






Os impactos da comunicação inadequada na relação médico-paciente

The impacts of inadequate communication on the physician-patient relation

Maria Luiza Rodrigues Defante¹  mluizadefante@gmail.com
Sarah Oliveira Nunes Monteiro¹  sarahonmonteiro@outlook.com
Caio de Oliveira da Silva¹  caio123nk@gmail.com
Letícia Ronchi dos Santos¹  lrchisantos2@gmail.com
Rozileia Silva Leonardo¹  rozileia.leonardo@uniredentor.edu.br

RESUMO

Introdução: Como um componente substancial na relação médico-paciente, a comunicação pode ser determinante na construção da hipótese diagnóstica e na adesão ao tratamento por parte do paciente, e, por isso, há a necessidade de compreender os fatores que influenciam no processo comunicativo e descrever a efetividade dele.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo avaliar os impactos da comunicação inadequada na relação médico-paciente.

Método: Vinte e três pacientes voluntários com a maioria atingida preencheram questionários de informações socioeconômicas, uso da linguagem e impressões da consulta médica. O médico preencheu um questionário sobre a experiência da consulta.

Resultado: Os resultados indicaram que os pacientes apresentaram alguma dificuldade em comunicar ao médico o que sentiam, e, de modo complementar, os médicos, em 20% dos casos, tiveram algum grau de dificuldade de chegar à hipótese diagnóstica a partir do relato do paciente, o que se relaciona com a linguagem pouco descritiva utilizada pela maior parte dos pacientes.

Conclusão: Dada a necessidade da qualidade da comunicação entre o médico e o paciente, conhecer os fatores que impactam o processo comunicativo é o primeiro passo para a garantia de um atendimento eficaz com autonomia do paciente e maior adesão ao plano terapêutico.

Palavras-chave: Relação Médico-Paciente; Barreiras de Comunicação; Educação Médica.

ABSTRACT

Introduction: As a substantial component of the doctor-patient relationship, communication can be crucial in the construction of a diagnostic hypothesis and patient adherence to treatment. It is therefore necessary to understand the factors that influence the communicative process and describe the effectiveness of the communication.

Objective: The aim of this study is to evaluate the impacts of inadequate communication in the doctor-patient relationship.

Method: Twenty-three voluntary patients of legal age completed questionnaires on socioeconomic information, language use, and impressions of the medical consultation. The doctor filled out a questionnaire regarding their experience of the consultation.

Result: The results indicated that patients experienced some difficulty in communicating their feelings to the doctor, and furthermore, in 20% of cases, doctors encountered some degree of difficulty in reaching a diagnostic hypothesis based on the patient's report, which is related to the predominantly non-descriptive language used by most patients.

Conclusion: Given the need for high quality communication between the doctor and the patient, understanding the factors that impact the communicative process is the first step towards ensuring effective care with patient autonomy and improved adherence to the treatment plan.

Keywords: Doctor-Physician Relationships; Communication Barriers; Medical Education.

¹ Centro Universitário Redentor, Itaperuna, Rio de Janeiro, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.
Editor associado: Jorge Guedes.

Recebido em 08/06/23; Aceito em 10/10/23.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

A linguagem, como produto condicionado pelo contexto social e pelas experiências do indivíduo, possui um valor inerente, que é permitir que dois falantes do mesmo código se entendam e que, assim, o processo comunicativo seja estabelecido e continuado. Além disso, a linguagem age como um instrumento de valorização social, já que ela exerce diferentes formas de poder durante o processo comunicativo, o que induz uma caracterização do indivíduo com base nas suas formas de expressão¹.

No processo comunicativo, a compreensão e a não compreensão são inerentes à enunciação². A primeira pressupõe um processo gradual de interação e diálogo entre os sujeitos enunciadore, que, pela ação da linguagem, no momento do diálogo recorrem às experiências vividas, criando e recriando possibilidades de atribuir significados e sentidos ao contexto comunicativo no qual estão inseridos.

Diante dessa perspectiva, a comunicação na relação médico-paciente, forma-se uma unidade na qual as características pessoais de ambos são muito importantes, uma vez que o encontro entre esses indivíduos é uma situação singular, pois decisões serão tomadas acerca da vida do atendido que, via de regra, encontra-se com algum desconforto físico ou psíquico³. A relação médico-paciente é marcada pela dissimilaridade entre as partes no tocante aos contextos social e psíquico. Dessa forma, a linguagem e a comunicação verticais e autoritárias criam uma relação de verticalidade entre as partes, o que possivelmente irá gerar um distanciamento entre eles⁴.

Analisando o contexto da consulta, compete ao clínico direcionar o encontro, pois ele dispõe de conhecimentos que o paciente geralmente não tem – e é tal característica que coloca o médico na condição de dirigente do encontro –, posição que deve assumir, compreendendo, encorajando e respeitando o paciente. Contudo, embora detentor dessas informações e instrumentalizado para dirigir o encontro, o médico não pode se furtar de compreender e respeitar aspectos culturais de seu paciente³. Já os pacientes podem se comportar de maneiras diversas, em função de seu temperamento, modo de viver, circunstâncias momentâneas e condições socioculturais, de modo que uma palavra pode deteriorar a relação entre o médico e o paciente e aumentar os padecimentos deste último³.

Quanto aos aspectos da relação médico-paciente que podem ser afetados negativamente pela comunicação não efetiva, destaca-se a autonomia, que consiste na participação e na decisão conjunta do plano terapêutico a ser adotado, o que, evidentemente, é um ponto prejudicado quando a comunicação não se estabelece de forma que as duas partes se entendam⁴. A beneficência também pode ser afetada nesse contexto, já que uma comunicação satisfatória proporciona um atendimento de

maior qualidade e eficácia, uma vez que aumenta as chances de adesão ao plano terapêutico, o que facilita a reversão do quadro clínico inicial do paciente, reforçando o princípio da não maleficência⁵.

Em um estudo observacional transversal desenvolvido por Wu et al.⁶, a relação médico-paciente foi analisada sob aspectos de empatia e confiança. É destacado que uma relação médico-paciente positiva é caracterizada por comunicação efetiva, apoio emocional e envolvimento do paciente nas decisões de tratamento, bem como empatia por parte do médico. Esse cenário aumenta a confiança do paciente no médico e a satisfação geral, além de permitir que ambas as partes compreendam e compartilhem as dúvidas e inquietações do processo. Williamson et al.⁷ afirmam que é responsabilidade do médico e do paciente a construção e a manutenção da confiança por meio de uma comunicação aberta, empatia e respeito mútuo.

Por fim, cabe ressaltar o estudo de Ordóñez Plaja et al.⁸, que, além de concluir que a maioria dos pacientes participantes teve problemas de compreensão da fala do médico, atestou que as diferenças socioeconômicas entre o médico e paciente determinavam o grau de incompreensão, configurando diferentes ruídos comunicativos. É imprescindível analisar os possíveis impactos na relação médico-paciente, sob a perspectiva linguística, evidenciando as duas partes envolvidas nesse processo, para que haja uma maior compreensão acerca dessa temática.

Assim, entende-se que a linguagem, como um reflexo do somatório de experiências do indivíduo, pode ser um fator determinante na relação médico-paciente. O objetivo do estudo foi avaliar os impactos da comunicação inadequada na relação médico-paciente.

MÉTODO

A presente pesquisa é constituída por um estudo primário, acadêmico, descritivo, observacional, transversal, qualiquantitativo e de campo. Os locais de coleta de dados foram um centro de atendimento clínico e uma unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF). A dinâmica de coleta de dados consistiu na aplicação de um questionário, com o objetivo de realizar o levantamento de dados socioeconômicos. Esse questionário (Figura 1) foi aplicado após a consulta médica agendada. Para os pacientes analfabetos, o preenchimento foi intermediado por um membro da equipe do estudo.

Após o questionário socioeconômico, realizou-se uma entrevista estruturada para a percepção mais detalhada acerca da linguagem do paciente. Essa entrevista (Figura 2) é formada por proposições direcionadas e objetivas para a coleta de dados linguísticos relevantes para os parâmetros de observação.

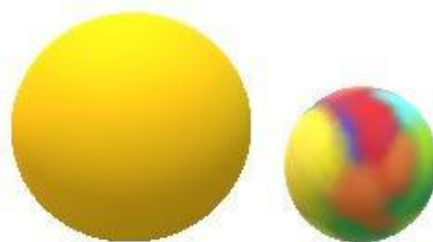
Figura 1. Questionário socioeconômico para o paciente.

| | |
|--|---|
| Informações pessoais | Presença de energia elétrica na residência: |
| Idade: | () Sim. |
| () Entre 18 e 30 anos. | () Não. |
| () Entre 31 e 60 anos. | Assinale todas as opções que se aplicam à condição de saneamento da sua residência: |
| () Acima de 60 anos. | () Possui água tratada. |
| Escolaridade: | () Possui encanamento adequado. |
| () Nunca frequentou instituições de ensino. | () Possui caixa d'água. |
| () Ensino fundamental incompleto. | () Possui coleta de lixo. |
| () Ensino fundamental completo. | |
| () Ensino médio incompleto. | Rendimentos |
| () Ensino médio completo. | Ocupação: |
| () Ensino superior. | () Desempregado. |
| Moradia | () Empregado sem carteira assinada. |
| Natureza da residência: | () Empregado com carteira assinada. |
| () Própria. | () Aposentado. |
| () Alugada. | Renda: |
| () Cedida. | () 1 salário mínimo. |
| Quantidade de cômodos da residência: | () Entre 1 e 2 salários mínimos. |
| () 1 ou 2. | () Acima de 2 e abaixo de 5 salários mínimos. |
| () 2 ou 3. | () Acima de 5 salários mínimos. |
| () 3 ou mais. | Possui transporte próprio? |
| Quantidade de moradores da residência: | () Sim. |
| () Entre 1 e 3. | () Não. |
| () Entre 4 e 6. | Se sim, marque as opções que se aplicam: |
| () 6 ou mais. | () Carro. |
| Material de construção da residência: | () Moto. |
| () Tijolo. | () Bicicleta. |
| () Madeira. | () Outro: _____. |
| () Outro: _____. | |

Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 2. Entrevista estruturada para o paciente.

1. Diferencie as bolas:



Fonte: Elaborada pelos autores.

2. Descreva as imagens:



Fonte: Pimenta¹³.



Fonte: Castanharo¹⁴.

3. Soletre “atendimento”.

4. Estamos em qual semestre do ano? Primeiro ou segundo?

Fonte: Elaborada pelos autores.

A entrevista envolveu, entre outros aspectos, a caracterização de objetos semelhantes e a descrição de imagens.

Por fim, o paciente e o médico preencheram

questionários específicos com o objetivo de coletar dados referentes à experiência do atendimento, sendo um formulário para o paciente (Figura 3) e outro para o médico (Figura 4).

Figura 3. Questionário sobre a consulta para o paciente.

1. A linguagem usada pelo médico foi clara e de fácil entendimento?

() Sim.

() Não.

() Parcialmente.

2. Teve dificuldade para expressar com clareza tudo o que você pretendia para o médico?

() Sim.

() Não.

() Parcialmente.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 4. Questionário sobre a consulta para o médico.

1. A linguagem usada pelo paciente foi clara e de fácil entendimento?

() Sim.

() Não.

() Parcialmente.

2. Teve dificuldade para levantar a hipótese diagnóstica a partir do relato do paciente?

() Sim.

() Não.

() Parcialmente.

Fonte: Elaborada pelos autores.

População

Como critérios de inclusão, participaram pacientes de ambos os sexos, acima de 18 anos, não surdos, não mudos, não cegos, falantes da língua portuguesa, alfabetizados ou não e capazes de se comunicar sem auxílio de terceiros. Destaca-se, ainda, a aleatorização da amostra, uma vez que não houve seleção prévia dos participantes, já que, além dos parâmetros supracitados, foi necessário apenas que o indivíduo estivesse no local e no horário em que o estudo estava em andamento. Para os médicos participantes, o único critério de inclusão na pesquisa foi atender no local e no horário do estudo. Excluíram-

se as pessoas que não atenderam aos critérios de inclusão e que não aceitaram participar da pesquisa.

Variáveis

Coletaram-se as seguintes variáveis dos pacientes: idade, gênero, escolaridade, condições da residência, ocupação, renda e posse de transporte individual. Também foram apurados dados referentes ao uso de adjetivos, à estruturação de frases e às concordâncias verbal e nominal. Por fim, obteve-se a informação a respeito da linguagem usada pelo médico e da facilidade de expressar os próprios sintomas.

Quanto aos médicos, coletaram-se as seguintes variáveis: se a linguagem usada pelo paciente foi clara e de fácil entendimento, e, a partir disso, se houve dificuldade para levantar a hipótese diagnóstica.

Processamento e análise estatística dos dados

Os questionários e a entrevista estruturada foram preenchidos diretamente no Google Forms. Organizaram-se os dados coletados em gráficos e tabelas para a análise estatística.

Aspectos éticos

Antes da aplicação dos questionários e da entrevista, solicitou-se o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, evidenciando o anonimato, uma vez que não foram coletados nem registrados os nomes dos pacientes. Cabe ressaltar que não se solicitou aos participantes nenhuma informação adicional, os quais foram identificados por números, apenas por questões organizacionais. Para garantir que não houvesse dano aos participantes voluntários do estudo, houve a submissão da pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Redentor, com posterior aprovação: Parecer nº 5.972.057.

Proposta de extensão

Após análise dos problemas comunicativos e da mensuração do entendimento entre as partes, elaboraram-se dois vídeos de cunho educativo: um direcionado aos médicos e outro à população em geral. Essa estratégia de intervenção foi pensada com o intuito de sugerir a adoção de posturas e comportamentos que podem proporcionar uma comunicação mais efetiva na relação médico-paciente, elevando a satisfação e a resolutividade do encontro do paciente com o médico. O QR code do vídeo foi gerado e afixado nos locais de coleta de dados.

RESULTADOS

Houve a coleta de dados de 23 pacientes, sendo 13 de uma clínica de atendimento especializado e dez de uma unidade de ESF. Quanto ao perfil socioeconômico geral dos voluntários da pesquisa, destaca-se a faixa etária prevalente de 31 a 60 anos (Gráfico 1), sendo o ensino fundamental incompleto o grau de escolaridade mais frequente (Gráfico 2). Cerca de 50% dos participantes estavam em condição de desemprego ou empregados sem carteira de trabalho assinada, e aproximadamente 60% recebiam até dois salários mínimos (gráficos 3 e 4).

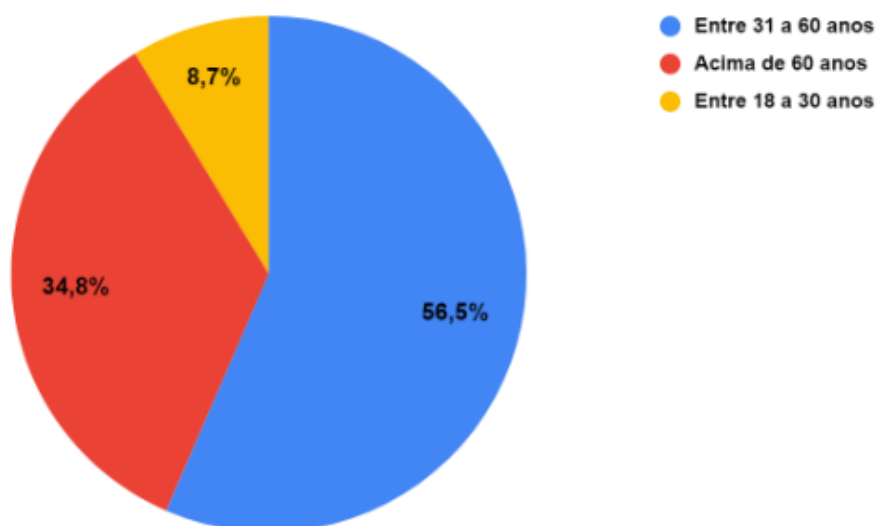
Na entrevista estruturada destinada aos pacientes, os dados evidenciaram que, para a diferenciação das bolas, 21% ressaltaram uma única divergência, sendo ela cor ou tamanho, já os demais abordaram as duas características. Além disso, um dos participantes usou caracterização de semelhança: "Parece um sol".

Para avaliar a descrição, as respostas obtidas por meio da primeira imagem mostraram que nove pessoas não definiram o local em que a idosa apresentava dor (coluna/costas). Nas respostas da segunda imagem, 12 pessoas não definiram a região da dor (nuca/pescoço). Houve incidência de expressões populares para a caracterização da primeira imagem, como "dor nas cadeiras" (uma pessoa).

Quanto à atividade que solicitava que o paciente soletrasse a palavra "atendimento", 12 soletraram corretamente, seis soletraram incorretamente, ou seja, sabiam o que era soletrar, porém cometeram erros, e cinco não soletraram. Em relação à resposta de qual era o semestre do ano, 91% responderam corretamente, e o restante ou não soube responder ou respondeu incorretamente.

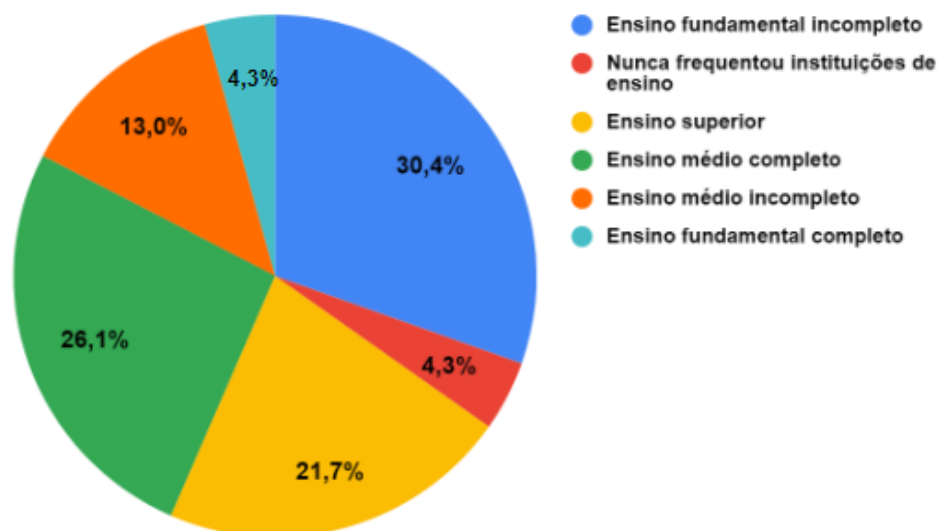
Dentro do escopo da consulta médica, os resultados demonstram que os pacientes, em 13% das vezes, tiveram

Gráfico 1. Faixa etária dos pacientes.



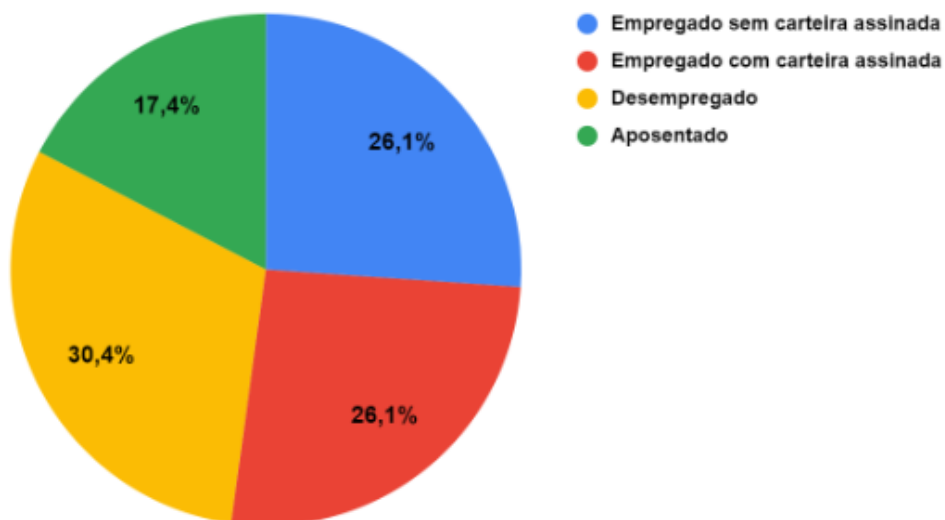
Fonte: Elaborado pelos autores.

Gráfico 2. Escolaridade dos pacientes.



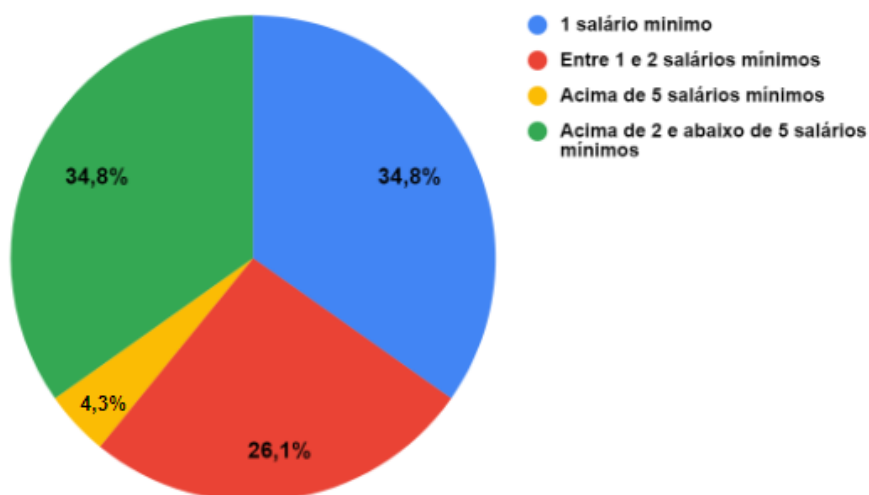
Fonte: Elaborado pelos autores.

Gráfico 3. Ocupação dos pacientes.



Fonte: Elaborado pelos autores.

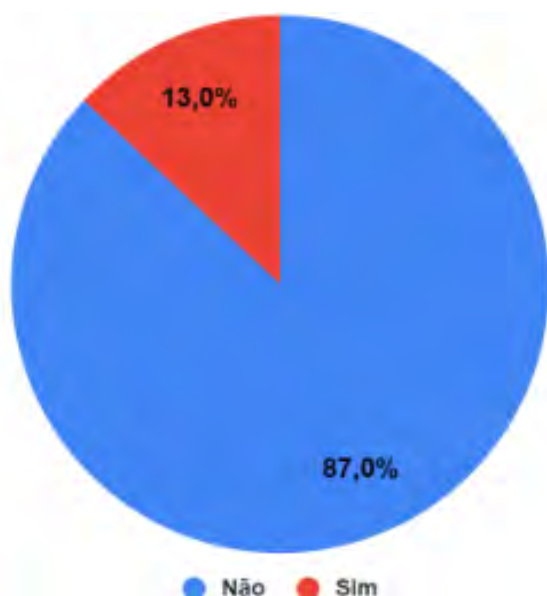
Gráfico 4. Renda dos pacientes



Fonte: Elaborado pelos autores.

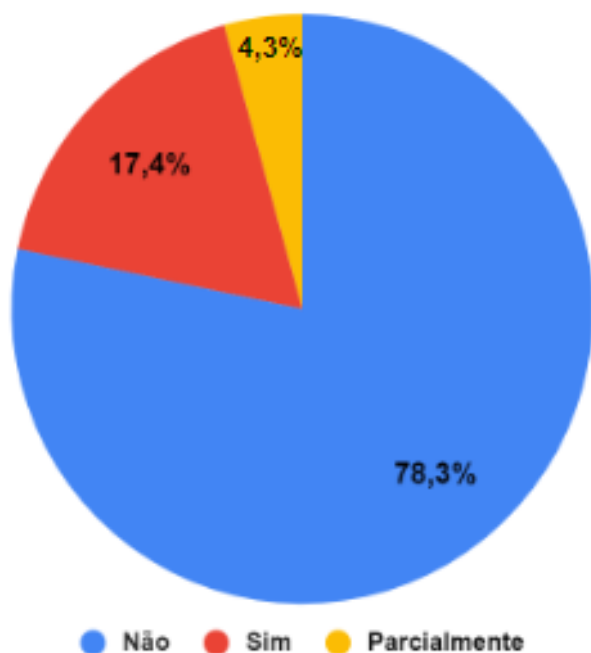
dificuldade de comunicar ao médico o que sentiam (Gráfico 5), e, de modo complementar, os médicos, em cerca de 21% dos casos, tiveram alguma dificuldade em chegar à hipótese diagnóstica a partir do relato do paciente (Gráfico 6).

Gráfico 5. Resposta do paciente a respeito da presença de dificuldade de expressar para o médico o que sentia.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Gráfico 6. Resposta do médico a respeito da presença de dificuldade de levantar a hipótese diagnóstica a partir do relato do paciente.



Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Um dos fatores que determinam a habilidade de expressão é a capacidade linguística do falante, que abrange o conhecimento de substantivos, verbos, adjetivos⁹. Isso significa que uma análise linguística que avalie a capacidade do paciente de usar adjetivos pode ser útil para determinar se a descrição dos sintomas incluídos na queixa principal foi precisa.

Os dados de linguagem coletados mostram uma linguagem pouco descritiva, o que pode ter relação com os casos em que o paciente relatou apresentar dificuldade de expressar o que sentia para o médico, fazendo com que 21% das vezes os médicos sentissem algum grau de dificuldade de entendimento do paciente baseado no relato durante a consulta (Gráfico 6).

Observou-se que os pacientes que tiveram, de acordo com a avaliação dos questionários, reciprocidade quanto a entender e ser entendido possuíam bastante motivação em aderir à terapêutica apresentada pelo médico, além de estarem satisfeitos por terem sido tratados sob um olhar individualizado. Isso foi possível quando a linguagem usada pelo profissional era de claro entendimento, proporcionando um ambiente de acolhimento e compreensão.

A apresentação da terapêutica e a abordagem, quando realizadas de forma clara, colocam em evidência a autonomia do paciente que, de posse das informações passadas pelo médico, consegue decidir sobre sua própria condição de saúde e o seguimento do tratamento.

A fim de que o presente estudo gerasse um retorno para a sociedade, foi elaborado um projeto de extensão, o qual consistiu na produção de dois vídeos curtos e interativos^{10,11}. Os QR codes dos vídeos foram afixados nos locais de coleta de dados.

O conteúdo dos vídeos abrange sugestões práticas, tanto para o médico quanto para o paciente, que melhoram a eficiência da consulta médica. Para o médico, as orientações são: “Certifique-se de que o paciente entenda o plano terapêutico”, “Priorize a clareza na sua fala” e “Deixe claro o objetivo da terapia escolhida”.

Já para o paciente, as recomendações são: “Leve por escrito os nomes dos medicamentos de uso contínuo ou a caixa para que o médico possa ver”, “Leve por escrito as alergias medicamentosas”, “Detalhe a queixa para que facilite o médico a chegar ao diagnóstico”, “Aproveite para tirar todas as suas dúvidas” e “Seja sincero ao responder às perguntas do médico”.

A escolha dessa ferramenta se baseia no fato de esse meio audiovisual ser um recurso que possibilita a síntese entre imagem e som, gerando as mais diversas sensações. Além disso, é uma forma de expressão que pode gerar no espectador elementos de motivação para novas situações, como um espectador crítico¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma comunicação satisfatória entre o médico e o paciente proporciona um atendimento de maior qualidade e eficácia por, principalmente, duas vias. A primeira é que as chances de adesão ao plano terapêutico aumentam quando ambas as partes se entendem, o que facilita a reversão do quadro clínico inicial do paciente, reforçando o princípio da não maleficência e o princípio da autonomia do paciente. A segunda via pela qual o atendimento ganha qualidade e eficácia é pela coleta adequada e relevante de informações, o que direciona a consulta para uma hipótese diagnóstica mais assertiva e uma conduta terapêutica mais adequada à queixa principal apresentada pelo paciente.

Assim, entende-se que a linguagem, como um reflexo do somatório de experiências do indivíduo, é um fator determinante na relação médico-paciente, influenciando de forma direta o entendimento entre as partes e de forma indireta a condição de saúde e a recuperação do paciente. Logo, a linguagem deve ser um instrumento de aproximação e não de afastamento entre o médico e o paciente no planejamento terapêutico. Entender os fatores que impactam a comunicação dentro da relação médico-paciente é adquirir ferramentas para agir no sentido de proporcionar uma assistência em saúde de qualidade não só técnica, mas, acima de tudo, humana.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Maria Luiza Rodrigues Defante concebeu o estudo e participou da coleta e análise dos dados, e da redação do manuscrito. Sarah Oliveira Nunes Monteiro participou da análise dos dados e da redação do manuscrito. Caio de Oliveira da Silva e Letícia Ronchi dos Santos participaram da coleta e análise dos dados, e da redação do manuscrito. Rozileia Silva Leonardo participou da coleta e análise dos dados, e revisou o manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Bourdieu P. A economia das trocas linguísticas: o que falar quer dizer. São Paulo: Edusp; 1996.
2. Hilgert JG. Os problemas de compreensão na fala na perspectiva da construção interativa da compreensão. In: Fanti M da G di, Barbisan LB. Enunciação e discurso: tramas de sentidos. São Paulo: Contexto; 2012. p. 77-94.
3. Porto CC. Semiologia médica. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
4. Lima FR. Poder ou assimetria na relação médico-paciente? Costurando o tema a partir de flutuações teóricas e aplicadas dentro dos estudos da comunicação e da linguagem. *Revista Virtual Lingu@ Nostr@*. 2018;6(2):18-37.
5. Silva HB. Beneficência e paternalismo médico. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010; 10(2):s419-s425.
6. Wu Q, Jin Z, Wang P. The relationship between the physician-patient relationship, physician empathy, and patient trust. *J Gen Intern Med*. 2022;37(6):1388-93.
7. Williamson LD, Thompson KM, Ledford CJW. Trust takes two... *J Am Board Fam Med*. 2022;35(6):1179-82.
8. Ordóñez Plaja A, Cohen LM, Samora J. La comunicación entre el médico y el paciente en las consultas externas. *Educ Méd Salud*. 1969; 3(3): 217-57.
9. Mineiro A. Visitando a linguagem enquanto capacidade cognitiva inscrita na evolução do homem. *Cadernos de Saúde*. 2017;9:5-14.
10. Defante MLR. Orientações para o médico: consulta médica [vídeo]. Itaperuna: Maria Defante; 2023 [acesso em 13 maio 2023]. Disponível em: <https://bit.ly/3pHFTfp>.
11. Defante MLR. Orientações para o paciente: consulta médica [vídeo]. Itaperuna: Maria Defante; 2023 [acesso em 13 maio 2023]. Disponível em: <https://bit.ly/3l7qOu6>.
12. Lima, A.A. O uso do vídeo como instrumento didático e educativo em sala de aula. Um estudo de caso do CEFET-RN. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. UFSC, Florianópolis, 2001.
13. Pimenta N. Desconstruindo a dor lombar crônica em idosos. *Lupmed*; 2016 [acesso em 10 nov 2021]. Disponível em: <https://bit.ly/32aXUHs>.
14. Castanharo R. Torcicolo: especialista dá dicas de como melhorar o incômodo no pescoço. *GE Globo*; 2018 [acesso em 10 nov 2021]. Disponível em: <https://bit.ly/3kNFYZY>.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.