

A LINGUAGEM NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UMA RELAÇÃO DIALÓGICA DE ATENÇÃO E CUIDADO

LANGUAGE IN THE DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION PROCESS IN PRIMARY HEALTH CARE: A DIALOGICAL RELATIONSHIP OF ATTENTION AND CARE

Juceli Morello Lovatto

Mestre em Comunicação Social pela UMESP, São Bernardo do Campo, SP, Brasil. Professora da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó. – Chapecó, SC, Brasil.

Ana Rafaella de Padua Lima

Médica residente em Pediatria na Associação Beneficente de Saúde do Noroeste do Paraná (Norospar), Umuarama, PR, Brasil.

Correspondência:

Juceli Morello Lovatto

Avenida Nereu Ramos, 809E, ap. 702

CEP 89801-021

Chapecó, SC, Brasil

juceli@unochapeco.edu.br

Objetivo: Este estudo tem como objetivo analisar a percepção de pacientes atendidos na atenção básica em relação à comunicação em consultas com médicos, considerando a linguagem verbal e não-verbal como um processo dialógico. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, analítico, de modelo transversal e abordagem mista. Analisou-se o conjunto de dados obtidos por meio de entrevistas com pacientes usuários de unidades básicas de saúde do município de Chapecó/SC, mediante aplicação de Questionário Comportamento Comunicativo do Médico (QCCM). Para responder, o paciente recordou a comunicação verbal e não-verbal nas consultas que acabaram de ter em relação às dimensões do QCCM (desafio, encorajamento, elogio, apoio não verbal, compreensão, relação amigável e controle). Entrevistas abertas abordaram perguntas sobre as interações que o paciente teve com seu/sua médico(a) nas consultas. **Resultados:** Diferentes percepções foram observadas, alguns pacientes acharam que para se ter um bom atendimento e uma boa relação médico-paciente, o médico deve pedir exames, outros acharam que fazer um exame físico, conversar e investigar é o ideal. Houve mais respostas de que sempre ocorreu encorajamento, apoio não verbal e controle entre os homens e participantes de idade maior, porém, na análise por escolaridade, esta correlação foi inversa. **Conclusão:** Este estudo evidenciou que a percepção dos pacientes em relação à comunicação dos médicos nos atendimentos em consultas na atenção básica foi positiva, tanto por meio de palavras, quanto de gestos, olhares, cuidado e compreensão.

Palavras-chave: Relação Médico-Paciente; Humanização; Linguagem Médica; Atenção à Saúde.

Abstract

Objective: This study aims to analyze the perception of patients seen in primary care regarding communication in appointments with physicians, considering verbal and non-verbal language as a dialogic process. **Methods:** This is an observational, analytical, cross-sectional study with a mixed approach. The set of data obtained through interviews with patients using basic health units in the city of Chapecó/SC was analyzed, through the application of the Physician's Communicative Behavior Questionnaire (QCCM). To respond, the patient recalled the verbal and non-verbal communication in the consultations they had just had in relation to the dimensions of the QCCM (challenge, encouragement, praise, non-verbal support, understanding, friendly relationship and control). Open-ended interviews addressed questions about the interactions the patient had with her/his physician at the appointments. **Results:** Different perceptions were observed, some patients thought that in order to have good care and a good doctor-patient relationship, the doctor should order tests, others thought that doing a physical examination, talking and investigating is ideal. There were more responses that there was always encouragement, non-verbal support and control among men and older participants, however, in the analysis by education, this correlation was inverse. **Conclusion:** This study showed that the patients' perception of the physicians' communication in primary care consultations was positive, both through words, gestures, looks, care and understanding.

Key words: Physician-Patient Relations; Humanization of Assistance; Medical Language; Health Care

Introdução

A comunicação é uma habilidade inerente à natureza humana, presente desde uma idade precoce e observada em diversas culturas ao redor do mundo. Além da comunicação verbal, existem várias formas de expressão não verbal, como sorrisos, gestos, atitudes, mímica, postura, contato visual e expressões faciais, que muitas vezes possuem um impacto significativo e podem transmitir mensagens mais poderosas do que um extenso discurso verbal¹.

Para Mickhail Bakhtin, o filósofo do diálogo ou da interação, a linguagem não é um sistema acabado, mas um contínuo processo de vir a ser². A realidade da fala-linguagem é o evento social da interação verbal, nomeando de “tato” ao conjunto de códigos que governam a interação verbal. Sendo a palavra o produto da relação recíproca entre sujeito falante e receptor³, na área da saúde, é fundamental saber lidar com as pessoas de forma apropriada. A tarefa do profissional de saúde é decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia. Cabe ao médico usufruir dos avanços técnicos sem esquecer que o paciente continua humano, fragilizado no momento da doença e deseja o diálogo, a escuta e a proteção do médico. Reverter o processo de mecanização da medicina é entender que a solidariedade de quem escuta é essencial a todo ser humano⁴.

Não há como negar que, com o avanço tecnológico, houve um extenso desenvolvimento na área médica, causando forte impacto e profundas mudanças na relação médico-paciente, modificando-a e, muitas vezes, trazendo dificuldades aos dois lados desse relacionamento⁵. A acessibilidade aos veículos de massa que popularizaram as alvissaras científicas, progresso e contribuições importantes para a saúde, trouxe, no bojo das inovações, o arcabouço do que antes era restrito a um número limitado de estudiosos, mas agora acessível a toda a ordem de leitores e à mercê de divulgações, também de toda a ordem⁶. Nova realidade estabelecida, novas relações são demandadas e, no centro das interações, a linguagem que sintetiza o processo dialógico, carrega a responsabilidade do dizer e do sentir.

Pensar a linguagem médica, neste íterim, pauta-se por delimitar uma área no universo ilimitado possível. Em constatações de Lucchese e Ledur², o segredo do médico moderno é a capacidade de saber falar a linguagem do paciente. A comunicação mudou não só entre as pessoas, mas também entre profissionais e clientes. Da mesma forma, considera-se que a valorização do processo de comunicação em situações de terminalidade é evidenciada como fundamental para os cuidados de fim de vida e para a satisfação familiar, onde os participantes enfatizaram a importância da comunicação ser empática, aberta, franca, respeitosa e efetiva⁷. Esta nova ordem pautada por

profissionais da área de Saúde e da comunicação assegura a necessidade de romper com a linguagem hermética, compreensível apenas entre pares, para ser acessível também entre os sujeitos envolvidos em uma situação real de corpo ou de espírito⁸.

O objetivo deste estudo foi analisar a percepção de pacientes diante da comunicação de profissionais de saúde em atendimentos em unidades básicas de saúde, em relação a aspectos extralinguísticos da interação médico-paciente.

2 MÉTODOS

Este estudo tem modelo observacional analítico, com delineamento transversal e abordagem mista. Foi analisado o conjunto de dados obtidos por meio de entrevistas diretas com pacientes que utilizaram o Sistema Único de Saúde do município de Chapecó/Santa Catarina (SC), mediante aplicação de Questionário Comportamento Comunicativo do Médico (QCCM), Versão do Paciente⁹. A amostra do estudo foi composta por pacientes usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Chapecó (SC): UBS Sul, UBS Seminário, UBS São Pedro, UBS Santa Maria, UBS SAIC, UBS Cristo Rei e UBS Bela Vista. Com o tamanho populacional de 67.024, para um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 10%, o tamanho da amostra é de 98 casos, nos meses de outubro e novembro de 2019.

A coleta de dados foi realizada após assinatura pelos representantes administrativos das unidades de uma Carta de Anuência, que permitiu a realização da pesquisa e o acesso aos pacientes. Foram incluídas pessoas que se dispuseram a participar da entrevista e concordaram com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar do estudo, maiores de 18 anos, que tinham consultado na Unidade Básica de Saúde no dia das entrevistas. Foram excluídos pacientes que não tinham realizado consultas no dia da entrevista, pacientes que possuíam diagnóstico de distúrbio neurológico ou que não concordaram em responder ao questionário.

A entrevista abordou perguntas sobre as interações que o paciente teve com seu/sua médico(a) nas consultas. Para responder, o paciente teve que pensar na consulta que acabara de realizar e como foi o comportamento comunicativo do médico em relação ao desafio, encorajamento e elogio, apoio não verbal, compreensão, relação amigável e controle. Por isso, não há respostas “certas” ou “erradas”, somente a opinião do paciente. Para cada pergunta, o paciente teve que escolher uma única alternativa de resposta em relação a frequência, em escala Likert, em que (1) representou é “nunca”; (2) “raramente”; (3) “às vezes”; (4) “algumas vezes” e (5) “sempre”, conforme orientação de estudo anterior, em que foi publicada a metodologia referente à elaboração

e validação do QCCM para avaliação da percepção de pacientes diante do comportamento comunicativo do médico⁹, além de uma questão aberta em que o paciente foi convidado a relatar a experiência do atendimento, mediante aplicação do formulário QCCM. Os dados coletados nas entrevistas foram organizados em uma planilha, para posterior análise com o auxílio dos *softwares* Excel 365 e *Statistical Package for the Social Sciences*® (IBM-SPSS) versão 22.0. Inicialmente, foram geradas estatísticas descritivas das respostas de todos os itens do questionário QCCM, como frequências, médias e desvios-padrão, apresentadas em tabelas e gráficos.

Para verificar se havia diferença significativa entre as respostas referentes às percepções dos pacientes com relação às variáveis do questionário, por gênero, foi realizado os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para avaliar se existia diferença estatisticamente significativa entre as médias das variáveis principais por faixa etária dos pacientes e por nível de escolaridade. Para todos os testes estatísticos foi utilizado o nível de significância de 5%. Quando as estimativas foram intervalares, foi adotado intervalo de confiança de 95%.

Resultados e Discussão

Análise estatística descritiva

Foram entrevistados 98 pacientes que utilizaram Unidades Básicas de Saúde do município de Chapecó (SC): UBS Sul, UBS Seminário, UBS São Pedro, UBS Santa Maria, UBS Saic, UBS Cristo Rei e UBS Bela Vista. Observou-se que 75,5% foram pessoas do gênero feminino. Os pacientes da amostra tinham entre 18 e 84 anos e média de idade de 50 anos. Com relação à escolaridade, observou-se que cerca de 30% da amostra tinham até as séries iniciais de escolaridade, configurando um quadro que aponta que as mulheres da amostra foram mais preocupadas com a saúde, enquanto pacientes mais jovens apresentaram menos comorbidades, o que representou um achado esperado¹⁰.

A amostra estudada apresentou o que pode ser considerada uma atitude tradicional em relação ao comportamento na comunicação médico-paciente, que é considerado convencional ou enraizado na tradição ao longo do tempo, ou seja, uma postura mais distante e hierárquica por parte do médico, em contraste com abordagens mais centradas no paciente e colaborativas, que emergiram na prática contemporânea da medicina. Os processos de comunicação são essenciais no estabelecimento da conduta, em especial ao se considerar que, normalmente, quando chega à frente do médico, o doente se encontra em um estado emocional regressivo¹¹. Sendo assim, a confiança no

médico e o sucesso da terapêutica dependem de uma boa comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, incluindo-se a comunicação não verbal do médico^{11,12}.

Em relação à estatística descritiva das variáveis em estudo, foram divididas pelos tópicos do questionário, em que todos os itens das dimensões de Desafio, Encorajamento e Elogio, Apoio Não Verbal, Compreensão e Relação Amigável e Controle do QCCM foram respondidas com a alternativa “sempre” pelos participantes, variando pouco entre eles quanto à escolha de outras opções de resposta. Estes dados corroboram os achados do estudo realizado na unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro-RJ, em que o indicador referente às dimensões Relação e Comunicação foi o que mais se destacou positivamente em comparação aos outros indicadores. Dentre as perguntas que o compõem, a que obteve a maior frequência de resposta “muito bom”, foi em relação ao interesse do profissional sobre o usuário, seguida da variável relativa ao sentir-se à vontade com o médico. Ambas as questões são consideradas fundamentais para o estabelecimento de boa relação usuário e profissional no momento da atenção à saúde¹³.

Na percepção dos entrevistados, a relação médico-paciente é embasada na confiança, empatia e respeito, sendo observada pelas respostas, que a prevalência da escolha da alternativa “sempre ocorre” durante as consultas, indicando a melhor resposta positiva entre as possibilidades da escala Likert. Essas respostas são reflexo da conduta médica adequada e adaptada a cada situação e realidade nas consultas. Isso significa que os médicos parecem estar em sintonia, usando a mesma linguagem, compreendendo e sendo compreendidos qualificando a profissão em prol daqueles que dela precisam.

A questão em aberto, sobre a pessoa relatar subjetivamente como foi o atendimento, tornou-se um ponto fundamental desta pesquisa, pois foi possível perceber o sentimento de empatia, carinho e respeito mútuo presentes na relação médico-paciente durante as consultas, como sugerem as seguintes respostas:

“Hoje ela me deu os parabéns e me elogiou, porque tive alta do CAPS.” (F, 58 anos, ensino fundamental)

“Eu sinto ela como uma médica e uma amiga! Ela me ouve!” (F, 62 anos, ensino fundamental)

“Ele foi bem atencioso! Compreendeu as minhas necessidades neste momento e vai continuar me acompanhando.” (F, 35 anos, superior completo).

Esta última citação de relato foi de uma paciente jovem e com nível de formação superior, que teve em sua consulta, segundo as respostas ao QCCM, as respostas “sempre” aos itens atenção, compreensão, relação amigável e encorajamento, o que sugere que a linguagem foi efetiva e dinâmica, tendo um desfecho positivo como consequência desta relação.

3.2 Análise estatística quanto ao gênero

Nos testes estatísticos comparando as respostas quanto ao gênero, por meio do teste de Kruskal-Wallis, apenas três variáveis (itens do QCCM) apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Houve diferenças estatísticas em relação à variável \neq Encorajamento e Elogio - “O seu médico pede opiniões durante as consultas?” ($p=0,014$), ao quesito Apoio Não Verbal - “Sem falar, o seu médico demonstra pela expressão facial que lhe apoia?” ($p=0,029$) e ao item Controle - “O seu médico deixa você dar opinião sobre a forma de tratamento que irá adotar?” ($p=0,043$). Nas três questões observaram-se medianas mais altas no gênero masculino. Esta diferença em relação à percepção da comunicação pode estar relacionada às características pertinentes ao gênero¹⁴, observada durante as entrevistas, nas quais houve maior negação de homens em aceitar participar da pesquisa, possivelmente pela característica de serem, em geral, mais objetivos e diretos, saindo das consultas com pressa, ou por terem apresentado um motivo para não participar.

Tais percepções podem ser notadas por meio dos seguintes relatos:

“Relação de família, muito querida! Se preocupa com o paciente.” (M, 59 anos, ensino fundamental)

“Eu acho que poderia ter sido melhor! Ficou só na conversa, não me examinou e nem pediu exames.” (F, 48 anos, ensino médio completo)

Neste \neq último relato, observa-se que a percepção foi aparentemente insatisfatória, indicando que a comunicação não ocorreu de uma forma efetiva, ou por fatores relacionados ao paciente ou ao próprio profissional, talvez pela não solicitação de exames que não seria, realmente necessários, porém para o paciente, era isso que ele precisava e o diálogo não foi o suficiente para compreensão do seu problema, resultando em sensação de frustração.

Análise estatística quanto à idade

Nos testes estatísticos aplicados em função da variável idade, evidenciou-se uma variação significativa entre as faixas etárias. Na dimensão Encorajamento e Elogio - “O seu médico pede opiniões durante as consultas?” (Figura 1), as médias - de 31 a 50 anos foi a menor, com médias crescentes conforme a idade a partir de 51 anos ($p=0,036$) e “Ele adapta o tratamento a sua

rotina/realidade?” ($p=0,036$) (Figura 2) houve um crescimento das médias conforme avança a idade do paciente, aumentando a percepção de que o médico adapta o tratamento.

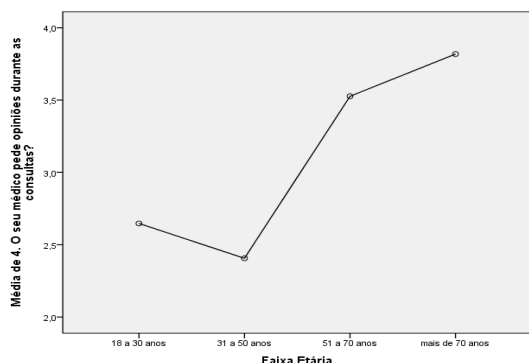


Figura 1 – Magnitude das médias referentes à aplicação do item 4 do questionário QCCM em função dos intervalos de idade

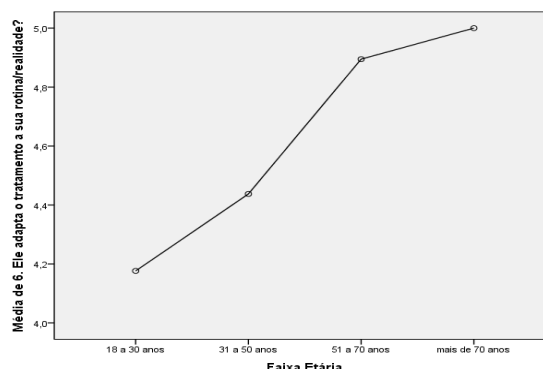


Figura 2 - Magnitude das médias referentes à aplicação do item 6 do questionário QCCM em função dos intervalos de idade

No item referente a Apoio Não-Verbal – a aplicação do teste revelou diferença estatisticamente significativa em relação à variável “Olha para você enquanto você está falando?” ($p=0,014$), com uma tendência de crescimento das pontuações médias neste item, ou seja, conforme avançou a idade dos pacientes, aumentou a pontuação referente à sua percepção de que os médicos olhavam para os pacientes enquanto eles estavam falando. Isso pode estar relacionado ao fato de que a idade do paciente está associada ao estilo da interação, que por sua vez está associado à satisfação do paciente, que tende a buscar nestes profissionais aquela pessoa amigável, que está ali para ouvi-los¹⁵.

Em relação ao item de Compreensão e Relação Amigável, a diferença no teste foi estatisticamente significativa nas respostas aos itens/variáveis “Ele explica novamente o que você não entendeu?” ($p=0,047$) e “Ele percebe quando você não entende?” ($p=0,041$); nestas duas últimas questões também houve crescimento das médias nestes itens conforme avança a idade do paciente. Reiterando o que foi citado anteriormente, pacientes idosos apresentam maior dificuldade de compreensão, por isso exigem mais atenção e dedicação. Nestes casos, é ~~sendo~~ de grande valia repetir novamente o que o paciente não entendeu, assim como perceber quando ele não entende e procurar usar uma linguagem que ele compreenda. Quanto ao item “E ele se preocupa com seus medos e suas ansiedades?” ($p=0,012$), os pacientes de 31 a 50 anos distinguiram-se significativamente, do ponto de vista estatístico, em relação aos pacientes das demais faixas etárias com pontuações mais baixas neste item do QCCM que as dos respondentes das demais faixas consideradas.

Neste estudo, portanto, foi possível observar diferenças estatisticamente significativas nas respostas conforme a idade, pois os entrevistados com mais idade obtiveram maiores médias em relação às variáveis do questionário, indo ao encontro dos resultados observados no estudo de Lobo et al., que pesquisaram a filmografia nacional e internacional, buscando filmes de longa-metragem que exibissem cenas em que a relação médico-paciente idoso fosse retratada de diferentes formas¹⁶. Os referidos autores identificaram nos dez filmes analisados expectativas referentes ao atendimento do paciente idoso, tanto na visão do paciente quanto na de seus familiares, evidenciando sentimentos e valores socioculturais presentes na inter-relação estabelecida durante o exercício profissional da medicina, o que foi sugerido pelos seguintes relatos dos participantes do presente estudo:

“Eu sentia que ela não queria me atender mais! Acho que é porque eu consultei muitas vezes.” (F, 51 anos, ensino fundamental)

“Médica super atenciosa, interessada, investiga a história.” (F, 74 anos, séries iniciais)

“Ele é carismático, atencioso, calmo e paciente! É muito amável! Ele procura te atender e te ajuda da melhor maneira, ele é um anjo!” (F, 66 anos, ensino fundamental)

Devido à melhor qualidade de vida, as pessoas estão se tornando mais longevas. O idoso hoje representa uma parcela significativa da população brasileira. Porém, esta fase, muitas vezes, vem acompanhada de carência afetiva, discriminação e preconceito em relação ao envelhecimento¹⁷. Diante desta realidade, segundo os respondentes, os médicos apresentaram condutas acolhedoras e amigáveis, o que contribui para uma melhor relação médico-paciente, da qual depende o sucesso do tratamento.

Análise estatística por escolaridade

Na análise estatística por escolaridade, apenas no quesito Compreensão e Relação Amigável observou-se diferença significativa do ponto de vista estatístico, pois as variáveis “Ele percebe quando você não entende?” ($p=0,030$), (Figura 3) e “Ele se preocupa com seus medos e suas ansiedades?” ($p=0,025$) diferiram quanto as alternativas escolhidas pelos respondentes (Figura 4). Como se observou em outras respostas mencionadas anteriormente, quanto menor foi o nível de escolaridade, maiores foram as médias.

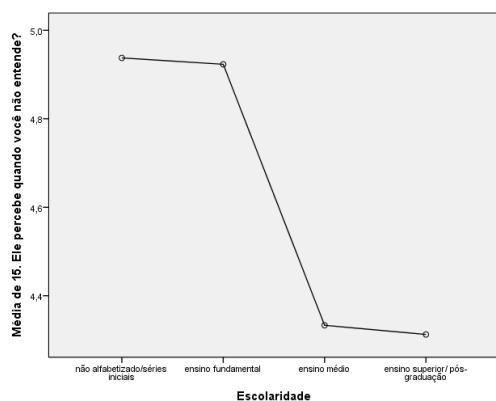


Figura 3 - Magnitude das médias referentes à aplicação do item 15 do questionário QCCM em função da escolaridade

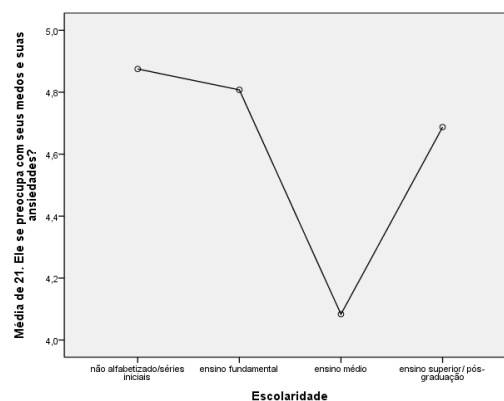


Figura 4 - Magnitude das médias referentes à aplicação do item 21 do questionário QCCM em função da escolaridade

O nível de escolaridade está diretamente associado ao conhecimento e também ao acesso às informações, principalmente pela internet, onde as pessoas têm livre acesso a assuntos da área da saúde e já chegam à consulta com uma opinião formada ou, então, cheios de dúvidas e apreensivos, esperando do médico, uma conversa clara e compreensiva.

Em um estudo realizado em Portugal, foi verificado que, mesmo com o desenvolvimento tecnológico e com o crescimento do número de informações, a relação médico-paciente não está em risco, pelo fato de que os pacientes continuam confiando mais no seu médico do que na internet e acreditam que os sistemas de informação dão suporte para a decisão do médico a respeito do seu diagnóstico e tratamento dos pacientes¹⁷. Na mesma direção, no estudo realizado por Cabral e Trevisol, envolvendo médicos professores de universidade do Sul do Brasil¹⁸, concluiu-se que os médicos consideram que a Internet contribui positivamente na relação médico-paciente em 57% dos casos.

O acesso à informação técnico-científica tem feito surgir um paciente contemporâneo que busca informações sobre sua doença, sintomas, medicamentos e tratamento. Diante de tal situação, um fato novo insurge, o do paciente que questiona, pergunta e, até, solicita procedimentos. Esta situação demanda, do profissional de saúde, além dos conhecimentos formativos, pode estar relacionada às circulações midiáticas¹⁹.

Alguns relatos das emoções vivenciadas pelos pacientes entrevistados, demonstrando satisfação com o atendimento, foram:

“Hoje foi melhor do que o último, foi bom! Porque investigou tudo.” (F, 41 anos, ensino médio)

“Eu não tenho o que reclamar, essa médica me explica o que eu não entendi e me orienta o que eu devo fazer.” (F, 56 anos, séries iniciais)

“Nota dez! Porque ela é muito querida, fora do consultório, ela pede como eu estou indo.” (F, 76 anos, séries iniciais)

Os relatos dos pacientes citados refletem uma experiência positiva e satisfatória com o atendimento médico. Eles expressam sentimentos de confiança e cuidado por parte dos profissionais de saúde, por receber explicações claras sobre sua condição de saúde e orientações sobre os próximos passos a serem tomados^{19,20}. Nessas citações, destaca-se a importância do vínculo humano e do relacionamento para além do ambiente do consultório, e o paciente sente-se valorizado pelo médico²¹. Esses relatos ilustram a relevância da relação médico-paciente baseada na comunicação efetiva, no respeito mútuo e no cuidado, capaz de impactar positivamente a experiência do paciente e promover uma maior satisfação com os serviços de saúde²².

Conclusões

Este estudo evidenciou que a percepção dos pacientes em relação à comunicação dos médicos nos atendimentos em consultas na atenção básica foi positiva, tanto por meio de palavras, quanto de gestos, olhares, cuidado e compreensão, fortalecendo o vínculo.

Diferentes percepções foram observadas segundo as respostas dos pacientes: alguns pacientes acharam que para se ter um bom atendimento e uma boa relação médico-paciente, o médico deve pedir exames, já outros consideraram que fazer exame físico, conversar e realizar uma escuta ativa é o ideal em uma consulta. No gênero masculino houve maior prevalência de respostas de que sempre ocorreu encorajamento, apoio não-verbal e controle. Na análise por faixa etária, a prevalência de que sempre ocorrem o encorajamento, o apoio não verbal e a compreensão e relação amigável é crescente a partir dos 50 anos. Na análise por escolaridade a prevalência da melhor resposta (sempre) foi inversamente proporcional, ou seja, quanto menor o nível de escolaridade, maior foi a prevalência de que sempre observaram compreensão e relação amigável nas consultas médicas na UBS.

Na perspectiva do encontro dialógico e do relacionamento médico-paciente, este estudo evidenciou que a percepção do paciente decorrente da comunicação no atendimento de profissionais médicos ocorreu nas consultas por meio das palavras, gestos, do olhar, confiança e da compreensão, fortalecendo este vínculo e, como consequência, os pacientes tendem a aderir à terapêutica e às orientações médicas propostas.

O processo dialógico na relação médico-paciente qualifica o atendimento e promove a humanização. O grau de satisfação do paciente está diretamente ligado às relações interpessoais e translinguísticas que envolvem a percepção de atenção e cuidado dispensados pelo médico.

Estudo aprovado no Edital n. 013 do Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina (UNIEDU).

Referências

1. Lucchese FA, Ledur PF. Comunicação médico-paciente um acordo de cooperação. Porto Alegre: Editora AGE; 2008.
2. Bakhtin M. Marxismo e filosofia da linguagem. 11th ed. São Paulo: Ed. Hucitec; 2004. p. 14.
3. Stam R. Bakhtin da teoria literária à cultura de massa. 1st ed. São Paulo: Ed. Ática; 2000. p. 32-33.
4. Grossemann S, Patrício ZM. A Relação Médico-Paciente e o Cuidado Humano: Subsídios para Promoção da Educação Médica. Rev Bras Educ Med. 2004;28(2):99–105. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v28.2-014>
5. Marques Filho J. Relacionamento médico-paciente. Rev Bras Reumatol. 2003;43(4):238-239.
6. Alberguini AC. A Ciência no Telejornalismo Brasileiro: A Compreensão das Matérias de CT&I pelo Público. In: Porto CM, Brotas AMP, Bortoliero ST, editors. Diálogos entre ciência e divulgação científica: leituras contemporâneas [online]. Salvador: EDUFBA; 2011.
7. Martins CP, Luzio CA. HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. Interface. 2017;21(60):13-22.
8. Serra LH, Alves Filho F. Os Estudos dos Gêneros Textuais e a Terminologia: A Realidade da Comunicação em uma Comunidade Discursiva. In: França G, Oliveira F, editors. Linguagem, Discurso e Cultura - Volume 3. 1st ed. Campinas, SP: Pontes Editores; 2022.
9. Croitor LMN. Percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico: Elaboração e validação de um novo instrumento de medida. [dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-8AGMA3/1/disserta__o_luciana_m_n_croitor_abr2010.pdf
10. Brito LO, Ambiel RAM, Pacanaro SV, Grisard E, Alves GAS, Rabelo ISA, et al. Relação das variáveis idade e escolaridade com desempenho escolar de estudantes de ensino fundamental. Aval Psicol [Internet]. 2012 Apr [cited 2023 Jun 29];11(1):83-93. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000100009&lng=pt
11. Lima RG, Rodrigues L. Estratificação social e credenciais educacionais: perspectivas clássicas e contemporâneas. In: Zuccarelli C, Honorato G, editors. Educação e

- sociedade: análises sociológicas. 1st ed. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação/UFRJ; 2022.
12. Menezes RA. *Difíceis decisões: Etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006.
 13. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(1):103-114.
 14. Escosteguy AC. Comunicação e Gênero no Brasil: discutindo a relação. *Revista Eco-Pós*. 2020;23(3):103–138. Disponível em: doi 10.29146/eco-pos.v23i3.27643.
 15. Peck BM. Age-related differences in doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2011;2011:137492. Disponível em: doi 10.1155/2011/137492.
 16. Lobo MO, Garcez FCM, Bezerra AJCB, Gomes L. Relação médico-paciente idoso no cinema: visões de atendimento. *Rev Bioét*. 2017;25(2):382-391.
 17. Bertolin G, Viecili M. Abandono Afetivo do Idoso: Reparação Civil ao Ato de (não) Amar? *Rev Eletr Inic Cient*. 2014;5(1):338-360.
 18. Nunes AM. O desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação: efeitos na relação médico-paciente em Portugal. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2018;12(2):148-159.
 19. Cabral RV, Trevisol FS. A influência da Internet na relação médico-paciente na percepção do médico. *Rev AMRIGS*. 2010;54(4):416-420.
 20. Castelhana LM, Wahba LL. O discurso médico sobre as emoções vivenciadas na interação com o paciente: contribuições para a prática clínica. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:1-16.
 21. Gabarra LM, Crepaldi MA. A comunicação médico-paciente pediátrico-família na perspectiva da criança. *Psicol Argum*. 2011;29(65):209-218.
 22. Silva MJP. *Comunicação tem remédio a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 4th ed. São Paulo: Edições Loyola; 2006.