



Faculdade de Letras e Ciências Sociais

Departamento de Arqueologia e Antropologia

Curso de Licenciatura em Antropologia

Trabalho de Fim do Curso

Regime Laboral

Dinâmicas de gestão de factores subjectivos na relação entre profissionais de saúde-pacientes no Hospital Geral de Chamanculo C.

Candidato: Orlando Quive

Supervisora: Prof.^a Dra. Sandra Manuel

Maputo, Março de 2021

Dinâmicas de gestão de factores subjectivos na relação entre profissionais de saúde-pacientes no Hospital Geral de Chamanculo C.

Estudo de caso feito no Bairro de Chamanculo "C" (Cidade de Maputo)

Autor

Orlando Júlio Quive

Orlando Júlio Quive

Trabalho de Culminação de Estudos apresentado na modalidade de projecto de pesquisa para obtenção do grau de licenciatura em Antropologia no Departamento de Arqueologia e Antropologia, Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane.

Aprovado em _____ de 2019 por:

O Supervisor

Sandra Mancho

O Presidente

Álvaro Bize

O Oponente

Severina

Maputo, Março de 2021

Declaração de Originalidade

Eu, Orlando Júlio Quive, estudante do curso de licenciatura em Antropologia na Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Departamento de Arqueologia e Antropologia, declaro por minha honra que este relatório de pesquisa é original. Que o mesmo é fruto da minha investigação estando indicadas ao longo do trabalho e nas referências as fontes de informação por mim utilizadas para a sua elaboração. Declaro ainda que o presente trabalho nunca foi apresentado anteriormente, na íntegra ou parcialmente para a obtenção de qualquer grau académico.

Orlando júlio Quive

Maputo, Março de 2021

Dedicatória

Este trabalho dedico aos meus pais e aos meus avôs. Dedico igualmente a toda a minha família.

Agradecimentos

Este trabalho só foi possível a sua realização graças ao apoio e intervenção de muitas pessoas a quem desde já expressei o meu maior e profundo agradecimento. Gostaria, em primeiro lugar, de agradecer à minha família, pois, agradeço pelo amor e apoio incondicional dedicado em todos os momentos da minha vida. Vocês simbolizam tudo o que a palavra família pode significar de melhor. Amo vocês! À minha namorada, que além de ser muito especial e importante, foi também incentivadora na elaboração deste trabalho, a pessoa que se dava tempo para atender os meus problemas. Você é especial. Muito obrigado por tudo, amo-te. Aos amigos, nada que eu escreva aqui será capaz de expressar a real importância nesta conquista. Vocês foram incentivadores, idealizadores, colaboradores, orientadores, professores, psicólogos. Sou muito grata e feliz por tê-lo ao meu lado. Muito obrigada por tudo. Que nossa história, que já dura anos, prolongue-se com muito amor e felicidade. Amo vos! À minha orientadora, Dra. Sandra Manuel, agradeço a oportunidade de compartilhar os momentos da elaboração deste trabalho.

Não me esquecendo de todos os professores do Departamento de Arqueologia e Antropologia, que também contribuíram muito para a minha formação lecionando-me e oferecendo ferramentas úteis que serviram de base para elaboração deste trabalho. Levarei para sempre na memória os ensinamentos passados, que vão muito além das aulas e orientações recebidas. O meu muito kxanimanbo.

Palavras abreviadas

PESS- Plano Estratégico do Sector de Saúde

SNS- Serviço Nacional de Saúde

USs- Unidades sanitárias

ONU- Organização das Nações Unidas

MISAU- Ministério da Saúde

Resumo

A partir de um estudo qualitativo, realizado no bairro de Chamanculo C, busca-se discutir a relação entre profissionais de saúde e pacientes e o processo da humanização no atendimento no hospital geral de Chamanculo “C” na cidade de Maputo. Este trabalho possibilita analisar e perceber as dinâmicas da relação profissionais de saúde- pacientes e sobre humanização no atendimento no hospital geral de Chamanculo “C”. O estudo permitiu perceber a existência, por um lado, o humanismo e harmonia no atendimento por parte dos profissionais de saúde aos pacientes no hospital de Chamanculo “C”. Os pacientes relatam a existência de médicos humanistas, simpáticos, que dá toda atenção que o paciente necessita. Por outro lado, percebe-se a existência de uma inter-relação entre alguns profissionais de saúde e paciente que ocorre num ambiente de autoritarismo e morosidade no atendimento, onde há uma relação profissional de saúde e paciente pouco interactiva, um médico autoritário que preste pouca atenção aos pacientes e agindo de uma forma arrogante.

O estudo possibilitou ainda identificar a existência de uma relação/ interação profissional de saúde- paciente no atendimento baseada no género. Onde destaca-se uma certa preferência por parte das pacientes jovens do sexo feminino para receberem assistência clínica pelos profissionais de saúde do sexo masculino, pelo facto destes profissionais de saúde serem simpático e acolhedor durante o atendimento clínico aos pacientes.

Nesse sentido, para análise e interpretação dos dados basei-me na perspectiva de Arthur Kleinman sobre os modelos explicativo e ou explanatório a luz dos conceitos “disease” (doença processo) e a “illness” (doença experiência). O trabalho decorreu em três fases: numa primeira fase foi revisão da literatura, de seguida a realização do trabalho de campo etnográfico e por último análise e interpretação dos dados recolhidos. Como técnicas foram adoptadas, as entrevistas semi-estruturadas e as conversas informais.

Palavras-chave: Relação profissional de saúde-Paciente; Humanização; Autoritarismo; Género.

Índice

Declaração de Originalidade.....	i
Dedicatória.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Palavras abreviadas.....	iv
Resumo.....	v
Capítulo I: Introdução.....	2
Capítulo II: Questões teóricas e metodológicas.....	4
2.1. Revisão da literatura.....	4
2.2 Enquadramento teórico.....	10
2.3.1. Método.....	12
2.3.2. Métodos de registo, tratamento e análise de dados.....	13
2.3.3. Constrangimentos.....	14
2.4. Perfil dos informantes.....	16
Capítulo III: Humanismo, Autoritarismo e o despacho no atendimento.....	17
3.1. Breve descrição do local de pesquisa.....	17
3.2. A relação entre os profissionais de saúde com os pacientes: humanismo no atendimento.....	18
3.3. Relação entre profissionais de saúde e pacientes: o despacho e autoritarismo.....	21
3.4. Relações do Género entre os profissionais de saúde e pacientes.....	27
Capítulo V: Conclusão.....	31
Referência bibliográfica.....	33

Capítulo I: Introdução

O presente trabalho é o resultado de uma pesquisa do campo feita no Bairro de Chamanculo “C” da Cidade de Maputo como requisito parcial para obtenção do grau de licenciatura em Antropologia, na Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Letras Ciências Sociais, Departamento de Arqueologia e Antropologia. Neste sentido, o propósito do presente trabalho é o de analisar a relação entre os profissionais de saúde- pacientes e a humanização no atendimento clínico do hospital geral de Chamanculo C. Este trabalho por sua vez, tem como o principal objectivo: compreender as dinâmicas que explicam a gestão dos factores subjectivos e institucionais na relação entre profissionais de saúde- pacientes no encontro clínico no hospital geral de Chamanculo C.

Em relação a metodologia para a execução desta pesquisa, foi necessário o uso do método qualitativo. Tendo feito a revisão da literatura e a busca de dados sobre assunto no bairro de Chamanculo C na Cidade de Maputo, usando as competências técnicas das entrevistas semi-estruturadas, conversas informais com alguns pacientes residentes no bairro de Chamanculo C.

Sobre os argumentos do presente estudo, é de afirmar que, o presente trabalho apresenta duas abordagens principais. A primeira abordagem destaca uma relação/ interação entre profissionais de saúde- paciente que ocorre num ambiente de humanismo e harmonia durante o atendimento no hospital Geral de Chamanculo C. Sendo que, alguns pacientes relatam a existência do médico humanista, simpático que dá toda atenção que o paciente necessita, um tratamento digno e humanizado, mensurado pelo acesso à consulta, qualidade do atendimento durante a consulta e uma inter-relação cortês e civilizada com os profissionais de saúde que actuam no Hospital Geral de Chamanculo C nas salas de atendimento.

E por outro lado, destaca uma relação/ interação profissional de saúde- paciente que ocorre num ambiente de autoritarismo e morosidade no atendimento a morosidade, onde esses problemas identificados no atendimento e relação profissional de saúde com o paciente são ainda mais agravados pela ausência da troca de informações, pouca interação entre o profissional de saúde com o paciente durante a consulta, a presença de um médico autoritário que age de uma

forma desumana que grita para os pacientes e que a sua atenção está mais focada apenas no aspecto técnico.

A postura desumana dos profissionais de saúde, cria desconforto ao paciente, e limita a interação durante o atendimento, deixando o paciente desnorteado, contribuindo de uma forma negativa no estado clínico e no processo de recuperação do paciente, deixando um mau aspecto e más impressões na memória do paciente sobre a imagem do profissional de saúde.

Em relação à segunda abordagem convém destacar, que o presente estudo indica que a relação/ interação entre o profissional de saúde- paciente no atendimento é baseada no género. Onde nessa relação, há uma certa preferência de género por parte dos pacientes do sexo feminino para receberem assistência ou serem atendidas, visto que, na maioria, o profissional de saúde do sexo masculino é considerado como o melhor em termo de dar assistência ao paciente, por ele ser simpático e acolhedor dando toda atenção aos pacientes, enquanto que, o profissional de saúde do sexo feminino é visto como aquele que não presta toda atenção ao paciente e por sua vez este é arrogante.

O trabalho está organizado em cinco capítulos. Após esta introdução, segue-se o segundo capítulo que é composta pelas questões teóricas e metodológicas, onde apresento a revisão da literatura, a problematização, o enquadramento teórico, os procedimentos metodológicos adoptados durante a realização do trabalho de campo e os constrangimentos que surgiram durante a realização do trabalho concretamente na realização do trabalho de campo. No terceiro e quarto capítulo apresento a análise e interpretação dos dados. E finalmente, o quinto capítulo onde são apresentadas as conclusões do estudo.

Capítulo II: Questões teóricas e metodológicas

Nesta secção do trabalho, apresento a literatura sobre a relação entre profissionais de saúde com os pacientes, em relação a humanismo no atendimento clínico de uma forma geral e também em particular no contexto moçambicano. Ainda nesta secção, apresento a problematização que levou ao desenho da pergunta de partida, o enquadramento teórico e os procedimentos metodológicos elaborados para a realização do trabalho de campo. Por fim apresento os constrangimentos que surgiram durante a realização deste trabalho de pesquisa.

2.1. Revisão da literatura

O presente estudo procura analisar as lógicas que explicam a gestão de factores que interferem na relação humana entre médicos e pacientes na consulta médica no bairro de Chamanculo C. O estudo centra-se em duas perspectivas de discussão a serem apresentadas a seguir. A primeira perspectiva, aborda a relação médico e paciente em relação aos aspectos subjectivos e técnicos, onde faz entender que, a relação humana entre o médico e o paciente no atendimento clínico, é determinado por alguns factores como, psicológicos, emocionais, ansiedade, e também acompanhados por procedimentos técnicos e destaca-se os seguintes autores (Caprara; Lins; Franco 1999; Caprara; Rodrigues 2004; Coelho Filho 2007; Gomes *et al.* 2012; Mateus 2017; Ruiz-Moral 2007; Soar 1998; Sucupira 2007; Van der Molen e Lang 2007; Massango 2016). A segunda perspectiva, analisa a relação humana entre o profissional de saúde e paciente sob ponto de vista institucionalista e aborda a questão da relação entre os profissionais de saúde e pacientes e da qualidade no atendimento sob o ponto de vista das condições estabelecidas pela instituição onde decorrem as práticas, tendo como representantes (Caprara; Rodrigues 2013; PESS 2014-2019 Mezomo 1995).

Relativamente à primeira perspectiva, Caprara, Lins e Franco (1999), afirmam que a reflexão sobre a humanização da medicina, em particular da relação do médico com o paciente é discutida com mais ênfase desde os primórdios e sobre ponto de vista de diferentes perspectivas. Na perspectiva de autores das áreas de psicologia e psiquiatria na década de 60, na perspectiva da

sociologia da saúde na década de 60 e 70 e na perspectiva da antropologia na década de 80 e 90 (Caprara; Lins; Franco 1999:649).

A relação entre o profissional de saúde com o paciente no encontro clínico era definida por um modelo paternalista, onde o paciente era dependente do exame e das ideias do médico. Em contrapartida, esse modelo foi substituído pelo modelo chamado informativo, graças as reivindicações desenvolvidas nos países como Estados Unidos, Canadá e alguns países Europeus, pelos movimentos que estavam a favor dos direitos dos pacientes e também pela política de mercado, ao considerar que o médico é um prestador de serviço e o paciente como um simples consumidor, havendo a necessidade de assumir um processo de comunicação que implique na passagem de um modelo de comunicação unidireccional a um bidireccional, que vai além do direito à informação, e com o padrão comunicacional, o paciente passou a ter o direito a uma informação correcta e a decidir-se pelo próprio tratamento (Caprara; Lins; Franco 1999: 651).

Gomes *et al.* (2012), explica que a relação médico-paciente ocorre na dinâmica dos processos subjetivos e sociais onde habitam os sujeitos, e comporta uma multiplicidade de factores políticos, pessoais, relacionais, científicos, comunicacionais, organizacionais e macroestruturais. Para Caprara e Rodrigues (2004), a relação entre médico e paciente é uma relação assimétrica, onde o médico detém um corpo de conhecimentos do qual o paciente geralmente é excluído. Sendo assim, Soar (1998), afirma que essa relação é construída por meio da comunicação, verbal e não-verbal, que é estabelecida no contexto onde ocorre. Pois, a qualidade dessa comunicação é acompanhada de um bom vínculo terapêutico e da sensibilidade do profissional em perceber o contexto na totalidade, e é propulsora de uma eficiente atenção à saúde integral do paciente.

Segundo Coelho Filho (2007), a problemática da relação médico e paciente, reside na questão da formação do médico, nos conteúdos, fundamentalmente, dos métodos de ensino-aprendizagem. Pois, para analisar a relação médico e paciente segundo o nível de ensino, primeiro deve-se olhar o percurso do profissional de saúde, analisar os aspectos subjetivos envolvidos na escolha da profissão, desde a graduação, até o contexto de sua prática profissional. Segundo este autor, o conjunto de frustrações de expectativas, desejos e sonhos acaba por conformar um profissional cético quanto à possibilidade e necessidade de uma prática médica humanizada, assim como, a necessidade de se abordar e explorar a dimensão simbólica e psíquica do adoecer.

Relativamente aos desafios para a formação de profissionais de saúde, Ruiz-Moral (2007), aponta que, o desenvolvimento de habilidades que viabilizam uma relação médico-paciente de qualidade consiste em um dos grandes desafios da prática médica na qualidade. O autor, propõe que a relação médico-paciente, ou, a relação clínica, seja entendida como um procedimento pertencente ao domínio da técnica, apontando para a necessidade do desenvolvimento de teorias que possam embasar acções praticas no âmbito da prática medica. Afirma ainda que a relação clínica não nos proporciona o conhecimento, sendo que exige uma teoria que a sustenta (Ruiz-Moral 2007:620).

Em contra posição, num debate proposto por Sucupira (2007), ao analisar o artigo de Ruiz-Moral (2007), critica o entendimento da relação médico-paciente como técnica ou procedimento, a ser apreendido mediante protocolos e guias, e pressupõe que esta relação constitui-se como tecnologia de processo e não como uma tecnologia de resultados ou finalidade e ressalta que o caracter técnico atribuído à relação médico-paciente encontra-se estritamente ligado ao desenvolvimento de novas formas de comunicação (Sucupira 2007:625). No mesmo fim de pensamento, Van der Molen e Lang (2007), afirmam que essa a relação médico-paciente, vai além de uma técnica ou um procedimento que envolve técnicas de comunicação, formação pessoal e ética do médico, as habilidades técnicas e a necessidade de se particularizar a aplicação dessa técnica por meio da atitude reflexiva que considera cada encontro como único e singular. Imprescindíveis para que se possa ter a compreensão necessária entre os actores para o esclarecimento dos objectivos desse acto clínico, e para adequar a natureza da relação às diferenças culturais e sociais dos sujeitos em relação.

A partir dessas abordagens dos autores acima, é possível perceber com base nesses argumentos que a introdução das técnicas e dos modelos comunicacionais foi umas das possibilidades maneiras de estabelecimento de novas formas de cuidado, mediante a qualificação do diálogo entre os sujeitos, e identifica a necessidade de superação dos modelos de comunicação paternalista e informativo, em direção ao modelo de comunicação bidireccional.

Caprara e Rodrigo (2004) numa pesquisa qualitativa que realizaram sobre a relação entre médicos-pacientes na estratégia de saúde da família no Ceará, demonstraram a necessidade de busca por desenvolvimento de novas maneiras de comunicação-interacção entre médicos que

trabalham na estratégia de saúde da família e pacientes, uma vez que segundo as estatísticas mostravam que 39,1% dos médicos não explicavam os problemas encontrados de forma clara e compreensiva, em 58% das consultas não se observou o grau de entendimento dos pacientes a respeito do diagnóstico encontrado e em 53% das consultas não se verificou o nível de compreensão acerca das indicações terapêuticas. O tempo médio de consulta mostrou-se associado a uma melhor reminiscência, uma melhor explicação do problema e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, assim como a verificação do médico sobre a compreensão do paciente e participação do paciente na consulta (Caprara; Rodrigo 2004:142).

Num estudo feito em Moçambique por Henrique Mateus para obtenção do grau de mestrado, retractando sobre *o Cuidando de Saúde em Guitonga e Português – Rumo a um Dicionário de Especialidade*, discute a questão linguística na comunicação entre os profissionais de saúde com os pacientes, onde o domínio linguístico que torna-se uma barreira no processo de comunicação no processo de atendimento e na prescrição da receita medica. Segundo autor, na interacção entre o profissional de saúde com o paciente, existe uma barreira linguística que bloqueia e limita essa interacção dos dois durante o atendimento, pelo facto de muitos dos profissionais de saúde na maioria das vezes se expressam na língua portuguesa e em contrapartida os pacientes usam a língua local (Guitonga) (Mateus 2017:36-39).

De acordo com Massango (2016), em Moçambique o Ministério da Saúde (MISAU) tem feito campanhas sobre os problemas de saúde, em relação a transmissão devida da informação tendo em conta as barreiras culturais e linguísticas como os possíveis principais constituintes da barreira na transmissão da informação, tendo em conta a relação médico-paciente.

Na primeira perspectiva, percebe-se que a relação de interacção entre os profissionais de saúde-paciente durante o processo de atendimento clínico é por vezes acompanhada por aspectos subjectivos, que buscam parcialmente, relacionar os factos por ele relatados com episódios de sua própria vida ou família. O paciente no encontro com o médico, carrega consigo o seu lado emocional, num nível inconsciente, sentimentos nascidos e vivenciados nas relações anteriores. Essa relação, é também acompanhada pelas técnicas que orientam o profissional de saúde na execução da sua função durante o atendimento e para melhor interacção. Como afirma Bourdieu (1996), a eficácia simbólica não se constrói no encontro entre falantes, pois, as desigualdades nas

trocas comunicativas, situa num conjunto de factores que o antecede, isto é, encontra-se na relação entre as propriedades do discurso, as propriedades daquele que o pronuncia e as propriedades da instituição que o autoriza a pronunciar-lo.

Diferente da primeira, a segunda perspectiva analisa a relação profissional de saúde- pacientes e a prestação dos e cuidados centrados no paciente e humanização na saúde numa visão institucionalista. Nessa linha de discussão, a ONU (1948) na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em relação a questão da humanização na prática assistencial de saúde, associou a humanização às noções de respeito, à dignidade e equidade entre todos os Homens. Desse modo, é possível perceber que a centralidade do conceito da humanização gira em torno da ideia de dignidade, valorização e respeito à vida do Homem, dando ênfase a toda a amplitude ética que funda a relação entre profissional da saúde e o assistido dentro do ambiente de atendimento.

Mezomo (1995) defende que a valorização do ser humano no atendimento hospitalar parte das pessoas que compõem o atendimento hospitalar, neste sentido, humanismo no atendimento Hospitalar, significa tudo quanto seja necessário para tornar a instituição adequada a pessoa humana e a salvaguarda de seus direitos fundamentais. De acordo com Alcântara & Vieira (2013), todos esses aspectos ligadas a humanização, representam um desafio conceitual, ético e político, e também destaca-se enquanto estratégia que oferece potencial de produzir outras formas de comunicação entre as pessoas que constituem os sistemas de saúde, favorecendo seu protagonismo, em consonância com os princípios do sistema único de saúde, não deixando de lado, os obstáculos neoliberais, que impedem as práticas universalizantes na saúde.

Segundo Massarongo (2016) a ONU num dos relatórios relativamente a Revisão Periódica Universal avaliando o contexto Moçambicano, afirmou que existe um acesso limitado da população aos serviços e profissionais de saúde, onde apenas 36% da população é que constitui o direito garantido, mesmo assim em um espaço de 45 minutos a pé de distância e a ratio de profissionais de saúde para população é de 5.6 médicos para 100.000 habitantes. Este número, continua insuficiente, por isso, cria uma sobrecarga aos técnicos das unidades sanitárias e, por conseguinte, “a qualidade de assistência aos pacientes” deixa a desejar.

A rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS) Moçambicana apresenta uma baixa nos recursos humanos em relação às médias nacionais previstas, apesar de ser representado por cerca de 34,500 trabalhadores com grandes esforços de formação acelerada e colocação de pessoal nas províncias mais desfavorecidas na última década, as equipas de saúde estão desequilibradas, sobretudo nas regiões mais remotas, e o Norte do País e a insuficiência do acesso aos serviços de saúde, é agravado pela ausência dessas equipas mínimas de provedores de saúde nas unidades sanitárias e pela fraca qualidade das infra-estruturas (PESS 2014-2019:17). Sendo assim, o Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS), destaca que a qualidade dos serviços de saúde prestados nas unidades sanitárias (USs) em Moçambique, é também condicionada pelas más condições físicas das infraestruturas.

Um aspecto importante enfatizado por esses autores acima, é que as ideias de humanização são como uma contradição da violência e da falta de boa interação. Sendo assim, reforça a posição estratégica das ações centradas na ética, no diálogo e na negociação dos sentidos e rumos da produção de cuidados em saúde.

Nesse contexto, percebe-se que, a relação humana estabelecida entre o profissional de saúde com paciente vai de acordo com as condições que o local onde esses dois estão inseridos, o médico age conforme as condições que o serviço dispõe. Isto é, alguns factores que contribuem para o desfalque da postura humanista na interação ente profissionais de saúde com os pacientes, às vezes, também resultam das condições que o próprio espaço oferece, onde decore a interação entre esses dois estão inseridos. E não sendo favorável os profissionais de saúde acabam se conformando com a situação, mas insatisfeito. A forma de como ele atende também acaba não sendo satisfatória, e prejudicando de alguma forma a saúde do paciente e a qualidade no próprio atendimento.

Referir que nessa segunda secção pouco se desenvolve sobre o assunto sobre a relação entre os profissionais de saúde, por razões de existir pouca literatura sobre esse assunto em particular no nosso contexto Moçambicano. Sendo assim, havendo necessidade de trazer uma abordagem mais ampla sobre a relação de interação entre profissionais de saúde com os pacientes e sobre o atendimento humanizado no contexto moçambicano.

Como problemática deste trabalho, depois dessas abordagens acima, percebi que pouco se fala ou existe muita literatura que aborda sobre a relação ou atendimento Humanizado entre profissionais de saúde com os pacientes na nossa realidade (Moçambicana) e a cerca da gestão dos factores subjectivos (psicológicos, emocionais, ansiedade) e a questão das condições institucionais no encontro clínico entre os profissionais de saúde com os pacientes, sendo assim, eu proponho neste trabalho analisar as dinâmicas que explicam a gestão desses factores que interferem na relação de interação entre profissionais de saúde com os pacientes no atendimento em alguns hospitais da cidade de Maputo e em particular no Hospital Geral de Chamanculo C. Contudo, como forma de desenvolver mais o assunto e discutir este problema, coloquei a seguinte pergunta de partida: *Que dinâmicas explicam a gestão dos factores subjectivos e institucionais na relação entre profissionais de saúde- pacientes no encontro clínico?*

2.2 Enquadramento teórico

Nesta parte do trabalho apresento a teórica que melhor se encaixa para análise dos dados. Para a realização deste trabalho escolhi a perspectiva de Arthur Kleinman sobre os modelos explicativo e ou explanatório a luz dos conceitos “disease” (doença processo) e a “illness” (doença experiência). Estes modelos de análise ajudaram para captar e a compreender as diferentes construções e percepções que alguns residentes do bairro de Chamanculo C têm a cerca da relação entre profissionais de saúde- paciente no atendimento. O modelo explicativo proposto por Kleinman (1987) constitui uma abordagem imperiosa para análise dos dados desse trabalho.

Kleinman (1980) elaborou o conceito de “modelo explicativo” como forma de analisar os traços cognitivos e os problemas de interação ligados às atividades de saúde. Para este autor, o modelo explanatório é formado por noções elaboradas a partir de episódios de doenças e em referência aos tratamentos que foram utilizados. O autor faz uma distinção entre “os modelos explicativos” dos profissionais e os “modelos explicativos” utilizados pelos doentes e suas famílias. Esses modelos orientam os pacientes e os cuidados em diferentes circunstâncias nas formas de agir que condicionam na escolha das terapias para tender um certo fenómeno da doença.

Nessa perspectiva, Kleinman (1980) inspira-se na antropologia interpretativa de Geertz (1973) que considera que a cultura fornece modelos “de” e “para” as ações humanas relativos à saúde e à doença. Para este autor, todas as actividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural: sistema de saúde.

A abordagem de Kleinman (1980) dá destaque às diferentes dimensões da doença, as quais servem de matriz para possíveis modelos explanatórios sobre o fenómeno doença. Tais dimensões são expressas por termos da língua inglesa que são sinónimos, mas para os quais houve a proposição de uma distinção semântica. Os termos são: “disease” (doença processo), “illness” (doença experiência). A “disease” refere-se a anormalidades na estrutura e na função dos órgãos e sistemas, as quais limitam as capacidades do indivíduo ou a sua expectativa de vida e podem ser diagnosticadas e tratadas como um fenómeno objetivo. Nessa lógica, ela é medida por meio de exames laboratoriais, observação direta ou por outros sinais apreendidos por meio da semiologia biomédica. Constitui uma dimensão fortemente identificada com o modelo biomédico de atenção à saúde.

Relativamente ao conceito “illness” segundo Kleinman (1981) é referente à experiência subjectiva ou psicológica do mal-estar sentido pelo doente. Isto é, a “illness” diz respeito a uma experiência que traz mudanças nos estados de ser e na função social dos sujeitos doentes, relacionando-se às dimensões mais subjectivas ou psicológicas da falta de saúde que são, geralmente, a preocupação mais imediata para as pessoas que a experimentam. Trata-se, portanto, da doença como uma experiência associada às redes de símbolos e significados, com estrutura e lógicas próprias, distintas daquelas da biomedicina, pois são consequentes da interacção social e dependente das características de vida do sujeito e do contexto sociocultural em que é produzida e interpretada.

A teoria dos modelos explicativos, tendem a explicar os conhecimentos e crenças médicas em termos de um conjunto singular de estruturas cognitivas subjacentes aos sectores do sistema médico. Em contrapartida, Kleinman e seus seguidores na procura de uma lógica interna dos significados atribuídos à enfermidade, e dentro de um interesse essencialmente clínico, não dão a devida atenção ao fato de, geralmente, as pessoas atribuírem, ao mesmo tempo, diferentes

interpretações para as suas aflições. As percepções, crenças e acções dos indivíduos são geralmente heterogéneas, complexas e ambíguas.

O modelo explanatório também analisa os comportamentos adoptados por pessoas de diferentes grupos que enfrentam os problemas de saúde. Nesse sentido, o modelo do sistema de cuidados em saúde proposto examina o modo como as pessoas agem nesse sistema e como usam seus componentes, incluindo suas crenças (em grande parte tácitas e inconscientes) sobre o sistema como um todo e seus padrões de conhecimento e comportamento, os quais são regidos por regras culturais. Em relação a este modelo explanatório que é referente aos sistemas culturais de cuidados em saúde, tem-se que a realidade social é composta por três dimensões: a psicológica, a biológica e a física. A primeira diz respeito ao mundo interior do indivíduo; a segunda refere-se à infra-estrutura de organismos, incluindo o homem; e a última relaciona-se às estruturas materiais e aos espaços que compõem o ambiente não-humano (Kleinman 1980).

Contudo, a contribuição desses modelos de análise é que servem de um instrumento teórico poderoso que permite explorar sistematicamente, as relações humanas entre os profissionais de saúde com os pacientes em seus aspectos plural e dinâmico, o conjunto de valores, crenças e normas de conduta predominantes no campo da saúde que também estendem as questões como aderência a tratamentos, escolha e avaliação de terapias.

2.3. Procedimentos metodológicos

Nesta secção, apresento os procedimentos metodológicos que adoptei para realização deste trabalho, entre eles, a abordagem metodológica; os instrumentos de recolha de dados e a técnica de análise de dados, ou seja, é aqui onde descrevo toda a metodologia empregue para realização desse trabalho.

2.3.1. Método

Este trabalho é o resultado de um trabalho de pesquisa feita no bairro de Chamanculo C na cidade de Maputo. O estudo teve uma abordagem qualitativa, que ajudou a captar ideias e opiniões dos médicos e paciente sobre a sua relação durante o atendimento, e também compreender as dinâmicas de gestão de factores psicológicos, emocionais que muita das vezes afasta o lado humanismo na relação entre os profissionais de saúde com os pacientes. Como sublinha Lakatos & Marconi (2008) essa abordagem baseia-se nas ideias, significados e valores que o autor atribui ao seu objecto e permiti a exploração minuciosa do assunto sem preocupar-se com questões de representatividade e ajuda a captar as experiências das pessoas e seus respectivos significados em relação a eventos, processos e estruturas inseridos em cenários sociais. O que faz com que os dados obtidos sejam válidos para o contexto em que o trabalho foi realizado.

O trabalho foi executado em três (3) fases, sendo que numa primeira fase foi a revisão da literatura concebida pela leitura de livros, artigos, documentos que tivesse informação sobre o assunto em análise, contudo sobre a relação entre profissionais de saúde e paciente e sobre humanismo na prática médica, a segunda fase que foi acompanhada pela execução do trabalho de campo que foi a recolha de dados e na terceira fase, é dedicada a análise e interpretação dos dados recolhidos no campo para a realização deste trabalho.

Neste estudo, a revisão da literatura tornou-se relevante pelo facto de ter ajudado na identificação de alguns trabalhos que já foram realizados a propósito do assunto, de modo a me informar e desenvolver mais abordagens. Tal como afirmam Lakatos & Marconi (2003) a citação das principais conclusões que os outros chegaram, permite salientar a contribuição da pesquisa realizada, demonstrar contradições ou reafirmar comportamentos e atitudes. Porém, esta técnica de pesquisa pode também ser limitante, pelo facto de focar somente no material escrito, sem olhar para as dinâmicas da sociedade estudada. Portanto, a fase da revisão da literatura foi caracterizada pelo levantamento de informações básicas sobre os aspectos directo e indirectamente ligados à temática, a partir de material já elaborado, constituído, principalmente, de livros e artigos científicos e é importante. A principal vantagem dessa pesquisa bibliográfica foi pelo facto de ter permitido a mim saber mais sobre o assunto que tratava como investigador.

2.3.2. Métodos de registo, tratamento e análise de dados

Trabalhei com (10) pessoas da seguinte maneira: três médicos (3) sendo eles estagiários no período de conclusão do curso de medicina, e por fim com (7) pacientes com diferente nível de escolaridade, a parte de nível medio e nível superior. Para a recolha de informação usei bloco de notas e celular para algumas gravações com a permissão dos informantes. Com base a estas técnicas foi possível criar amizades e proximidade com as pessoas que aceitaram fazer parte da pesquisa, a compreensão profunda das dinâmicas das relações existentes entre os profissionais de saúde com os pacientes, e a captar expressões faciais e corporais realizados pelos informantes durante as entrevistas. Nesta pesquisa usei nomes fictícios de modo a proteger a verdadeira identidade dos participantes.

Pois, a recolha de dados durou nove semanas, as entrevistas tinham por semana uma média de três dias no mínimo e cinco dias no máximo devido a disponibilidade dos pacientes para participarem das entrevistas. Nesta pesquisa, foi possível o uso das entrevistas semi-estruturadas. As conversas tinham uma média de vinte e cinco (25) minutos por cada participante devido o tempo que os participantes disponibilizavam. O uso desta técnica para a recolha de dados, ajudou-me bastante a criar mais interacção com os participantes, conduzir o debate de uma boa forma que deixasse o participante confortável e se expressar dentro do contexto da pesquisa, permitiu de igual modo recolher as informações importante para o trabalho a partir de um grande número de pessoas e que os participantes se manifestassem em relação às respostas dos outros membros do grupo.

2.3.3. Constrangimentos

Durante a realização desse trabalho, sobretudo no processo de recolha de dados empíricos, passei algumas fases difíceis, que implicaram um pouco de criatividade para supera-los. O primeiro constrangimento diz respeito ao facto de alguns informantes terem mostrado desconfiança e estranheza na medida em que me aproximava deles como estudante da Universidade Eduardo Mondlane, mesmo depois de apresentar a minha documentação, tendo dificultado o acesso a pessoas que pudessem falar muito mais sobre o mesmo assunto e de uma forma mais aberta, uma

vez que se tratava de pessoas que não tinha muita aproximação. Muita das vezes os informantes diziam que eu quisesse usar a informação deles para lhes prejudicar e sujeitar em problemas quando forem no hospital.

O segundo, é pelo facto de alguns informantes do sexo masculino terem se recusado de participarem das entrevistas alegando falta de tempo e interesse pelo assunto. O que fez com que eu optasse em continuar o estudo e com as entrevistas apenas entrevistando os pacientes do sexo feminino, isso fez com que este trabalho trouxesse ou falasse apenas dos depoimentos dos pacientes do sexo feminino. o terceiro constrangimento foi a questão do uso por vezes da língua Ronga por parte dos pacientes que constituem a língua que as vezes os informantes falavam além do Português. Isso constituiu uma barreira para pelo facto de ter tido dificuldades na interpretação de algumas palavras e por vezes limitava me em questionar no momento, e tinha que voltar a questionar no dia seguinte depois de fazer uma leitura nos dados obtidos.

Portanto, como forma de ultrapassar estes constrangimentos tive que reinventar, adoptando estratégias que permitissem aliviar a tensão, para além de apresentar a minha documentação, tive que me identificar como residente do bairro e detalhar a minha localização, tive também de adoptar a linguagem que alguns informantes usavam para melhor comunicação e melhor me informar sobre o assunto que me encontrava desenvolvendo. E tive que optar em entrevistar apenas pacientes do sexo feminino com forma de ultrapassar o problema e prosseguir com a pesquisa.

2.4. Perfil dos informantes

Na tabela abaixo faz-se a descrição do perfil dos entrevistados. A mesma contempla o nome, sexo, a idade, estado civil e ocupação.

Informante	Sexo	Idade	Estado civil	Ocupação
Júlia	Feminino	24	Solteiro	Trabalhadora
Lola	Feminino	28	Solteiro	Estudante
Mariana	Feminino	24	Solteiro	Estudante
Medico	Feminino	25	Solteira	Trabalhador
Medico	Masculino	27	Solteiro	Trabalhador
Medico	Masculino	31	Solteiro	Trabalhador
Ónica	Feminino	25	Solteira	Estudante
Sónia	Feminino	25	Solteira	Trabalhadora
Vitória	Feminino	27	Solteira	Doméstica
Carola	Feminino	25	Solteira	Estudante

Capítulo III: Humanismo, Autoritarismo e o despacho no atendimento

Nesta parte do trabalho a apresentação dos resultados obtidos com base nos dados recolhidos. Cada temática é abordada baseando-se na experiência dos pacientes, seguida da perspectiva dos médicos entrevistados, procurando assim estabelecer um diálogo imaginário e de experiência entre ambos sobre a relação profissional de saúde-paciente no encontro clínico. Sendo assim, o trabalho apresenta dois capítulos, onde faz-se uma discussão dos dados recolhidos durante a pesquisa do campo no bairro de Chamanculo C, na cidade de Maputo.

Em relação ao primeiro capítulo, trago uma abordagem sobre a relação entre profissionais de saúde e os pacientes em relação ao atendimento humanizado durante as consultas clínicas no hospital Geral de Chamanculo C com base nos depoimentos dos profissionais de saúde e pacientes. Ainda na mesma secção apresento uma discussão ligada a autoritarismo e a falta de atenção no atendimento. No segundo capítulo, apresento uma discussão sobre a relação entre os profissionais de saúde e pacientes em relação ao género, isto é, uma relação que é baseado no género.

3.1. Breve descrição do local de pesquisa

Nessa parte do trabalho faço uma descrição do local onde decorreu a pesquisa, que foi realizado no bairro de Chamanculo C. segundo o Plano Parcial de Urbanização do Bairro de Chamanculo C (PPUBCC) o Bairro de Chamanculo C é um dos mais antigos assentamentos informais da presente no Município de Maputo, a Noroeste do centro da Cidade de Maputo, no Distrito Municipal de KaNlhamankulu, integrando um assentamento informal limitado, a Oeste e Norte da cidade de Maputo, pela Av. De Moçambique e pelos bairros Luís Cabral e Unidade 7, a Este, pelos bairros Chamanculo D, Xipamanine e Chamanculo B e, a Sul, pela Av. do Trabalho. Com uma área de 140 hectares, o Bairro é constituído por uma população recenseada em 2007 de cerca de 25318 habitantes (CMCM, 2015).

No que diz respeito a ocupação urbana, embora existam no bairro áreas uniformes de alguma dimensão considerável que afectam os equipamentos sociais (como UP e a Missão de São José de Lhanguene), e às actividades económicas, estas áreas contrastam com o bairro habitacional propriamente dito, onde se verifica uma ocupação urbana informal, densa e desordenada, associada a talhões irregulares que se apoiam, maioritariamente, numa rede complexa de caminhos. Existem insuficiências ao nível das infra-estruturas de saneamento do bairro (CMCM 2015). Em síntese, existe um elevado grau de precariedade, com habitações de baixa qualidade e graves lacunas na prestação de serviços públicos, em particular, infra-estruturas urbanas.

3.2. A relação entre os profissionais de saúde com os pacientes: humanismo no atendimento

Nesta secção descrevo e analiso os relatos de experiência sobre a relação de interacção entre os profissionais de saúde e os pacientes em relação a humanização no atendimento (Bom ou mau) clinico, busco de igual modo perceber como é que essa relação é desenvolvida durante o atendimento, tendo em conta a postura humanista destacada no atendimento, sendo que o paciente quando se desloca para um centro de saúde/hospital, a prior, perspectiva um atendimento mais humanizado num ambiente de harmonia, independentemente das circunstancias que lá estiverem, enquanto que o médico espera ver um paciente obediente e

colaborador. Mas de acordo com os depoimentos que obtive nem sempre se observa essa questão de harmonia e humanismo.

A relação entre os profissionais de saúde e pacientes possui um certo modelo na valorização deste evento e dos sentimentos ligados a este encontro entre o plano das ideias e das acções. Como diz Kleinman (1987) as relações pacientes- família ou paciente-terapeuta no cuidado à saúde podem ser estudadas e comparadas como transacções entre diferentes modelos explanatórios e os sistemas cognitivos e posições na estrutura social nos quais eles estão ligados. Na busca de informação sobre a interacção/relação entre os profissionais de saúde com os pacientes, percebi que para alguns pacientes, durante o atendimento existe uma boa relação com profissionais de saúde e para outros não existe boa relação e há falta de um bom colhimento por parte dos profissionais de saúde.

Nesta perspectiva, a relação entre os profissionais de saúde e os pacientes na consulta clínica é caracterizada por um ambiente de harmonia e humanismo. Como citam alguns dos interlocutores entrevistados que afirma existir sim, uma boa relação/interacção durante o atendimento no hospital, de acordo com o depoimento seguinte:

A prior dizer que todas as vezes que fui para hospital marcar consulta nunca me trataram assim mal quando chego lá, isto é, sempre o atendimento foi bom, foi positivo, só que eu posso reclamar muito mais na questão da demora no momento de cumprir com a bicha para chegar o teu momento de entrar ate na sala para tu explicar o que sentes, eles demoram muito. Mas já você estando lá dentro, eu todas vezes que fui praticamente atenderam me bem, os doutores que eu encontro lá, são simpáticos comigo, se abrem para eu poder falar a verdade não são assim tao sei lá que ate você pode ter medo de esconder algo (Júlia 24 anos de idade).

Outro depoimento que sustenta a ideia:

Pois, eu vou falar da minha parte, eu sempre que vou a hospital me atendem bem e simpatizam comigo. (...) No hospital como da última vez que fui pra lá por exemplo, não demorei tando, e quando o medico me atendeu não mostrou uma carra estranha (Sónia 24 anos de idade).

Os relatos acima referenciados apontam a existência de um bom atendimento definido como um atendimento humanizado que é oferecido pelos profissionais de saúde, mas também, por outro lado os pacientes reclamam por um aspecto, que segundo eles, é possível se verificar antes de acontecer o atendimento que é a questão da morosidade nas filas de espera para receber o atendimento.

Os depoimentos trazidos pela Júlia e Sônia, permitem também de um lado compreender que o atendimento humanizado na relação entre os profissionais de saúde e os pacientes é avaliado pelo grau de simpatia que os profissionais de saúde oferecem ao paciente, de outro lado pela não morosidade para o atendimento, isto é, considera-se a flexibilidade no atendimento, o bom aspecto facial do profissional, também ressaltam para a liberdade de se expressar, onde pode se expressar muito mais sobre os problemas que incomoda o paciente. Como sustenta Ganong citado por Casate e Correa “humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeito de direitos, isto é, observar cada pessoa em sua individualidade, suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para exercer sua autonomia” (Casate; Correa 2005: 105-11).

Ainda referente as questões em cima referenciadas por interlocutores, noutras entrevista feitas com os médicos, deixaram ficar os seus depoimentos, sustentado a questão da necessidade de dar toda atenção simpatia e a liberdade de expressão no processo da interação com o paciente, que segundo eles é uma forma de alcançar os seus objectivos e de ter mais informação sobre o que o paciente sente de uma forma mais fácil.

De facto, os pacientes gostam de um bom acolhimento na sala do atendimento. Eles gostam quando o médico atencioso e simpático (...) pois quando você é um médico simpático e que oferece um bom acolhimento ao paciente, eles até pedem o teu contacto para que sejas o médico partícipa. Você precisa mostrar um sorriso aos pacientes eles se sentem bem (Medico 25 anos de idade).

Outro depoimento que sustenta mais a ideia:

Durante as minhas consultas, eu tento que a minha relação com os pacientes seja a de mais confiança possível, que o paciente se sinta confortável comigo e eu me sinta confortável com ele. Tento ouvir o paciente o máximo que eu puder, deixo-o com o

discurso livre ... as dores, as angústias... acabo ganhando maior confiança com ele e também pego mais facilmente as queixas para poder chegar ao diagnóstico (Medico 31 anos de idade).

Segundo os depoimento dos médicos de 25 e 31 anos de idade, é possível perceber o racional de um bom acolhimento e humanismo na relação entre o profissional de saúde com o paciente durante a consulta medica, que a questão da simpatia, do bom aspecto facial e da liberdade de expressão que o médico oferece ao paciente durante o atendimento clinico, serve como uma estratégia do médico para facilitar o diagnostico, onde o médico de uma forma mais rápida e fácil conseguiu identificas os sintomas causadores da enfermidade e tornar a relação/interacção e o atendimento mais humanizado.

Neste caso, o bom médico acolhedor que simpatiza com os pacientes, faz com que o paciente se sinta à vontade e transmita a devida informação para o diagnóstico da sua enfermidade. A avaliação do paciente com relação ao cuidado recebido baseia-se não apenas nos procedimentos técnicos, mas também em situações que expressam confiança ou empatia por parte do profissional, no momento em que este promove a assistência.

3.3. Relação entre profissionais de saúde e pacientes: o despacho e autoritarismo

Apesar de alguns dos entrevistados referirem um bom vínculo terapêutico e uma boa relação nas consultas, mas, referiram também um atendimento não humanizado, desvalorização de uma prescrição médica que acontece no momento da consulta, onde o médico não dá atenção às queixas do paciente e, principalmente, quando não examinam paciente, ou seja, quando não se estabelece uma relação médico-paciente satisfatória por parte dos médicos, e diferença perceptível entre o atendimento particular e o público, no que diz respeito à pressa no atendimento e a atenção voltada ao paciente. Como afirmam Caprara e Rodrigues (2004) uma melhor relação médico-paciente não só tem efeitos positivos na satisfação dos usuários e na qualidade dos serviços de saúde também tem seu lado negativo, e isso afecta directamente sobre tudo o estado

de saúde dos pacientes. Não obstante, é também considerado um bom atendimento aquele que é acompanhado pelos exames médicos, como refere o seguinte trecho:

As vezes você chega ali no hospital e você tipo antes mesmo de você falar tudo o que sente já estão a escrever, ora ti despacham ora não deixam falar tudo o que você sente, é uma dessas coisas e muito mais. Então, o médico tem que ter atenção com o paciente, procurar saber mesmo as coisas direitinho. Porque um bom atendimento para mim é o médico examinar a pessoa por completo, não só naquilo que você falar já te passou a receita (Ónica 25anos de idade).

Outro depoimento que sustenta melhor a ideia:

Tu vais no hospital para ser atendida, depois chegas lá e apresentas os teus problemas, em vez de te atenderem de como deve ser te despacham. Eles só te passam a receita e nem te submetem aos exames para confirmarem os que de facto é o que eles acham sobre a doença que a pessoa tem. A exemplo disso sou eu, aos 15 anos eu sofri de uma doença chamada eczema uma doença de pele, e eu sempre ia para hospital, sempre me davam pomadas e comprimidos e só atenuava, bastasse os comprimidos acabarem volta na mesma situação e tinha que voltar. Quem me safou do sofrimento, foi a minha professora na altura na escola secundaria da Manhanga, ela (...) veio ter comigo e disse que conhecia a doença. Recomendou-me uma clínica, me deu todas a dicas, fui para lá, e fizeram me exames de sangue e passaram a receita, fui comprar os comprimidos, mediquei e estou aqui e o problema já passou (Vitoria 27 anos de idade).

Essa forma de agir vai se enquadrar no pensamento de Kleinman (1987) ao dizer que a interpretação que as pessoas elaboram para uma dada experiência de enfermidade é o resultado dos diferentes meios pelos quais elas adquirem seus conhecimentos médicos. Tais conhecimentos são diferentes entre as pessoas, por serem originados em situações biográficas determinadas. Consequentemente, os conhecimentos médicos construídos pelos membros ordinários da sociedade devem ser localizados em um contexto compreensivo mais amplo do que aquele oferecido pelos diversos subsectores de um sistema médico. Neste caso, a professora da vitoria

que ajudou-lhe de melhor lugar a atender o problema da doença que tinha, porque já tinha vivido a experiência do enfermo e como conseguiu ultrapassar.

Ao se referir como parâmetro de uma boa consulta médica uma consulta particular não se pode deixar de considerar que no atendimento privado, geralmente, há uma maior preocupação com a qualidade do atendimento desde a recepção, onde o ambiente é mais aconchegante, os horários melhores estabelecidos e organizados, e não somente com o atendimento médico em si. Para os sujeitos um bom atendimento médico deve incluir o exame físico, a atenção e o diálogo e é de se notar que poucos têm a resolução do problema como um dos elementos do bom atendimento e aparentemente os sujeitos confundem diálogo e respeito, pois as duas características estão vinculadas. Nesse contexto, o paciente procurou condições específicas de qualidade do ambiente para o seu bem-estar.

Sabe-se que vivemos em um país onde culturalmente observa-se a desvalorização do público, basta olhar para os telefones públicos, o atendimento em repartições públicas, entre outros exemplos. Geralmente o “público” é visto como inferior, sendo o particular visto até mesmo como uma maneira de se destacar perante a comunidade. Essa desvalorização no atendimento público de saúde pode ser notada tanto em relação ao médico, que, algumas vezes, não se compromete com um atendimento integral nem apresenta um intuito de agradar, seja por questões financeiras, seja por falta de recursos disponíveis para sua atuação ou por insatisfação pessoal/profissional, quanto ao paciente que se beneficia do atendimento público enquanto não apresenta condições financeiras para fazer suas escolhas.

Durante o processo de entrevistas com os pacientes residentes do bairro de Chamanculo C, percebi que o maior motivo de discórdia com o profissional médico citado pelos pacientes entrevistados foram atitudes descritas como falta de educação, o que corrobora a ideia de que a relação médico-paciente deve se construir com base no respeito. A falta de educação referida pelos pacientes, muitas vezes, esta subentendida em expressões como “falta de atenção”, “falta de carinho” e “falta de paciência”:

Quando o médico chega e trata a pessoa de qualquer maneira é uma falta de respeito. Eles não ti dão aquela atenção que um paciente precisa, alguns nem tem paciência, e outros nem sei por que escolheram medicina haaa! Ele pegou e nem examinou direito, já foi passando remédio pra tomar... Ah ele foi sem educação... ele não quis ter paciência

comigo porque meu exame tava atrasado ele achou que eu que não tinha feito o exame, e não era culpa minha (Ónica 25 anos de idade).

A partir dessa narrativa apresentada pela Ónica é possível observar um descontentamento por parte dos pacientes em relação a conduta do profissional de saúde na forma de se relacionar com o paciente, neste caso, há uma exigência de uma boa postura no médico durante as consultas nas unidades sanitárias/hospitais, o respeito pelos pacientes. Pode-se notar de igual modo, que as queixas do paciente em relação ao médico, na maioria das vezes remetem a incapacidade de estabelecer uma relação de confiança e de acolhimento, onde o paciente perceba que lhe é dado atenção. O paciente reclama do atendimento apressado, da falta de exame físico, da falta de educação no atendimento, de forma subjetiva, reclama da indiferença à sua condição fragilizada, e na maioria das vezes mais do que uma receita ou um procedimento de cura, ele buscava uma atitude de cuidado.

Ainda em relação a questão da desvalorização da prescrição médica referenciada pela Ónica e teve também um depoimento feito numa entrevista com os médicos, um dos médicos deixou o seu depoimento a sua explicam que passo apresenta no seguinte trecho:

Quanto a essa questão da desvalorização da prescrição médica e falta de atenção sempre os pacientes comentam por aí, mas tem uma coisa que as pessoas devem perceber é, um médico já tem conhecimento e experiência sobre certos tipos de doenças. Então, para quê você demorar com alguém na consulta se já sabe o que pessoa pode ter, e também existem doenças que se manifestam e só de você olhar para o aspecto físico exterior da pessoa percebe o que pode ser. Também não é qualquer tipo de doença que requer exames (Médico 27).

Com base no depoimento do médico de 27 anos, é possível perceber que o profissional de saúde é munido de conhecimento de diferentes enfermidades que faz dele experiente de algumas situações de atendimentos, sendo assim, facilitando o atendimento e o diagnóstico dos pacientes. Como afirma Kleinman (1981) o conhecimento médico de um indivíduo tem sempre uma história particular, pois é constituído de e por experiências diversas. Assim, é de se esperar que este conhecimento exista em um fluxo contínuo e que mesmo seja passível de mudanças, tanto

em termos de extensão como em termos de estrutura. A interpretação da enfermidade tem uma dimensão temporal não apenas porque a doença, em si mesma, muda no decorrer do tempo, mas também porque a sua compreensão é continuamente confrontada por diferentes diagnósticos construídos por familiares, amigos, vizinhos e terapeutas.

Com base no pensamento do Kleinman (1981) é possível perceber que, o profissional de saúde mesmo com esse conhecimento que tem sobre as enfermidades, ele precisa continuar a diagnosticar por completo e com todo cuidado os pacientes pelo facto de não cometer um engano de uma certa enfermidade. Ele precisa dar aquele atendimento satisfatório e completo, analisando por completo o paciente. Tendo em conta que a enfermidade, por outro lado, é mais do que uma situação emotiva decorrente de uma reação corporal. Ela estende-se para além dos limites do mundo sensível. Se a enfermidade se inicia com a experiência, isso não prova que toda ela derive da experiência. O corpo humano, durante um processo patológico, pode fornecer um somatório de informações heterogêneas, como dor de cabeça, vômito, febre, fraqueza.

Cada informação constitui um “facto” isolado e, portanto, fechado. Uma dor de cabeça, por exemplo, é uma simples informação entre tantas outras e, em si mesma, nunca permitirá compreender outra coisa que não ela própria. Tomadas isoladamente, as simples informações não significam quase nada. As multidões de experiências diversas precisam ser organizadas em uma totalidade sintética, isto é, em configurações globais dotadas de sentido. Neste aspecto, a ideia de enfermidade não aponta apenas para as impressões sensíveis, e sim para o sentido atribuído a elas. Por tanto, torna-se necessário, portanto, circunscrever as reações corporais em sistemas significantes.

A postura autoritária que é referenciada pelos pacientes por parte dos médicos é ligada ao poder que os profissionais de saúde exercem em relação aos pacientes. Isto é, durante as entrevistas feitas no campo, foi destacado uma postura de autoritarismo por parte dos profissionais de saúde. Alguns interlocutores entrevistados sublinharam a existência de um acto de autoritarismo por parte dos médicos, onde os médicos definem o tempo para atender os seus pacientes, independentemente do horário estabelecido pela instituição, o que é testemunhado no seguinte depoimento:

Bom! eu quando fui no hospital não vi bom atendimento, parece que os médicos não estão preparados para receber os pacientes. Sim, um médico a sua formação é para

servir os pacientes nem, quando você ser um médico você não deve gritar para um paciente, você deve falar por bem, e eu vi esses aspectos negativos, falar mal com os pacientes isso não é nada bom. Bom quando falo tudo isso, não é porque eles gritaram comigo... mas vi uma moça um dia que fui a hospital, não sei talvez por engano entrou numa porta errada, ela queria ir noutra porta mas não sabia, pois, ela queria a porta que entra numa porta de planeamento, e uma enfermeira gritou com ela e para mim isso não é um bom gesto para alguém que está trabalhar na saúde, porque para mim isso é uma humilhação, humilhou aquela moça perante outros pacientes(Mariana 23 anos de idade).

Nessas situações em que a relação médico- paciente acontece de maneira não afectiva, desumano, ocorre distanciamento entre estes dois actores. Destacando-se um profissional de saúde não atencioso, não simpático, ignorante, que não é bondoso, muito chato e pessoa bruta que dá medo a quem se aproxima para ser tratado. Essa conduta desumanizada choca-se com a expectativa de ser tratado como gente. Enquanto que os pacientes segundo os depoimentos, quando se dirigem à um centro de saúde/ hospital, esperam uma ligação carinhosa, empática e honrada.

Subjacente à postura do medico frente ao seu paciente, existe uma determinada ideologia que marcou sua formação académica e que se torna presente em sua prática actual. Esta postura pode configurar-se numa relação de domínio-submissão que é o domínio do medico e submissão do paciente nas mais diversas formas: linguagem extremamente técnica, aparatos sofisticados criados pelo sistema mundial da saúde e todo o ambiente que evidencia o médico como detentor da verdade em relação ao paciente. De outro lado, a postura médica pode delinear-se dentro de um âmbito diferente, qual seja, da relação dialógica, de respeito à pessoa do paciente, aos seus anseios e necessidades de libertação da doença.

Saber aproximar-se, interagir delicadamente a simpatia é a habilidade mais referida, diferenciando um profissional humano que é considerado como “não atencioso, não simpático, ignorante, que não é bondoso, muito chato” pessoa bruta que dá medo em quem se aproxima para ser tratado. Essa conduta desumanizada choca-se com a expectativa de ser tratado como gente.

Essa forma de classificar que o paciente foi concebendo com o tempo que tem frequentado as unidades sanitária para o tratamento das suas enfermidades que pode se enquadrar naquilo que Kleinman (1980) concebe como a experiência que o indivíduo adquire sobre uma determinada doença. Essa forma de classificar a postura de um profissional de saúde também é narrada no seguinte depoimento:

Normalmente se formos mal atendidos seja no hospital ou em qualquer outro sector isso cria confusão ou desordem na nossa mente e nós de uma forma acabamos nos sentindo inferiores porque a pessoa que estiver a tratar nos parece estar a menosprezar-nos, enquanto a pessoa está ali para atender todas as necessidades dos utentes, e é possível que o paciente tenha medo de se expressar, porque o próprio médico não é aberto e acaba limitando o próprio paciente, não dá motivação para a pessoa se abrir, mesmo que a pessoa queira falar mas do jeito que a pessoa é atendida ou tratada acaba tendo receio de contar ao médico (Sónia 24 anos idade).

A partir desta narrativa, percebe-se que uma relação não humanizada durante o encontro clínico entre o paciente com o profissional de saúde e um atendimento não satisfatório, cria uma confusão e desordem na mente do paciente, que pode contribuir de uma forma negativa no estado e no processo de recuperação do paciente e deixando um mau aspecto, que acaba ficando e reproduzido na memória do paciente. A discussão sobre a relação profissional de saúde com o paciente, com base em algumas entrevistas feitas no campo foi destacada também a existência de uma relação entre os profissionais de saúde com o paciente que gira em torno da relação de poder, onde o médico detém um poder de autoritarismo sobre o paciente, acabando por violar os direitos dos pacientes. Como sustenta o seguinte depoimento:

Uma vez fui para hospital com meu filho Grácio e quando cheguei no hospital, perguntaram o que tinha a criança, e eu respondi que estava a aquecer todo o corpo e que tinha falta de apetite e com vômitos constantes, pois a enfermeira respondeu me mal dizendo que, já que eu sabia de tudo o que tinha o meu filho porque não fui comprar medicamentos para ele além de ir para hospital? Nada pude fazer porque eu estava aflita, e precisava de ver o meu filho melhor, tive que engolir tudo (Florida 24 anos de idade).

Com base nesse discurso feita pela Florida, mostra de facto a existência de um acto de poder exercido pelo profissional de saúde sobre o paciente em relação a decisão na prescrição, e um acto de submissão que é exercida pelo paciente. Segundo este paciente, a aflição faz com que o paciente seja submisso ao médico, como forma de atingir os seus objectivos.

3.4. Relações do Género entre os profissionais de saúde e pacientes

As diferenças nas relações sociais baseadas no género e culturalmente construídas, sobretudo no acesso aos recursos, poder ou tomada de decisão, e papéis e responsabilidades, têm implicações no estado de saúde dos indivíduos, particularmente das mulheres que muitas vezes vê a sua capacidade de tomada de decisões limitada. Pois, a influência do género é exercida de diversas formas: exposição, risco e vulnerabilidade, natureza, gravidade ou frequência dos problemas de saúde; forma como os sintomas são percebidos; comportamentos na procura de serviços, acesso aos serviços de saúde, capacidade de seguimento do tratamento, consequências sociais e de saúde a longo prazo (PESS 2014-2019:14).

Segundo os depoimentos de alguns participantes entrevistados, apontam para existência de uma relação do género, onde há uma preferência de um certo tipo de género por parte das mulheres para o atendimento. Afirmam sentirem-se bem acolhidos que o atendimento é feito pelo profissional de saúde do sexo masculino por este ser carinhoso, simpático e apresentar um bom humor de interação. Como é afirmado no seguinte depoimento:

Eu (...) gosto mais de ser atendida com homens pois eles são carinhosos comigo, te tratam bem e tem paciência. Isto é, o médico é mais carinhoso, atencioso com a mulher, ele é mais delicado do que com a mulher em relação a mulher. É porque entre nós as mulheres há uma rivalidade, é por essa razão que o tratamento é muito diferente, eu diria que 90% de nós as mulheres gostamos de ser atendidos por homens. Eu me sinto bem quando é um homem a me atender, como por exemplo quando fui fazer teste de corrimento, no início foi constrangedor, mas quando fui da segunda vez e fui atendido com um médico e ele dizia sinta se a vontade, (...) os cuidados são diferentes em relação a mulher, as mulheres gritam contigo se tu sentes dores ou não querem saber berram contigo na mesma (Lola, 28 anos de idade).

A partir desse depoimento deixado pela Lola, percebi que o define as preferências pelo género nos atendimentos ou consultas medicas, é pelo lado simpáticos que os profissionais de saúde do sexo masculino apresentam aos seus pacientes segundo as entrevistas. Sendo assim, o comportamento agressivo que muitos profissionais do sexo feminino demonstram durante o encontro clínico, faz com que os pacientes do mesmo sexo (feminino) se sintam mal acolhidos desenhando uma imagem ma sobre elas. Garcia (2005) entende que o paciente percebe a qualidade de um serviço a partir de suas necessidades anteriores, ou seja, se anteriormente ele precisou de algum atendimento de saúde e foi bem atendido, superando ou satisfazendo suas expectativas, quando precisar novamente este retornará com a expectativa de ser bem atendido.

Ligado a essa questão, é destacado também no depoimento seguinte:

No meu caso eu prefiro ser atendido por um homem, neste caso o médico, e não ser atendida por uma mulher, pelo facto de mulheres terem mais stresses que os homens. Isto é algumas mulheres não sabem dividir as coisas, as mulheres levam os problemas de casa para o serviço ou para o atendimento, o homem tem problemas, mas conseguem disfarçar melhor que as mulheres (Carola 25 anos de idade).

A interlocutora Carola, ele afirma que o facto de ela não se dar bem ou não gostar de receber um atendimento prestado por uma profissional de saúde é pelo facto de muitas profissionais de saúde carregarem sempre consigo o lado subjectivo e não saber se distanciar dela, mesmo no momento de interação com os seus pacientes. Em relação a essa parte subjectiva que as vezes se manifesta no profissional de saúde acabando por não conseguir se distanciar dos stresses.

Como afirmam Caprara e Rodrigues (2013) a atualidade das questões de “cuidar de si” para depois dar atenção ao outro que está ligada a ética da palavra na relação entre o profissional de saúde com o paciente, é importante para todos os profissionais de saúde envolvidos principalmente em áreas com forte presença de estresse emocional, sintomas físicos e psicológicos: por exemplo, os profissionais com dupla jornada de trabalho em oncologia pediátrica, nas emergências, nas cirurgias e outras áreas da saúde que exigem mais e indiretamente expõem esses profissionais a lidarem constantemente com questões de profundo estresse emocional que forçam um “esquecer-se de si” para cuidar do outro, e que ao mesmo

tempo, exigem um profundo conhecimento técnico e pessoal sobre como lidar com essas situações. Nesse caso, para cuidar dos outros é preciso cuidar de si primeiro, isto é, “conhece a ti mesmo” e “cuida de ti mesmo” para poder cuidar dos outros.

Numa entrevista feita ao profissional de saúde, sustentou que existe a questão acima apontadas por alguns pacientes do sexo feminino sobre a preferência no atendimento clínico, mas sim, o facto de muitos pacientes do sexo feminino se sentirem mais confortáveis quando são atendidas por homens como revela o seguinte depoimento:

Bom, no atendimento há essa questão de preferências, com por exemplo, muita das vezes mulheres preferem ser tratadas ou atendidas por nós doutores/médicos e não por medicas. Este caso me lembra um cenário que aconteceu um dia no hospital na ginecologia onde apareceu uma moça/jovem, e a doutora atendeu-lhe, era um caso que era para colocar a jovem uma pilula na vagina, então a doutora mandou a jovem despir e subir na cama abrir as pernas para entrar em acção, a doutora pegou no comprimido logo que meteu a moça gritou, e a doutora começou a rir e disse a moça para calar. Ela disse haaaa, minha menina você esta a gritar só por causa desse meu dedinho? Hhum ate parece que o meu dedo é maior que a coisa do teu namorado... Por isso que muitas mulheres que vinham no hospital preferiam nós os homens alem de mulheres. Porque mulheres se conhecem, e conhecem quando é que esta a fingir, enquanto para nós pode fingir a vontade, já que não conhecemos na totalidade o lado delas de fingir (Medico 31).

Com base nesse depoimento, é possível perceber que existe a questão do poder de manipulação que as pacientes mostram, isto é, de acordo com o depoimento do medico de 31 anos de idade, o facto de algumas pacientes referirem o gosto de serem atendidas por um profissional de saúde do sexo masculino é pelo facto destas conseguirem manipular facilmente o profissional medico sobre as suas dores, diferente dos profissionais de saúde do sexo feminino, onde os mesmos pacientes dificilmente conseguem manipular.

Percebe-se ainda que, o facto de os pacientes do sexo feminino não conseguirem manipular os profissionais do mesmo sexo (feminino), é pelo facto destas profissionais de saúde terem

conhecimento de algumas actitudes femininas uma vez que também são do mesmo sexo e conhecem melhor o lado feminino.

Capítulo V: Conclusão

O presente trabalho de pesquisa teve como objectivo compreender as dinâmicas explicam a gestão dos factores subjectivos e institucionais na relação entre profissionais de saúde- pacientes no encontro clínico no hospital geral de Chamanculo C. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, que visava recolher dados sobre a relação entre os profissionais de saúde e pacientes e sobre a humanização no atendimento hospitalar em particular no Hospital Geral de Chamanculo C, com base nas entrevistas semi-estruturadas em conversas com médicos e pacientes no bairro de Chamanculo C. Para análise e interpretação dos dados basei-me na perspectiva de Arthur Kleinman sobre os modelos explicativo e ou explanatório a luz dos conceitos “disease” (doença processo) e a “illness” (doença experiência).

Este estudo fez menção à dois argumentos principais: O primeiro argumento defende a existência da humanização e harmonia no atendimento e na relação/ interacção entre profissionais de saúde-paciente no hospital de Chamanculo C. Facto este que resulta de atributos como simpatia, humildade, respeito, da interacção mais aberta entre profissionais de saúde e pacientes na sala de consultas. Nessa perspectiva, as qualidades desenvolvidos por profissionais de saúde em relação ao atendimento, tornam a inter-relação mais aberto durante o encontro clínico, onde o paciente sente-se à vontade e livre para falar dos seus problemas, não só, mas também, são tidas como uma das estratégias que muitas das vezes são desenvolvidas pelo os profissionais de saúde e que também fazem parte princípios da ética profissional para tornarem o atendimento e a relação com o seus pacientes mais humano, e conseguirem alcançar a informações desejáveis para o tratamento.

Constatee ainda, a existência de uma postura autoritária na inter-relação profissional de saúde-paciente e a morosidade no atendimento (mau atendimento), onde há uma relação profissional de saúde com o paciente pouco interativa, um médico autoritário que age de uma forma desumana, produzindo atendimento deficiente e diálogo confuso e conturbado entre profissionais de saúde e pacientes. Neste caso, o profissional de saúde detém o poder de interacção e gerenciamento do atendimento prestado ao paciente, deixando de lado a questão ética no trabalho. Estes aspectos, criam transtornos e desconforto nos pacientes, limitando a interacção durante o atendimento, deixam alguns pacientes com más impressões na memória do paciente sobre a imagem do

profissional de saúde daquela instituição e fazendo com que alguns pacientes busquem outras alternativas para melhorar o seu problema ou doença. Neste caso, o paciente procura outra instituição de saúde com melhores condições. Também, mostrou que dentro dessa relação há um processo de submissão ao profissional de saúde, onde o paciente se sente forçado a ser submisso ao médico como forma de superar ou gerir os problemas.

O segundo argumento do presente estudo destaca uma relação/ interação profissional de saúde-paciente no atendimento que é baseada no género. Segundo essa perspectiva, existe uma certa preferência de género por parte dos pacientes para serem assistidos, e visto que, na maioria os pacientes do sexo feminino destacaram se sentirem confortável quando o atendimento for realizado por um profissional de saúde do sexo masculino. Ainda nesse segundo argumento o profissional de saúde do sexo masculino é considerado melhor e aquele que dá uma assistência mais humanizada ao paciente pelo facto, dele ser simpático e acolhedor dando toda atenção aos pacientes. Os pacientes muitas das vezes reivindicam tratamento digno e humanizado, que pode ser mensurado pela qualidade do atendimento durante a consulta e uma inter-relação cortês e civilizada com alguns profissionais de saúde do sexo masculino que actuam no Hospital Geral de Chamanculo C nas salas de atendimento. A preferência e escolhas são consequências das más impressões tidas no primeiro atendimento.

Pois, contudo, constatei que a relação médico-paciente ocorre na dinâmica dos processos subjetivos e sociais onde habitam os sujeitos, e comporta uma multiplicidade de fatores pessoais, relacionais, comunicacionais, trata-se, portanto, de associar medicamentos e técnica a cuidados, conversas e possibilidades de estabelecer uma relação dialógica. A experiência sobre o atendimento, o tratamento da enfermidade e a inter-relação no centro clínico, faz com que o profissional de saúde procure melhorar o atendimento e o paciente ter preferência e procure por outras condições melhores.

Referência bibliográfica

Alcântara, L. da Silva e Vieira, J. M. W. 2013. “Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades”. *Textos & Contextos*. Vol. 12, No. 2: 334 – 348. Porto Alegre. Disponível na internet em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/14332/10744>. 19 de Março de 2019.

Bourdieu, P. 1996. *A economia das trocas linguísticas*. São Paulo: Edusp Academia Edu.

Caprara, A; Lins A e Franco S. 1999. “A relação paciente- médico: para uma humanização da prática médica”. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro; 15(3): 647-54.

Caprara, A. e Rodrigues, J. V. 2004. “Relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico”. *Ciência e Saúde coletiva*, Vol. 9, No. 1: 139-146. Rio de Janeiro.

Caprara, A. e Rodrigues, J. V. 2013. *A ética da palavra na relação profissionais de saúde-pacientes*. Ideias: 59-76. Disponível na Internet em: <https://doi.org/10.20396/ideias.v4i1.8649398>. 27 de Outubro de 2018.

Casate, J. C. e Correa, A. K. 2005. “Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem”. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, Vol. 13, No. 1: 105-111. Disponível na internet em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692005000100017. 10 de Outubro de 2018.

Coelho Filho, J. M. 2007. “Relação médico-paciente: a essência perdida Interface”. In: Júlio de Mesquita Filho (ed.) *Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 11: 631- 633. São Paulo: Universidade Estadual Paulista.

Conselho Municipal da Cidade de Maputo 2015. *Plano Parcial de Urbanização do Bairro do Chamanculo C (PPUBCC)*. Maputo.

Garcia, E. 2005. *Marketing na saúde: humanismo e lucratividade*. Goiânia: AB.

Gomes, A. P. *at al.* 2008. “Bioética e humanização como temas transversais na formação médica”. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro: Editora RBEMP: 482-491.

- Kleinman, A. 1978. "Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems". *Social Science and Medicine*, 12B: 85-94.
- Kleinman, A. 1981. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. 1987. *Patients and Healers in the Context of Cultures An exploration of Boderland between Anthropology and Psichiatry*. Los Angeles: University of California.
- Lakatos, E. e Marconi, M. 2003. *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Editora Atlas.
- Massarongo, J. O. 2016. "O Direito à Saúde como um direito humano em Moçambique". In: *Cadernos Ibero-Americanos de direito Sanitário*, Vol. 5, supl. 01: 152-164. Brasília. Disponível na internet em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/348>. 28 de Março de 2020.
- Mateus, H. O. 2017. *Cuidando de Saúde em Guitonga e Português – Rumo a um Dicionário de Especialidade*. [Dissertação de Mestrado em Linguística], Faculdade de Letras e Ciências Sociais, UEM, Maputo.
- Mezomo, J. C. 1995. *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: Edições Loyola.
- Nascimento Júnior. P.G. e Guimarães, T.M.M. 2003. "A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos". *Bioética*, vol. 11, No. 1, pp. 101-112. Disponível na internet em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/download/152/156. 10 de Outubro de 2018.
- O.N.U. 1948. *Declaração Universal dos Direitos do Homem*. Disponível na internet em: <http://www.who.int/entity/genomic/elsi/en>. 28 de Março 2019.
- Plano Estratégico de Saúde 2014-2019. *Ministério da Saúde*. Disponível na internet em: <http://www.misau.gov.mz/index.php/planos-estrategicos?download=132:plano-estrategico-do-sector-da-sade-2014-2019>. 28 de Março de 2019
- Rocha et al. 2011. "Relação Médico-Paciente". *Rev. Med. Res.*13 (2): 114-118.

Ruiz-Moral, R. 2007. “Relação medico-paciente: desafios para la formación de profesionales de la salud”. In: *Interface (Botucatu)*, Vol. 11, No 23: 619-623.

Soar, E. J. 1998. “A interação médico-cliente”. *Revista da Associação Médica Brasileira*, Vol. 44, No. 1, pp. 35-42. São Paulo.

Sucupira, A.C. 2007. “A importância do ensino da relação medico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde”. *Interface (Botucatu)*, Vol. 11, No. 23: 624-627.

Van Der Molen, H.T. e Lang, G. 2007. “Habilidades da consulta na escuta médica”. In: Leite, A.J.M.; Caprara, A; Coelho Filho, J.M. (Orgs). *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*: 47-66. São Paulo: Sarvier.