. JUSTIFICATIVAS:**

### 2.1. Justificativas institucionais:

Realização de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), determinação legal para fins de obtenção do Título de Bacharel em Medicina.

### 2.2. Justificativas pessoais:

A confecção de um TCC sobre tal temática, implica na aquisição de conhecimentos alusivos a uma Medicina Humanizada, posto voltar-se para o necessário respeito ao paciente e às suas singularidades – o que, de resto, é desejo maior de suas propositoras.

### 2.3. Justificativas acadêmicas:

Melhorar o atendimento ao paciente e a relação médico paciente a partir dos dados colhidos sobre a compreensão por parte do paciente em relação à consulta médica. Por ser bastante subjetiva e de difícil avaliação a compreensão do paciente é pouco estudada e muitas vezes deixada de lado, tendo assim uma literatura escassa e necessitando de mais estudos em relação a este tema. Muitas variáveis, como receituários médicos ininteligíveis, relação médico-paciente pouco interativa, consultas demasiadamente rápidas, ao lado da eventual baixa escolaridade do paciente atuam diretamente no nível de entendimento deste sobre sua patologia e tratamento. Além disso, supõe-se que outros fatores, tais como a quantidade de medicamentos, sua posologia e seus nomes de fantasia ou genéricos, sobretudo quando prescritos com má caligrafia e/ou para pacientes não alfabetizados podem influenciar, quase sempre negativamente, na compreensão de seu uso e nos resultados da terapêutica indicada.

Isto posto, entendemos que o estudo da forma como pacientes percebem uma primeira consulta na Clínica Médica e quais as críticas por eles formuladas quanto a isso se constitui como excelente medida capaz de fornecer aportes capazes de possibilitar, junto aos autores, ampliação dos conhecimentos humanísticos necessários a uma prática médica humanizada e, simultaneamente, melhorias no atendimento aos clientes usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

### **3. OBJETIVOS:**

#### **3.1. OBJETIVOS GERAIS:**

Estudar a relação médico-paciente na Clínica Médica de adultos no Hospital Universitário Alcides Carneiro, em Campina Grande-PB. Assim podendo melhorar a relação médico-paciente.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

3.2.1. Analisar, a partir do ponto de vista de pacientes de primeiro atendimento, quais suas queixas quanto à consulta médica, quanto a tempo, qualidade do exame físico e comunicações humanas ali verificadas, do ponto de vista da linguagem verbal (clareza de compreensão quanto às informações fornecidas, no que diz respeito diagnóstico, tratamento, prognóstico).

3.2.2. Estudar as características da prescrição médica, notadamente quanto à caligrafia e clareza das informações quanto à forma de uso dos medicamentos prescritos.

3.2.3. Avaliar a satisfação do paciente em relação ao atendimento médico. Colaborando assim para uma melhor relação médico paciente. Fornecendo dados sobre o atendimento ambulatorial e mostrando as insatisfações ou contentamentos em sua consulta.

#### 4. REVISÃO DA LITERATURA:

A comunicação é o meio pelo qual as pessoas interagem umas com as outras, sendo efetivada pelo ato da compreensão entre emissor e receptor (DAMASCENO et all., 2012). No campo da saúde, a comunicação entre pessoas, notadamente o médico e o paciente e/ou seus cuidadores e acompanhantes, tem fundamental importância, pois interfere diretamente no processo saúde-doença, desde o entendimento do diagnóstico até abordagens terapêuticas, isso tudo apresentando evidente influência, inclusive no prognóstico do cliente.

Para facilitar a interação entre profissionais de saúde e pacientes, sugerem-se estratégias de comunicação terapêutica que devem ser utilizadas de forma consciente, coerente, não repetitiva e, quando necessário, associadas a outras estratégias que facilitem o desenvolvimento do relacionamento terapêutico. Esse conjunto de técnicas prevê, ainda, que o profissional considere, em seu emprego, os aspectos verbais e não verbais durante a interação (ZIMMERMANN et MEDEIROS, 2012).

Embora a comunicação seja reconhecida como essencial, percebemos, com nossa vivência em unidades básicas e hospitais, que o processo de comunicação ou o relacionamento interpessoal entre pacientes e profissionais de saúde ainda é considerado pouco efetivo, podendo exercer forte influência na satisfação, na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, nos resultados das ações de saúde, sugerindo a necessidade de preparo técnico e humano por parte dos profissionais envolvidos (ZIMMERMANN et MEDEIROS, op. cit.).

Sendo assim, os profissionais de saúde devem aliar o conhecimento técnico à utilização de novas competências e habilidades para incrementar a comunicação com os pacientes e, então, auxiliá-los de forma mais segura no enfrentamento das dificuldades impostas pela doença (DAMASCENO et all., 2012).

Sabendo que o ser humano é, por excelência, ser de comunicação e que esta não se constitui apenas pela palavra verbalizada. Temos que ser capazes de captar as mensagens, interpretá-las adequadamente e potencializá-las criativamente, tornando efetiva não só a linguagem falada, mas também aquela não verbal. Estudos de comunicação não verbal estimam que apenas 7% dos pensamentos são transmitidos por palavras; 38% por sinais paralinguísticos, tais como entonação da voz, velocidade com que as palavras são pronunciadas; e 55%

pelos sinais do corpo (fisionomia tensa, olhar triste etc). Enfim, o corpo fala alto e precisamos aprender a ouvir (SILVA, 2002).

A função de entrevistador, inúmeras vezes exercida pelo médico, pode ser melhorada a partir do momento que se toma consciência das suas falhas de comunicação. As mais comuns são as barreiras pessoais, que causam impedimentos naturais na comunicação: a linguagem (uso de termos técnicos, palavras que sugerem preconceitos, impaciência, mensagem incompleta), impedimentos físicos (surdez, mutismo), fatores psicológicos (personalidade, sentimentos, emoções), diferenças educacionais (formação profissional ou cultural) e barreiras organizacionais (status das pessoas em uma determinada organização) (SILVA, 2002).

É notado que a comunicação competente pressupõe a prática cotidiana de estratégias, na qual os profissionais envolvidos no processo comunicativo se apropriam do uso adequado do verbal e do não verbal nas suas interações, de modo a contribuir para uma comunicação mais efetiva (Braga et Silva, 2007).

Um importante pilar na adesão terapêutica do paciente é a forma como a prescrição médica é confeccionada. Dado que além da estruturação física do receituário médico, que inclui a caligrafia, a prescrição sofre modificações quanto às várias influências que o prescritor sofre no momento em que deve decidir qual o caminho terapêutico a ser adotado: as concepções sobre o processo saúde-doença; a qualidade da formação técnica; as condições socioculturais e econômicas da população que atende; a disponibilidade de medicamentos no serviço em que atua; as fontes de informações as quais teve acesso e o assédio da indústria farmacêutica, entre outros (Santos et Nitrini, 2004).

Outros problemas na compreensão das informações da prescrição são comuns nos serviços de saúde e suas causas podem estar atribuídas a uma linguagem complexa, informações desorganizadas ou implícitas e uma caligrafia inadequada, as quais tornam ilegível a informação escrita (Menezes et all, 2009). Refletindo um estereótipo conhecido dos receituários médicos, que quando não confeccionados com certo cuidado podem prejudicar o uso correto da droga prescrita, assim como a adesão ao tratamento.

Mas, vale ressaltar que, além da própria prescrição, fatores socioeconômicos relacionados ao paciente também podem influenciar no tratamento medicamentos prescritos. E para isso, é fundamental estar ciente que

no processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da prática médica (Caprara et Rodrigues, 2004). E que a qualidade da entrevista e da comunicação favorece a adesão ao tratamento e à evolução e habilidades de comunicação podem ser ensinadas e aperfeiçoadas (Marco, 2012). Mostrando como o processo de construção da relação médico-paciente é dinâmico e requer esforço do profissional em questão para que alcance os benefícios terapêuticos esperados.

Portanto, para haver efetiva mudança de hábitos e adesão real ao tratamento proposto, é necessário que se consiga estabelecer um vínculo de confiança, baseada em uma linguagem acessível e no poder de escuta do profissional, almejando a melhor compreensão possível pelo paciente.

## **5. METODOLOGIA DA PESQUISA**

### **5.1. DESENHO DO ESTUDO:**

O estudo tem caráter descritivo-qualitativo, tomando como objeto de análise as entrevistas fornecidas por 20 pacientes de primeiro atendimento junto aos Ambulatórios de Clínica Médica Geral do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande – PB. Utilizando de artigos científicos pesquisados em bibliotecas virtuais de saúde: LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências e Saúde), SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e Pubmed, publicados desde 1993 a 2018, para embasamento teórico.

### **5.2. LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO:**

A coleta dos dados a serem analisados foi realizada no mês de julho de 2018, junto aos ambulatórios de Clínica Médica Geral do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande – PB, CAESE (Centro de Assistência Especializada De Saúde e Ensino) que abrange grande parte da população usuária do Sistema Único de Saúde do interior da Paraíba. Onde são realizados ambulatórios de várias especialidades, dentre elas nefrologia, gastroenterologia, cardiologia, endocrinologia, dermatologia, hematologia, neurologia e reumatologia, os quais serão o alvo da nossa pesquisa.

### **5.3. POPULAÇÃO, AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:**

Constituída por 20 pacientes acima de 18 anos, excluindo-se os pacientes a serem atendidos no ambulatório de psiquiatria, que busquem os Ambulatórios de Clínica Médica Geral e que, aceitando participar do presente estudo, assinem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme regem a Ética e a Legislação quanto à pesquisa envolvendo seres humanos. A dimensão da amostra será determinada pelo Índice de Saturação, o qual prevê que, quando o conteúdo das respostas fornecidas pelos entrevistados se manifeste repetidos, encerra-se a coleta de dados, vez que entrevistas subsequentes não mais apresentarão dados novos, conforme preconiza (FONTANELLA et cols., 2008).

### **5.4. VARIÁVEIS DE ANÁLISE E DEFINIÇÃO DE TERMOS E VARIÁVEIS:**

Em se tratando de estudo qualitativo, não são utilizadas variáveis métricas a ser observadas.

#### 5.5. COLETA DE DADOS:

A coleta foi realizada por duas entrevistadoras, doutorandas do curso de medicina e que são autoras do projeto. O paciente foi abordado imediatamente após a consulta nos Ambulatórios da referida Clínica. Os pacientes foram abordados após terem sido atendidos no CAESE, em sua primeira consulta com o médico e após aceitação com assinatura do termo de compromisso, durante o mês de julho do corrente ano. Enquanto o paciente era questionado sobre a participação da entrevista por uma colaboradora, a outra entrou em contato com o médico que realizou a consulta para informar sobre a pesquisa e solicitar a permissão para realização da mesma.

#### 5.6. ANÁLISE DE DADOS:

Os dados foram analisados à luz da análise de conteúdo tal como propostos pela Hermenêutica em associação às técnicas de estudos de campo, tais como propostas pela Etnologia/Etnografia.

Os dados referentes a entrevista aplicada foram avaliados pelas entrevistadoras. Juntamente ao orientador deste trabalho.

Em relação aos dados de caligrafia e clareza da prescrição, foram avaliados pelas entrevistadoras, no momento da aplicação do questionário e levando em conta a impressão e compreensão do paciente.

#### 5.7. BENEFÍCIOS E NÃO MALEFICÊNCIA:

Este estudo, como dito anteriormente, tem o objetivo evidenciar os pontos que podem ser melhorados em uma consulta médica a partir da impressão que o paciente tem em seu primeiro contato com o médico especialista. Pretendendo melhorar a relação médico paciente e otimizar assim a terapêutica prescrita.

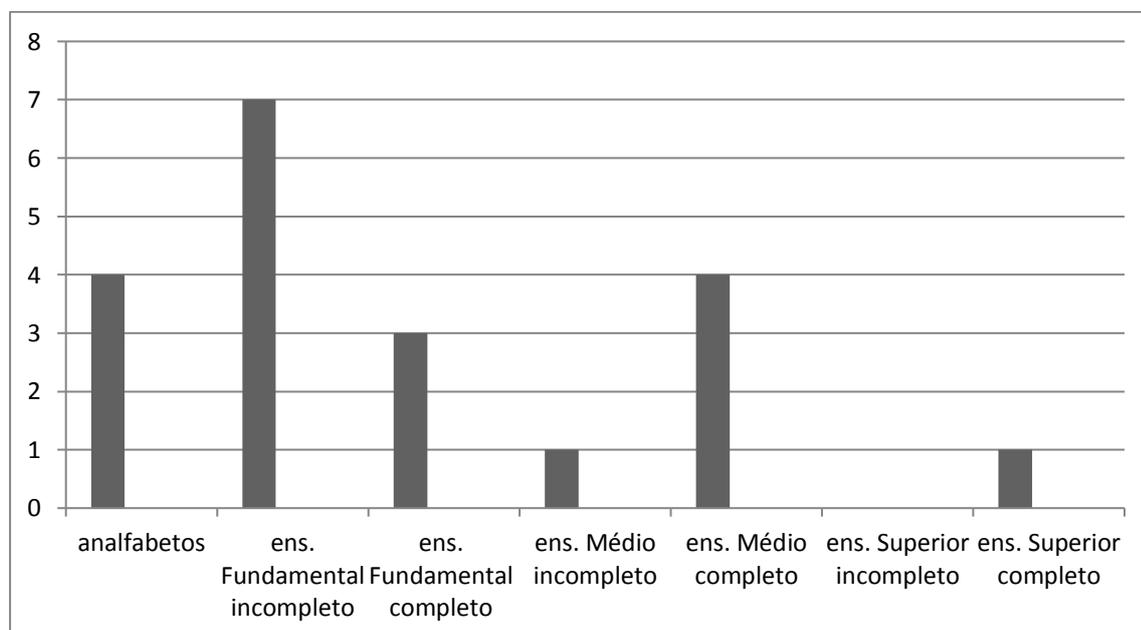
Não há intenção de gerar nenhum constrangimento às partes envolvidas. Sendo explanado no momento da abordagem as intenções do estudo e aceitando a resposta do paciente sendo ela positiva ou negativa em relação aceitação ou não em participar da pesquisa. Salvaguardando a identidade do paciente do profissional. Não interferindo na conduta tomada pelo médico.

## 6. ANÁLISE DO MATERIAL E DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, de cunho qualitativo, clientes atendidos pela primeira vez nos ambulatórios de Clínica Médica do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) foram solicitados a avaliar o nível de compreensão das informações e determinações médicas, expressas pelo médico, quando da consulta, referindo, em seguida, o grau de satisfação para com a consulta realizada. Desse modo, 20 pacientes responderam a um questionário imediatamente ao fim da consulta, após explicação, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Dos 20 pacientes entrevistados, em relação ao questionário socioeconômico, aplicado no formato do Anexo 1: 15 eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino, com idades variando entre 34 a 82 anos. Em relação à escolaridade, quatro não eram alfabetizados, sete pacientes tinha ensino fundamental incompleto, três tinham ensino fundamental completo, um não havia concluído o ensino médio, quatro possuíam ensino médio completo e um afirmou ensino superior completo; não havendo pacientes entrevistados com ensino superior incompleto (resultados representados no gráfico abaixo).

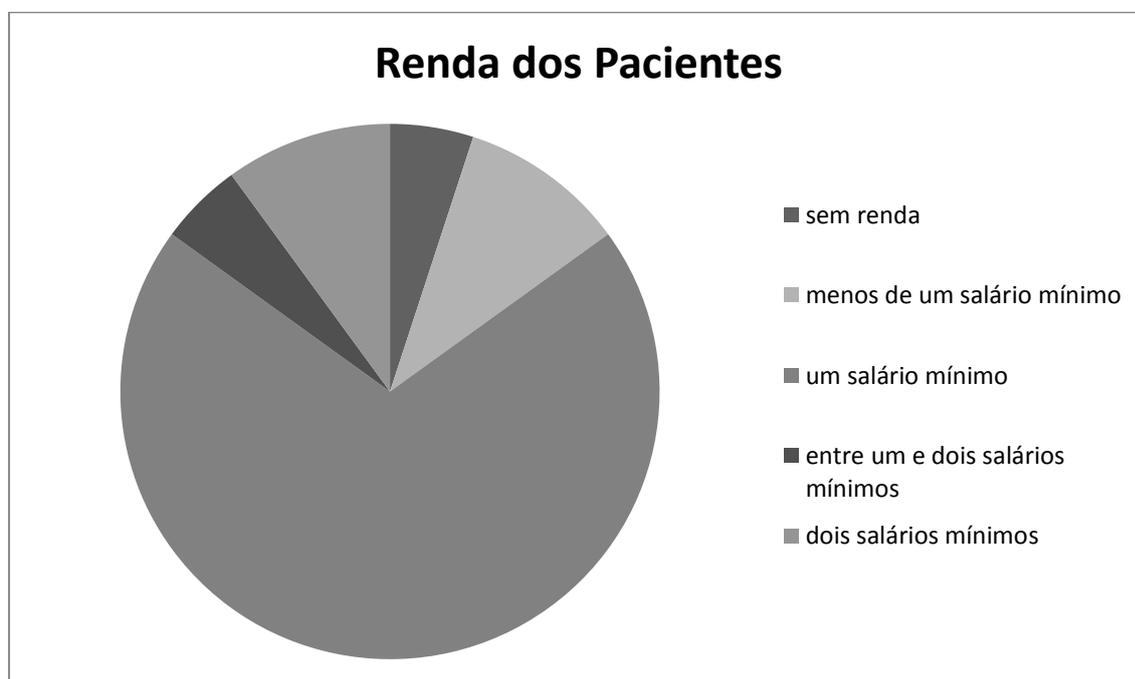
GRÁFICO 1 – Grau de escolaridade dos pacientes



Fonte: das Autoras

Do total de entrevistados, três encontravam-se residindo em zona rural e 17 em zona urbana. Esses pacientes apresentam uma renda variável entre sem renda até dois salários mínimos, sendo essa distribuição melhor demonstrada no gráfico abaixo, mostrando a realidade da maioria da população atendida no Sistema Único de Saúde.

GRÁFICO 2 – Renda dos pacientes



Fonte: das Autoras.

Em relação aos dados colhidos no Anexo 2, referentes a relação médico-paciente, duração de consulta, exames realizados, compreensão do que foi dito e alguma possível alteração a ser feita na consulta realizada, as respostas foram em sua maioria semelhantes, sendo esse o critério para cessação de coleta de dados.

#### 6.1. QUALIDADE DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE:

Quando questionados quanto à relação médico paciente, com a seguinte pergunta: **“O que achou da relação com o (a) médico (a) que o atendeu?”** as respostas variaram entre não gostei e excelente. Tendo um paciente relatado “gostei não” em sua resposta; e um paciente referido uma relação “mais ou menos” com o (a) médico (a) que o atendeu. As demais respostas foram positivas, tendo

oito pacientes referido uma “boa” relação com o (a) médico (a), seis clientes referido uma relação médico-paciente “muito boa”, quatro pacientes uma “ótima” relação e um paciente uma “excelente” relação com o (a) médico (a) responsável pela assistência.

Portanto, a maioria dos pacientes entrevistados classificou sua relação com o médico que o atendeu como positiva, sendo um passo inicial importante na conquista da confiança para que aquele compreenda e siga as recomendações indicadas, aderindo de forma mais ativa ao tratamento.

Esse estudo, realizado em um hospital-escola, indiretamente também retrata os médicos que ali estão sendo formados, uma vez que “um ensino que enfoca apenas as condições instrumentais do raciocínio lógico, mas não mobiliza uma análise de crenças e motivações pessoais por meio do diálogo e do respeito à argumentação tem grande probabilidade de produzir pessoas dotadas de capacidade instrumental lógica, mas com deficiências de sensibilidade e empatia” (PEIXOTO, 2010). O diálogo é tanto base para uma conversa lógica e técnica quanto forma de exercício para o desenvolvimento afetivo-emocional, fazendo com que paciente e médico se conectem, desenvolvendo suas empatias e relações de confiança, tão fundamentais para o tratamento multidisciplinar e completo, almejado pela medicina humanizada.

## 6.2. TEMPO DA CONSULTA:

Ao questionar sobre a duração da consulta a qual foram submetidos, com a seguinte pergunta: **“O tempo de consulta foi suficiente ou não? Por quê?”**. Apenas uma resposta foi negativa, “muito rápida”, tendo as demais respostas afirmado um tempo de consulta suficiente. Os que justificaram as respostas foram: “fez muitas perguntas e explicou coisas que eu precisava saber”, “fez indagações e exames necessários”, “porque deu tempo de explicar tudo”, “porque ela explicou e tirou dúvidas”, “escuta bem e espera eu falar” e “suficiente para pedir exames”. Por tanto, percebemos grande satisfação dos clientes para com o tempo de consulta, conseqüente da preocupação médica em realizar uma consulta bem feita e efetiva.

Corroborando com esse pensamento, as respostas negativas sobre a relação médico-paciente nesta pesquisa foram pautadas exatamente no tempo

excessivamente curto da consulta e na falta de paciência do médico em explicar e tirar dúvidas que surgiram sobre a patologia e o tratamento a ser realizado.

Um estudo realizado nas instituições de saúde da cidade de Ribeirão Preto – SP, no ano de 2007 (Arroyo, 2007) demonstrou que, em relação à avaliação da consulta médica, a questão do tempo de duração é sempre citada, seja de forma qualitativa, interferindo diretamente na satisfação do paciente quanto à qualidade do serviço prestado pelo médico, quanto de forma quantitativa, impactando diretamente no fator econômico das instituições.

Portanto, o tempo de consulta deve ser satisfatório para que se possa fazer uma boa anamnese, exame físico, explicar e tirar as dúvidas dos usuários de forma calma e paciente. Entretanto, não deve haver demora a ponto de onerar o serviço desnecessariamente e formar filas, fazendo com que os outros pacientes sofram a inevitabilidade da espera. Logo, o tempo de atendimento deve ser equilibrado entre esses interesses, melhorando, desse modo, a qualidade do serviço prestado.

### 6.3. QUALIDADE DOS EXAMES REALIZADOS:

Ao serem indagados sobre os exames realizados durante a consulta com a seguinte pergunta: **“Os exames realizados, segundo seu ponto de vista, foram bem executados? Sim? Não? Por quê?”**, foi observado a não realização de exame físico através da resposta de cinco pacientes: “não, não fui examinado”. O restante dos pacientes avaliados, num total de 15, respondeu “sim”, acrescentando: “fui bem examinado”, “atendimento esperado” e “achei bem feito”. Nesse contexto, é importante ressaltar que naqueles clientes cujo exame físico não foi realizado, o atendimento foi feito em ambulatórios que não contavam com a presença de estudantes, mas unicamente do médico assistente. Desse modo, percebe-se que por muitas vezes em atendimentos com médico assistencialistas não é realizado exame físico, podendo isso prejudicar a relação firmada e a confiabilidade do paciente para com o médico.

No início da década de 1990, a visão de que a prática médica havia se tornado impessoal e desumana veio orientar propostas para assegurar a proteção dos direitos humanos fundamentais e promover a humanização da assistência a todos os pacientes, incluindo os mais vulneráveis, como as crianças, os pacientes psiquiátricos, os idosos ou os gravemente doentes (WHO, 1994). Diante disso,

nesse período, o conceito de Medicina Humanizada, que se refere à prática médica embasada no respeito à dignidade e à vida humana, pautada em uma relação ética entre pacientes e profissionais de saúde, começou a ser mais amplamente utilizado. Nesse estudo, foi percebida forte conexão entre a boa avaliação da consulta médica e a solicitação dos exames complementares almejados pelo paciente, podendo associar-se a uma relação de confiança fragilizada, ainda resquício desse período, no qual a medicina era baseada unicamente na patologia e esquecida de tratar-se da pessoa humana como um ser bio-psíquico-espiritual-transcendente.

Nesse contexto, diante da relevância dada aos exames laboratoriais e de imagem, a máxima repetida em todas as escolas médicas desde o primeiro ano do curso de que “a clínica é soberana” vai perdendo importância. Nessa pesquisa, 25% dos pacientes entrevistados relatou não ter sido examinado pelo médico que o atendeu. E em todas essas consultas não havia estudantes, o que indica que a soberania clínica hoje é muito mais um ideal acadêmico e perde cada vez mais espaço, na prática, para a medicina baseada em evidências.

Essa mudança de paradigma se deve a diversos fatores: o chamado “erro médico” pode adquirir várias facetas, dentre elas a simples falta de um pedido de exames para firmar diagnóstico ou estabelecer a conduta. A ideia de que o diagnóstico é dado pelo exame, e não pelo médico, está cada vez mais impregnada na sociedade. O que muitos pacientes não observam é que o médico responsável pelo caso, com base no contato com o paciente e no seu histórico, terá condições, em grande parte dos casos, de estabelecer o diagnóstico, servindo o exame estritamente para complementar o entendimento formado pela assistência ao paciente. Dessa forma, o médico acaba atendendo ao anseio social e solicita - como meio protetivo para si - algum exame complementar, deixando de lado, por vezes, o exame físico.

Entretanto, esse pensamento vai de encontro ao ideal de Medicina Humanizada, na qual o cliente é visto como um todo. Uma pesquisa realizada sobre a relação entre médicos e pacientes no Programa de Saúde da Família no Estado do Ceará, no ano de 2001 (Caprara *et al.*, 2001), apontou que, no começo da consulta, quase todos os médicos tentam estabelecer uma relação empática com o paciente. Apesar disso, uma série de problemas surge de forma evidente: 39,1% dos médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema, bem como,

em 58% das consultas, o médico não verifica o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico dado. Os médicos, em 53% das consultas, não verificam a compreensão do paciente sobre as indicações terapêuticas (Caprara *et al.*, 2001). Logo, o sentimento de confiança, tão relevante para uma boa relação médico-paciente, deve ser construído desde o primeiro contato, sendo endossado sempre pelo contato – toque – com o paciente, tão fundamental não só para a compressão do exame físico, mas para o desenvolvimento da empatia entre ambos.

#### 6.4. QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE:

Em relação ao entendimento dos pacientes sobre as informações passadas durante a consulta, foi questionado: “**Compreendeu tudo que foi dito pelo (a) médica (a) ou não? Por quê?**”. Nesse quesito, todos os pacientes afirmaram ter compreendido as informações e orientações passadas na consulta.

É notório que as habilidades comunicacionais e empáticas dos médicos interferem diretamente na adesão ao tratamento. Entretanto, para que isso ocorra também é necessária uma correta prescrição, explicada ao paciente com linguagem acessível e certificando-se de seu completo entendimento. Neste estudo, 65% dos pacientes referiram não compreender a caligrafia do profissional na prescrição médica e 35% referiram que a prescrição não ficou clara para sua compreensão. Mesmo assim, esses pacientes classificaram positivamente a consulta. Isso permite inferir que, talvez por não terem outra opção de atendimento e temerosos de se manifestarem em contrário, demonstraram alto nível de satisfação, mesmo com uma orientação médica falha.

Problemática essa que claramente pode interferir em uma melhor relação médico-paciente, uma vez que o adoecer envolve também aspectos psicossociais do paciente (crenças, medos, ansiedades etc.). Para tanto, ouvir o paciente – e não só atentar-se para os sinais e sintomas da doença apresentada – é essencial, uma vez que não só o primeiro contato tem importância na construção dessa relação, mas também as experiências anteriores do cliente com outros médicos, bem como características do próprio profissional, como sua personalidade, seus fatores psicológicos (estresse, ansiedade, frustração etc.) e seu treinamento técnico (experiência profissional e habilidades de comunicação).

Para mais, observa-se uma necessidade crescente em desenvolver uma comunicação mais aberta entre médicos e pacientes que possibilite uma maior qualidade na relação. Diante dessa questão, a reflexão que se deve ter inicialmente é sobre o comportamento profissional do médico. Ele deve incorporar aos seus cuidados a ideia de que, em sua prática médica cotidiana, ele está abordando uma pessoa e, como tal, ser material, psíquico, social e espiritual imerso em uma cultura própria e não apenas de uma patologia com seus sinais e sintomas.

Isso não significa que os médicos tenham que se transformar em psicólogos ou psicanalistas, mas que, além do suporte técnico-diagnóstico, necessitam de sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida influenciado pela doença.

#### 6.5. QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO MÉDICO AO PACIENTE:

Quando interrogados sobre as alterações a serem feitas na consulta através da pergunta: **“O que gostaria que fosse acrescentado ou retirado da consulta que o senhor (a) acabou de fazer?”**; dos 20 pacientes avaliados, 17 responderam que não gostariam de mudar nada, com as seguintes respostas: “tudo muito bom”, “foi satisfatório”, “o que eu queria ela fez”, “tudo ótimo” e “nem tiro nem boto”. Desses, seis ainda acrescentaram que: “ele (a) pediu todos os exames”. Já os pacientes que gostariam que algumas alterações fossem feitas, responderam: “menos estagiários, no máximo três” (um paciente) e “mais atenção ao paciente” (dois pacientes), totalizando três respostas negativas. Servindo para atentarmos que mesmo apresentando resultados positivos em sua maioria, ainda permanecem presentes nos atendimentos realizados certa desatenção com o indivíduo. Além de ressaltar através da resposta de um paciente certo constrangimento causado pela quantidade de estagiários durante a consulta.

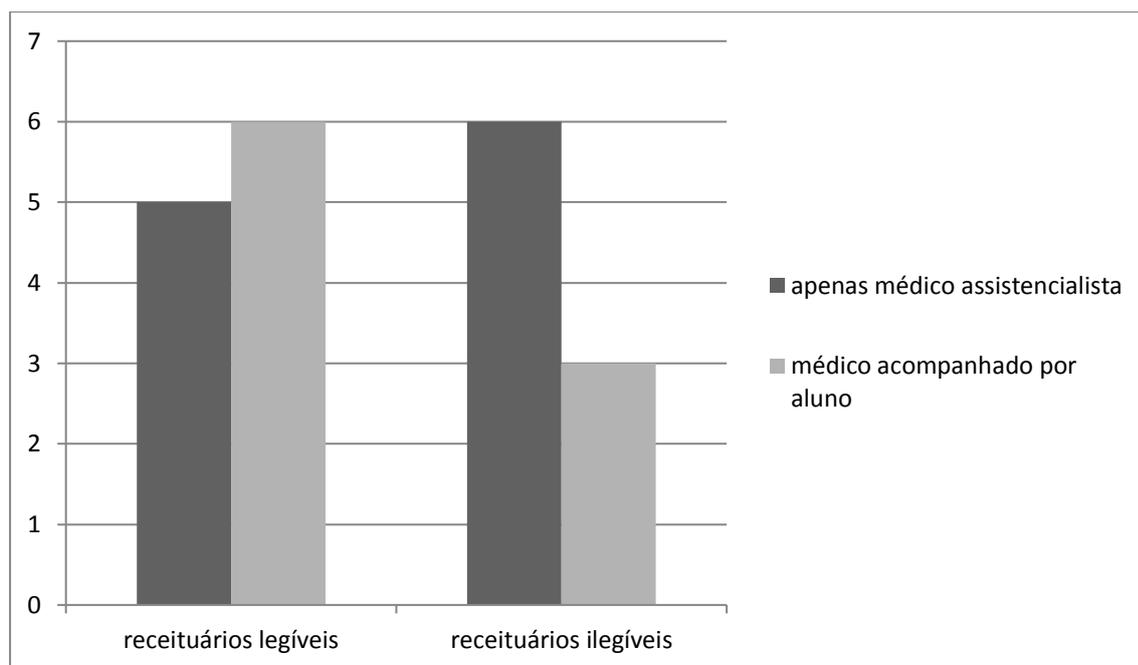
Uma lei do estado de São Paulo, datada de 1999, retrata como direito do paciente “receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre: hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, exames solicitados, ações terapêuticas; riscos e benefícios do tratamento, etc.” (Direitos do paciente, 1999). Essa pesquisa apontou que os profissionais avaliados tem se preocupado em conversar com o

paciente com uma linguagem mais acessível, respeitando sua capacidade de compreensão como parte de um direito humano, e não apenas do paciente.

#### 6.6. CALIGRAFIA MÉDICA E COMPREENSÃO DAS PRESCRIÇÕES:

Já em relação ao receituário médico, sendo avaliada legibilidade da caligrafia e clareza da prescrição, avaliado em conjunto pelo paciente e entrevistadoras, foi evidenciado que do total de pacientes avaliados, 11 apresentavam receituário legível e uma prescrição clara. Do restante, nove apresentavam receita médica com letra ilegível e sem clareza na prescrição.

GRÁFICO 3 – Legibilidade do receituário e associação com alunos presentes no momento da consulta



Fonte: das Autoras.

Os consultórios médicos que foram avaliados abrangeram as especialidades de cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia e nefrologia. Dos quais em nove havia participação de acadêmicos ou doutorandos do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande, estando presentes nos demais apenas o médico assistencialista, valendo ressaltar que seis dos receituários com letra ilegível foram provenientes desses últimos.

Em contrapartida, proveniente de um ambulatório com a presença apenas do profissional assistencialista, houve também um receituário escrito com desenhos, para facilitar o entendimento do cliente sobre sua prescrição. Mostrando, dessa forma, cuidado e preocupação em relação à compreensão e adesão correta ao tratamento a ser instituído pelo médico (a) em questão.

Em uma pesquisa publicada no *Jornal de Pediatria*, no ano de 2002, cem acompanhantes foram entrevistados, dos quais 24% referiram compreensão regular ou ruim quanto à caligrafia da prescrição médica. Ademais, 47% das receitas apresentaram símbolos e/ou abreviaturas e não foram compreendidas por 59% dos acompanhantes, fato que influencia também no sucesso terapêutico (SANO *et al.*, 2012).

Além disso, dentre os 24 acompanhantes que não conseguiram ler completamente a receita, 11 também não se lembravam da medicação e/ou posologia prescritas e, dentre esses 11, seis procurariam “ajuda do farmacêutico para ler a receita médica” (SANO *et al.*, 2012). Assim, deve-se atentar para a importância de se prescrever com letra legível e sem abreviaturas, para que as dúvidas que eventualmente surgirem após a consulta sejam sanadas por qualquer pessoa alfabetizada.

Prescrever de forma legível é dever do médico, previsto no artigo 11 do Código de Ética Médica (2010): “É vedado ao Médico: receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos”. Isso, quando praticado, constituindo-se como erro passível de punição, vez que pode acarretar sérios problemas devido a não compreensão do que de fato está escrito.

Portanto, este trabalho ressalta que a qualidade da consulta médica é embasada em muitas variáveis, que vão desde questões palpáveis, como clareza da receita médica, até questões mais profundas do ser humano, como personalidade e construção de uma relação empática. Desse modo, a relação médico-paciente é construída a cada consulta, mas que habilidades são esperadas do médico como detentor do saber? A ele cabe o papel de possibilitar que a relação seja centrada no paciente e não apenas na doença.

## 7. COMENTÁRIOS FINAIS

Tendo como proposta o estudo do entendimento dos pacientes em primeira consulta nos ambulatórios de Clínica Médica do HUAC, avaliando a relação médico-paciente, tempo de consulta, exames realizados, alterações a serem feitas na consulta e legibilidade e clareza na prescrição, este estudo consegue nos mostrar alguma evolução no tipo de atendimento realizado nos ambulatórios avaliados.

Após a avaliação e discussão dos resultados encontrados nessa pesquisa, podemos notar que apesar das variantes que podem influenciar numa consulta e prescrição médica, os médicos assistencialistas do HUAC em sua maioria apresentam uma boa relação médico-paciente. Esse fator possibilita também uma melhor aceitação pelo cliente da terapêutica indicada pelo profissional, além de indicar melhora na qualidade do serviço de saúde.

Quando indagados sobre alterações, os que a fazem queixam-se de pouca atenção, mostrando o quão fundamental é o primeiro contato para a formação de uma boa relação médico-paciente. Ressaltando o que diz Soar Filho (1998) sobre os atributos desejáveis ao profissional de saúde em geral: empatia, continência, respeito para com as diferenças, curiosidade, capacidade de conotar positivamente e capacidade de comunicação.

Sendo importante salientar também que a satisfação dos pacientes atendidos nesse ambulatório reflete uma melhor aprendizagem dos alunos em formação do curso de Medicina. Tendo como exemplo professores preocupados com um atendimento humanizado.

É possível concluir que este trabalho apresenta uma resposta positiva no tocante à relação médico-paciente, assim como uma boa compreensão do paciente ao que foi dito durante a consulta. E que mesmo com resquícios de uma Medicina voltada apenas para patologia, expressa na satisfação do paciente quanto à solicitação de exames laboratoriais e de imagem, é possível construir uma Medicina voltada para o paciente, que não onere o serviço de saúde e que promova uma relação de confiabilidade entre médicos e pacientes.

**APÊNDICE 1:**

## QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO E CULTURAL:

- 1- Sexo ( ) masc. ( ) fem.
- 2- Idade: \_\_\_\_\_ anos
- 3- Escolaridade:  
( ) Não alfabetizado ( ) Ens. fundamental incompleto ( ) Ens. fundamental completo  
  
( ) Ens. Médio incompleto ( ) Ens. Médio completo ( ) Ens. Superior incompleto  
  
( ) Ens. Superior completo
- 4- Qual sua renda em salários mínimos? \_\_\_\_\_
- 5- Residente em área:  
( ) urbana ( ) rural

**APÊNDICE 2:**

## ROTEIRO PARA ENTREVISTA A SER APLICADA:

- 1-O que achou da relação com o (a) Médico (a) que o atendeu?
- 2-O tempo de consulta foi suficiente ou não? Por quê?
- 3-Os exames realizados, segundo seu ponto de vista, foram bem executados? Sim?  
Não? Por quê?
- 4-Compreendeu tudo que foi dito pelo médico ou não? Por quê?
- 5-O que gostaria que fosse acrescentado ou retirado da consulta que o senhor (a) acabou de fazer?

**APÊNDICE 3:**

CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA PRESCRIÇÃO  
MEDICAMENTOSA ESCRITA (QUANDO HOVER, APÓS PRIMEIRA  
CONSULTA):

- 1-Legibilidade da caligrafia;
- 2-Clareza das prescrições.

**APÊNDICE 4:****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Análise da consulta médica:** o ponto de vista de pacientes atendidos em primeira consulta em Clínica Médica Geral nos Ambulatórios do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande – PB

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

---

Eu, \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, portador da Cédula de identidade, RG \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo **Análise da consulta médica:** o ponto de vista de pacientes atendidos em primeira consulta em Clínica Médica Geral nos Ambulatórios do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande – PB. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como a promessa dos esclarecimentos às dúvidas, por mim apresentadas durante o decorrer da pesquisa.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possam descobrir as possíveis variáveis sobre adesão ao tratamento denominado **Análise da consulta médica**: o ponto de vista de pacientes atendidos em primeira consulta em Clínica Médica Geral nos Ambulatórios do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande – PB.
  - II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo; Será garantido a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa
  - III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
  - IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
  - V) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
  - VI) Caso deseje, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa. Estou ciente que receberei uma via deste termo de consentimento;
- ( ) Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- ( ) Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

IX) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP, do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, CEP: 58401 – 490, Campina Grande-PB, Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br; ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e à Delegacia Regional de Campina Grande.

Campina Grande - PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20118.

( ) Paciente / ( ) Responsável:

\_\_\_\_\_.

Testemunha 1 : \_\_\_\_\_.

**Nome / RG / Telefone**

Testemunha 2 : \_\_\_\_\_.

**Nome / RG / Telefone**

Responsável pelo Projeto:

Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio – Médico Psiquiatra

CRM: 1962 - PB

Endereço:

R. Profa. Dulcelina Falconi de Carvalho, 155 (Cruzeiro) - Campina Grande - PB.

Telefone para contato: (83)3065-2044

## ANEXO 1

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise da consulta médica: o ponto de vista de pacientes atendidos em primeira consulta em Clínica Médica Geral nos Ambulatórios do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande - PB

**Pesquisador:** Edmundo de Oliveira Gaudêncio

#### Área Temática:

**Versão:** 2

**CAAE:** 90952218.8.0000.5182

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.794.704

#### Apresentação do Projeto:

O Projeto apresenta redação um pouco confusa e com alguns equívocos gramaticais.

#### Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo está claro.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios e os possíveis riscos foram mencionados.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Pesquisa se mostra pertinente e pode trazer benefícios.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos foram apresentados e estão em conformidade. O TCLE apresenta equívoco de redação.

#### Recomendações:

Modificar o cronograma, de modo que o início da coleta de dados inicie após a aprovação do Projeto pelo CEP.

Corrigir o TCLE, na parte "Estou ciente que:" Item I, onde fala sobre "adesão a tratamento".

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências, apenas recomendações.

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

**CEP:** 58.107-670

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

(83)2101-5545

**Fax:** (83)2101-5523

**E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1119816.pdf	15/06/2018 09:56:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCC_FINAL.docx	15/06/2018 09:56:21	FERNANDA MADRUGA E SOUZA	Aceito
Outros	TERMO_DIVULGACAO_RESULTADOS.pdf	15/06/2018 09:37:56	FERNANDA MADRUGA E SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/05/2018 18:49:04	FERNANDA MADRUGA E SOUZA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	24/04/2018 12:55:55	Edmundo de Oliveira Gaudêncio	Aceito
Outros	termo_resultados.pdf	24/04/2018 12:52:49	Edmundo de Oliveira Gaudêncio	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_pesquisadores.pdf	24/04/2018 12:50:39	Edmundo de Oliveira Gaudêncio	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_setorial.pdf	24/04/2018 12:49:34	Edmundo de Oliveira Gaudêncio	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_institucional.pdf	24/04/2018 12:48:59	Edmundo de Oliveira Gaudêncio	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	24/04/2018 12:41:48	Edmundo de Oliveira Gaudêncio	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

**CEP:** 58.107-670

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

(83)2101-5545

**Fax:** (83)2101-5523

**E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

CAMPINA GRANDE, 01 de Agosto de 2018

---

**Assinado por:**

**Andréia Oliveira Barros Sousa  
(Coordenador)**

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

**CEP:** 58.107-670

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

(83)2101-5545

**Fax:** (83)2101-5523

**E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

## 8. REFERÊNCIAS:

ARROYO, Cristiane Sonia. **Qualidade de serviços de assistência à saúde: o tempo de atendimento da consulta médica**. 2007. 129 p. Tese (Doutor em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/CSArroyo.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

BRAGA, Eliana Mara; SILVA, Maria Júlia Paes da. Competent communication: a view of nurse experts in communication. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 410-414, Dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jul. 2018.

BRASIL. Código de Ética Médica (1957). **Código de ética médica**. Conselho Federal de Medicina. Brasília: [s.n.], p. 35, 2010. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 9, n. 1, p.139-146, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2004.v9n1/139-146/pt>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

CRUZETA, Alana Patrício Stols et al. Fatores associados à compreensão da prescrição médica no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 12, p.3731-3737, dez. 2013. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013002000029&lang=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013002000029&lang=pt)>. Acesso em: 05 maio 2018.

DAMASCENO, Marta Maria Coelho et al. A comunicação terapêutica entre profissionais e pacientes na atenção em diabetes mellitus. **Revista latino-americana de enfermagem** , [S.l.], v. 20, n. 4, p. 1-8, jul. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_08.pdf)>. Acesso em: 23 abr. 2018.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 abr. 2018.

LIMA, Marina Guimarães et al . Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 23s, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000300316&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300316&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 abr. 2018.

MARCO, Mário Alfredo de. Entrevista médica e história clínica. In: BRASIL, Marco Antônio Alves et al. **Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica**. 01. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

MEDEIROS, José Givaldo Melquiades de; ALMEIDA, Mireille Coêlho de; RIBEIRO, Priscila Cavalcanti. A Relação Estudante-Paciente. In: BRASIL, Marco Antônio Alves et al. **Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica**. 01. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

MENEZES, Ana Paula Simões; DOMINGUES, Marlos Rodrigues; BAISCH, Ana Luiza M.. Compreensão das prescrições pediátricas de antimicrobianos em Unidades de Saúde em um município do sul do Brasil. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 478-489, Setemb. 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2009000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jul. 2018.

NOGUEIRA, Alexandre Barbosa; OLIVEIRA, Carlos Francisco Almeida de; REGO, Samuel Robson Moreira. Fontes teóricas da Psicologia Médica. In: BRASIL, Marco Antônio Alves et al. **Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica**. 01. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

OLIVEIRA, Viviane Ziebell de; GOMES, William B.. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estudos de psicologia (Natal)**, Natal, v. 9, n. 3, p. 459-469, Dez. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2004000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000300008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 abr. 2018.

PEIXOTO, José Maria; RIBEIRO, Maria Mônica Freitas; AMARAL, Carlos Faria Santos. Atitude do estudante de medicina a respeito da relação médico-paciente x modelo pedagógico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 229-236, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n2/12.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

SANO, Priscilla Y. et al. Avaliação do nível de compreensão da prescrição pediátrica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 2, p. 140-145, jan. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v78n2/v78n2a13.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

SANTOS, Vania dos; NITRINI, Sandra M Ottati Oliveira. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 819-834, Dez. 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000600010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 abr. 2018.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 04. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002. 136 p.

SOAR FILHO, E.J.. A interação médico-cliente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 35-42, Mar. 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42301998000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 abr. 2018.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 599-613, abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v10n3/a17v10n3.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

World Health Organization (WHO). How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators. Genebra: WHO; 1993.