



Relación entre los médicos y pacientes en un hospital público

Relationship between doctors and patients in a public hospital

Relação entre médicos e pacientes em um hospital público

Warner Camargo¹

Universidad Argentina John F. Kennedy, Buenos Aires – Buenos Aires, Argentina

 <https://orcid.org/0000-0003-1719-2988>
warnercamargo12@hotmail.com

Diana Farias

Universidad Argentina John F. Kennedy, Buenos Aires – Buenos Aires, Argentina

 <https://orcid.org/0000-0002-2555-0151>
diana_duse@hotmail.com (correspondencia)

DOI: <https://doi.org/10.35622/j.ram.2022.03.006>

Recibido: 11/06/2022 Aceptado: 01/08/2022 Publicado: 05/08/2022

PALABRAS CLAVE

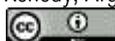
hospital, médico,
paciente,
representaciones
sociales.

RESUMEN. Este artículo tuvo de objetivo identificar las representaciones sociales de la relación médico-paciente en la visión de los pacientes en el Hospital General de Palmas Dr. Francisco Ayres, Palmas – Tocantins, Brasil. Para ello, se utilizaron las representaciones sociales en el contexto de la relación médico-paciente hospitalaria. El procedimiento metodológico utilizado fue una investigación de tipo descriptivo y transversal, con el fin de ampliar la comprensión de los objetivos propuestos, con enfoque mixto. A través de estos modelos metodológicos, reflexionamos que la comunicación enérgica entre médico y paciente como una situación clínica central, principalmente en el desenvolvimiento de una relación terapéutica de confianza. Los resultados permitieron analizar la actuación de estos profesionales a través de la visión de los pacientes, donde pudimos confirmar que las representaciones sociales de la figura médica para los pacientes en la institución hospitalaria están en desacuerdo con lo esperado, principalmente respecto a la atención médica, al tiempo ofrecido, la dedicación en el contexto pandémico y la accesibilidad. Comprenderse la necesidad de la comunicación de los pacientes con el médico, facilitando el asesoramiento adecuado, instrucciones terapéuticas y establecimiento de una relación afectiva.

KEYWORDS

ABSTRACT. This article aimed to identify the social representations of the doctor-patient relationship in the view of patients at the Hospital General de Palmas Dr. Francisco Ayres, Palmas – Tocantins, Brazil. For this, social representations were used in the context of the hospital doctor-patient relationship. The methodological procedure used was a descriptive and cross-sectional

¹ Doctor en Psicología Social por la Universidad de John F. Kenedy, Argentina.



hospital, doctor, patient, social representations.

investigation, in order to broaden the understanding of the proposed objectives, with a mixed approach. Through these methodological models, we reflect that the energetic communication between doctor and patient as a central clinical situation, mainly in the development of a therapeutic relationship of trust. The results allowed us to analyze the performance of these professionals through the perspective of the patients, where we were able to confirm that the social representations of the medical figure for the patients in the hospital institution are in disagreement with what was expected, mainly regarding medical care, to the time offered, dedication in the pandemic context and accessibility. Understand the need for patient communication with the doctor, facilitating appropriate advice, therapeutic instructions and establishing an affective relationship.

PALAVRAS-CHAVE

hospital, médico, paciente, representações sociais.

RESUMO. Este artigo teve como objetivo identificar as representações sociais da relação médico-paciente na visão de pacientes do Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres, Palmas – Tocantins, Brasil. Para isso, foram utilizadas as representações sociais no contexto da relação médico-paciente hospitalar. O procedimento metodológico utilizado foi uma investigação descritiva e transversal, a fim de ampliar a compreensão dos objetivos propostos, com abordagem mista. Por meio desses modelos metodológicos, refletimos que a comunicação energética entre médico e paciente é uma situação clínica central, principalmente no desenvolvimento de uma relação terapêutica de confiança. Os resultados permitiram analisar a atuação desses profissionais pela perspectiva dos pacientes, onde pudemos constatar que as representações sociais da figura médica para os pacientes na instituição hospitalar estão em desacordo com o esperado, principalmente no que se refere ao médico. atendimento, ao tempo oferecido, dedicação no contexto da pandemia e acessibilidade. Compreender a necessidade de comunicação do paciente com o médico, facilitando o aconselhamento adequado, orientações terapêuticas e estabelecendo uma relação afetiva.

1. INTRODUCCIÓN

La temática de la relación médico-paciente y sus representaciones sociales es una cuestión que gira en torno a un motivo que siempre ha sido una preocupación de la humanidad, la preocupación por la salud física. Para analizar el contexto social de la relación médico-paciente, es interesante pensar que este proceso es realizado a través de la comunicación, la interacción del conocimiento del médico dentro de una simbiosis que se establece con el paciente, en el momento en que el paciente lo busca para exponer una situación sensible que involucra, sobre todo, confianza.

Esta comunicación está representada por la explicación de los signos, síntomas y manifestaciones de las enfermedades y el médico figura como una autoridad en la conducción del proceso de conocimiento y tratamiento de la enfermedad.

Este proceso es algo repetitivo en la práctica médica, lo que requiere una mirada singular a este encuentro médico-paciente, dado que, como praxis, el médico se limita a repetir el arte que aprendió a hacer, en el ejercicio de su profesión. Por el lado del paciente, existe una expectativa personalizada (en el sentido subjetivo) de que ese profesional específicamente elegido será el promotor del restablecimiento de su salud. En este sentido, se ve claramente que existe una interacción con dos vértices, cada uno enredando un papel específico en el escenario de esta relación.

Una vez alcanzado el ejercicio profesional, la figura del médico se da cuenta que a relación con su paciente envuelve muchos motivos, dentro de los cuales es posible apuntar el deseo de ayudar a los demás; trabajar con las demandas humanas; para salvar vidas; y acoger y mitigar el sufrimiento de las personas (Grossemann & Patrício, 2002). Dentro de las motivaciones, la práctica médica es direccionada por el deseo, además de lo reconocimiento social y financiero, es imprescindible su fascinación por el dominio de la curación.



Abordar el asunto de la relación médico-paciente es fuertemente significativo para ambas áreas, salud y social, considerando el carácter esencial de la salud para la posibilidad de una vida plena. Incluso la definición introducida por la Organización Mundial de la Salud - OMS explica el término como el completo bienestar físico, psicológico y social humano.

Desarrollar conocimientos, trabajos científicos y estudiar la relación médico- paciente es sobretodo desarrollar reflexiones para futuras acciones y estrategias más efectivas en esto contexto, proporcionando mejoras en el tratamiento y curación de los pacientes.

Entendemos que, con esta investigación repensamos la relación médico-paciente como una relación activa-activa y no activa-pasiva, ponemos el paciente en una posición tan activa en cuanto al médico, ya que se su propio dolor es el paciente que orienta y direcciona el momento en la clínica, o sea, el paciente ocupa un lugar como un ser activo.

Así, con la profesionalización, los centros médicos y hospitales se han especializado en la recuperación de la salud y el recibimiento de una atención asistencial, que envuelve la integralidad en la atención de la salud, son desafíos constantes dentro de estas instituciones.

En el sistema hospitalario como espacios de cuidado es esperada la humanización en la atención médica, protegiendo al paciente y fiscalizando conductas que prevengan los sufrimientos a los pacientes. El papel esperado del médico es el de reconfortar y curar el sufrimiento humano. Estos espacios son lugares especializados donde personas en su contexto biológico necesitan de una mirada psicosocial y que posean, en el tratamiento de su enfermedad la disposición de un servicio digno, respetando su autonomía. Las preguntas problemas son: ¿Cuál es la estadística representada por los pacientes cuanto a su satisfacción en la relación médico-paciente dentro del contexto hospitalario? ¿El contexto pandémico fue un obstáculo para la dedicación de los médicos a sus pacientes?

Esta investigación destaca la relación médico-paciente en el momento actual. Entiende que la comprensión de esto momento singular de la historia de la humanidad es una estrategia valiosa para superar este desajuste pandémico que estamos viviendo en el momento actual con el Covid-19.

Dada la complejidad que envuelve el tema y los tiempos actuales, debe-se considerar que este artículo aborda contenidos longitudinales y actuales en el área de la psicología social y de salud, adentrando en el movimiento de la práctica médica, bien como, sus limitaciones y desafíos.

Esta investigación colabora en la construcción de nuevos conocimientos y transformaciones en el área de la Psicología Social y el área de la Salud, a partir de los cuales traemos a las representaciones sociales de la figura médica y la relación médico- paciente como atributo de la humanización de la ciencia médica y del nuevo protagonismo experimentado por el paciente como aspectos de esta nueva relación médico-paciente.

2. MÉTODO

Se llevó a cabo una investigación descriptiva y transversal, con el fin de ampliar la comprensión de las representaciones sociales de relación médico-paciente, a partir de la visión de los pacientes en el tiempo actual. Se eligió un estudio de campo transversal con un enfoque de una investigación mixta, abordaje cualitativo y cuantitativo.

La muestra utilizada fue no probabilística e intencional, compuesta por pacientes que estaban en acompañamiento médico, independiente de la especialidad médica y patología del paciente, en el Hospital General de Palmas – Tocantins - Brasil. Se aplicaron cuestionarios a 112 pacientes. En todos los cuestionarios, se precedió el formulario de consentimiento libre e informado. Fue utilizado un instrumento corto cuantitativo, el *Cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire* PDRQ-9 que tuvo su importancia en la evaluación de cuánto el paciente considera a su médico como un profesional de la salud competente y servicial. Además de evaluar la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente, percibe como ellos señalan la disponibilidad de ayuda y empatía del médico.

Los criterios para la inclusión en la muestra fueron: pacientes que estaban en acompañamiento médico en el Hospital de Público de Palmas – Tocantins, que estuviera en dispuesto a participar en la encuesta.

3. RESULTADOS

Según Costenaro y Lacerda (2001) el cuidado está dentro de varias organizaciones que ofrecen servicios al 'otro', y el profesional es el responsable de la calidad de la atención que se brinda al ser atendido y, para ello, debe esforzarse y ofrecer lo mejor para asegurar un cuidado humanizado. De esta forma, sin duda, ejercer el cuidado es una tarea difícil y desafiante.

La palabra cuidar, según Silva y Gimenes "es servir, es ofrecer al otro como una forma de servicio, fruto de nuestros talentos, preparaciones y elecciones" (2000, p.307).

El cuidado médico es realizado y adquirido a través de la experiencia del profesional como cuidador, en su demostración de acuerdo con sus conductas que son derivadas de los conocimientos, afectos y habilidades, transformando en acciones éticas y que reflexionan su humanidad y carácter. El cuidador, para la realización de su cuidado, de acuerdo con Silva y Gimenes (2000) se necesita se percibir al 'otro' tal como se muestra, en sus gestos y discursos, en su dolor y limitación. Es por la sensibilidad en situación de enfermedad, que el médico entiende que hay en su paciente una historia de vida que se puede ver en muchos detalles (Baggio, 2006).

La estructura del hospital y su entorno tiene características que hacen a las personas vulnerables, tornando un ambiente muchas veces tenso, frío, triste y muchas veces sin esperanza de vida.

Al buscar estudiar la relación médico-paciente y sus entrelíneas, es importante entender el significado de esta relación para los pacientes, mismo con una perspectiva estadística, donde números no representarían sentimientos o palabras, pero los datos identificarían significados prevalentes entre las representaciones sociales puestas en el cuestionario.

La permanencia del paciente en el hospital o insiere en una compleja red de cuidados que son compuestos por: "actos, trámites, flujos, rutinas, saberes, en proceso de complementación y disputa, conforman la asistencia sanitaria" (Feuerwerker & Cecílio, 2007, p.969).

El conocimiento de la relación médico-paciente funciona como un factor importante en el entendimiento del contexto de la atención de la salud, concepto culturalmente consolidado (Starfield, 1994; Kearley et al. 2001).

Abordamos esta relación en algunos ítems:

El primer ítem de la representación social fue la **Ayuda**, la media de 51 (45,5%) de los participantes está poco y no están de acuerdo sobre la ayuda de su médico en las decisiones sobre su salud. Este ítem quedó en la escala Likert entre la puntuación 1 y 2, las dos puntuaciones más bajas en la escala.

La relación construida por el médico se basa en la ayuda del médico a su paciente que engloba varios componentes incluso la comunicación verbal y la comunicación no verbal a través de la escucha. En la mayoría de las veces los pacientes vienen a los servicios apenas necesitando ser escuchado, por eso la importancia de la escucha activa. Es a través de ella que el médico ayuda a su paciente a la comprensión de su patología y el desenvolvimiento de su tratamiento.

Comprenderse la comunicación de los pacientes con el médico facilita el desenvolvimiento de la buena información y ayuda a los pacientes a entender su diagnóstico más preciso. La necesidad en aquel momento del asesoramiento adecuado instrucciones terapéuticas y establecimiento de una relación afectiva favorece la recuperación del paciente.

Para Alves Mazzotti “explicitan que no existe separación entre el universo externo y el universo interno del sujeto: en su actividad representativa, no reproduce pasivamente un objeto dado, pero, en cierta manera, lo reconstruye y, al hacerlo, se constituye como sujeto” (2000, p.59),

El segundo ítem de la representación social fue **Tiempo**, 40 (35,7%) de los participantes están un poco de acuerdo; 28 (25%) de los participantes afirman que están muy de acuerdo. Este ítem tuvo dos lados importantes. La mayoría de las respuestas en la escala Likert quedó en la puntuación 2 y el segundo grupo la puntuación 4, pero en la media la mayoría puntuó este ítem como un ítem bajo.

De acuerdo con Graves y Watkins (2015) los médicos tienen la necesidad de comprender, bien como, aprender que la relación con sus pacientes es basada en la evocación de valores, motivaciones e ideas a través de la planificación del encuentro clínico. Un encuentro con un otro, un ser sensible, que necesita de tiempo y espacio para sus dolores.

La relación médico-paciente es un encuentro específico y complejo, pues envuelve una dimensión del motivo de la consulta, algo que puede estar envuelto o no de una perspectiva orgánica casi exclusiva.

Balint (1961) afirma que la dimensión de la consulta médica va más allá de lo técnico –en el contexto de esa relación asimétrica y sobre la base de una correcta comunicación entre médico y paciente–, se basa, muchas veces en la figura del médico. Una droga que el aturo habla que tiene el efecto terapéutico “la droga llamada doctor”. Entonces el propio médico a través de su dedicación y tiempo al paciente es su propio remedio sanador. Todo esto dentro del contexto reproducido a través de la relación con el enfermo.

Es en la práctica médica que los pacientes tienen su propio tiempo en construir su relación interpersonal con su médico, facilitando una amplia comprensión de su estado de salud y bienestar.

El tercer ítem de la representación social es la **Confianza**, los componentes importantes en la relación médico paciente son: a) Confianza, que envuelve la satisfacción, competencia y privacidad; b) Alianza terapéutica, esclarecimiento de responsabilidades y desarrollo de vínculos y c) Empatía, la medicina centrada al paciente. Este ítem tuvo una dualidad en la escala Likert, por un lado, los pacientes concordaron totalmente y están poco de acuerdo puntuación 5 y 2; de otro lado los pacientes están muy de acuerdo y están de acuerdo, puntuación 4 y 3.

La representatividad social de la postura médica, en dirección a la salud del paciente, empieza desde la confianza del médico en el paciente y sus síntomas. Esto se construye desde la facultad, esa confianza sigue a sus pasos hasta la formación profesional, y permanece en los médicos cuando ellos vengán a trabajar y demostrar esto sentimiento sus pacientes.

En la investigación de Pinheiro-Carozzo et al. (2020) -a pesar de una baja tasa de participación- los resultados obtenidos de los médicos demuestran a través de una autoevaluación que estos apuntan para la importancia de tener una formación en un modelo biopsicosocial, lo que desplaza el énfasis de la atención de la enfermedad al paciente, culminando en una visión más humanizada del proceso salud-enfermedad y de la relación de confianza entre médico-paciente.

El cuarto ítem de la representación social es **Comprensión**. Los pacientes participantes respondieron: 32 (28,6%) Están de acuerdo; 30 (26,8%) Están muy de acuerdo cuanto a la comprensión del médico. En este punto, estadísticamente se identificó que los pacientes no tenían dificultad para ser entendidos por sus médicos en cuanto a sus sentimientos, síntomas y su estado de salud durante su acompañamiento hospitalario. En la escala Likert este ítem quedo en la puntuación 3 y 4 puntos.

La práctica ejercida por los médicos fue interpretada en la realización y desenvolvimiento del modelo biopsicosocial centrando su atención al paciente en la comprensión completa, no lo reduciendo a sus trastornos y enfermedades, pero sí a la observación de la dinámica social y cultural del paciente.

De acuerdo con George Engel (1977) teórico que enunció el modelo biopsicosocial, en la práctica médica esto modelo estudia la salud y la enfermedad desde una perspectiva integral, no solo en la interacción de los factores biológicos del individuo, sino también del entorno en el que vive y sus relaciones sociales, o sea, un sujeto social que es constituido por el medio y responde a sus interacciones.

Smith y Clarke (2006) afirman que ese modelo biopsicosocial trae la reflexión de las condiciones psicológicas, emocionales y socio ambientales en el que se inserta el individuo, que se ha convertido una pauta ética en la educación médica. Y para la realización de una práctica basada en esto modelo ideal, es indispensable pensar en el concepto de salud por la OMS que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo consiste en la ausencia de enfermedad” (1978, p.1).

El quinto ítem es la representación social de la Dedicación, los pacientes de la investigación responderán: 36 (32,1%) están de acuerdo; 31 (27,7%) están muy de acuerdo, el que en la escala Likert estuvieran entre 3 y 4 puntos.

Hablar de dedicación es también hablar del proceso de entendimiento basada en una escucha activa. Para Jahromi et al. (2016) escuchar va más allá de un proceso de oír, es en la verdad también un proceso que requiere actitud.

El médico en el proceso de dedicación es capaz de comprender el emocional y la salud mental de la persona pues la mayoría de las personas que pasan por algún problema, es nítida que ellas pierden el interés por luchar por su propia salud.

Los autores Bauer et al. (2010) inscriben que la escucha no está fijada apenas en el contenido, pero envuelve intenciones y sentimientos de quien habla. Muszkat (2005) describe que la escucha activa es una de las primeras

alternativas que consiste en la promoción y participación de las partes involucradas en el diálogo. Y esto resume la dedicación del médico en el momento de la consulta.

Registramos que el proceso de dedicación, envuelve muchos procesos. Gadelha, Muzi y Guimarães (2020) en su investigación científica evaluaron la satisfacción de los pacientes con la hospitalización y realización del tratamiento oncológico. Estos autores registran que existe la asociación de la satisfacción con aspectos sociales individuales.

Pensando en la repercusión de la pandemia en dedicación de los médicos el ítem sexto tras la representación social de la Dedicación de los Médicos en la Pandemia. En esto punto la estadística es por si significativa, donde cuasi 100% de los participantes, específicamente 94,6% responderán que concuerdan totalmente que el contexto pandémico fue un obstáculo en la dedicación de los médicos. En la escala Likert la puntuación prevalente en este ítem fue la puntuación 5.

De acuerdo con Barbería et al. (2020) que realizó un estudio sobre los aspectos médico-legales de la pandemia por Covid-19 en la España, en los resultados de la investigación ponen en manifiesto la realidad de la rápida expansión internacional del virus, donde el sistema sanitario, que envuelve la figura del médico, ha tenido un gran impacto debido a la gran asistencia brindada por los pacientes afectados por Covid-19 y afirman que su sistema de salud se encuentra en crisis. En esta investigación se registró también una crisis social y económica, con un enorme impacto en la población, que podría derivar en una grave crisis humanitaria global.

En los resultados identificamos el impacto de la pandemia en asociar un cuidado más humanizado, mismo el sistema en crisis, más también la necesidad de la atención a estos profesionales en relación a su sobrecarga y salud emocional.

Es imposible no hablar con esto registro: cuasi en 100% de los participantes, de vivenciaren la respuesta pandémica de la sobrecarga de los servicios de salud y el desfasaje del atendimento a los pacientes, es necesario según Sampaio et al. (2020) que haga el control de los síntomas y la calidad de vida de estos pacientes, en consonancia con una mirada atenta y acogedora.

También es imprescindible la atención a estos profesionales que están en la línea de frente la importancia en ellos conciliaren las recomendaciones para una atención segura pues en la investigación de Ramalho et al. (2020) fueran identificada lesiones por los equipamientos de protección, necesarios en la utilización de la no contaminación del Covid-19. Es fundamental que también dirijamos nuestra atención al mantenimiento de la integridad de la salud de los profesionales que necesitan hacer uso muchas veces por horas en su turno de trabajo hospitalario. Para las autoras, la ocurrencia de la lesión puede afectar la atención, la calidad de vida y la autoestima de estos profesionales.

Entonces la atención a la salud en el contexto pandémico fue un gran desafío o pudimos decir a través de los datos estadísticos que hubo un rompimiento en el mantenimiento de la relación médico-paciente y su dedicación en el contexto pandémico. Considerando los impactos de la pandemia de Covid-19, como las medidas de aislamiento social, lo que acarrió además de problemas financieros, también problemas de salud física y emocional.

Según Aguilar (2014) la relación médico-paciente es un encuentro comunicacional. Registrando este encuentro puntuamos al ítem Acuerdo sobre los Síntomas un ítem que nos permite a la comprensión del acto médico y la

transferencia de las informaciones donde independiente cual sea el estado actual de salud de su paciente, todos sus pacientes son protagonistas de expresar con sus propias palabras sus dolores. Como registramos en el análisis de los datos, la mayoría de los pacientes, 35 (31,2%) están de acuerdo que existe la armonía en la relación médico paciente, representada por el entendimiento, a través de la comunicación, del médico sobre su patología y formas de tratamientos necesarias. En la escala Likert la puntuación prevalente en este ítem fue la puntuación 3.

La expresión de los síntomas, a través de las palabras del paciente, es primordial para el entendimiento del motivo de consulta y posibles intervenciones, es en la expresión verbal y no verbal que los pacientes transmiten sus sentimientos, sensaciones y opiniones.

La comunicación en la Relación médico-paciente siempre demuestran una amplia visión y envuelve muchos factores entre médico y paciente: donde muchas veces la descripción poco clara de los síntomas por parte del paciente y la escasa formación o escucha activa de los médicos en las narrativas agrava la situación y muchas veces es el impedimento de resolver las demandas de los pacientes.

Complementando el profesional médico ciertamente sabrá que ha actuado correctamente si el comportamiento de su paciente va en sintonía con las respuestas positivas a su salud, aquí está la función social del médico.

En este sentido las acciones de los médicos que vivencian esta relación social médico-paciente de forma satisfactoria se aceptan como válidas. Es la respuesta de su paciente, que validamos su conducta. Así, las representaciones sociales son guías acerca de la realidad social vivenciada en el ambiente hospitalario. La capacidad de las representaciones sirve de guía, y lleva a los pacientes a orientar su comportamiento y responder bien a su tratamiento, todo depende la situación social vivenciada (Rateau & Lo Monaco, 2013).

Esto conocimiento mediado por la Disponibilidad fue interpretado como el octavo ítem de las representaciones sociales, donde el objetivo fue conocer cómo anda el proceso de comunicación de los médicos con sus pacientes. En esto momento se registró que esta comunicación en su mayoría está muy de acuerdo con la disponibilidad de comunicación del médico. En la escala Likert la puntuación prevalente en este ítem fue la puntuación 4.

De fato la representación social demuestra el encuentro bioético, basado en dos protagonistas, el oyente (médico) y el hablante (paciente), una alianza de vínculo, respeto y la participación mutua en la tomada de decisiones.

El paciente es detentor de su propia autonomía, y necesita ser escuchado y considerado en tener capacidad para tomar sus propias decisiones en relación con su cuerpo. Hace mucho tiempo, que el paciente perdió la relación de paternidad con sus médicos, donde el paciente aceptaba sin criticar los posicionamientos del médico. Hoy es visible que el principio de la bioética abarca esa nueva visión del comportamiento jerárquico compartido entre médico y paciente, donde el paciente asume su autonomía.

Por lo tanto, en esto punto es importante hablar los principios de la bioética, son tres principios básicos: la beneficencia, la no maleficencia y justicia. Es a través de estos principios que podemos abordar el nuevo ítem que es la representación social de la Satisfacción. Una satisfacción que se basa en la comprensión del paciente, sobre la actuación del médico en maximizar sus beneficios y minimizar sus daños.

En este punto es registrado que los pacientes en su mayoría, 35 (31,3%) están muy de acuerdo, contentos y satisfechos con el tratamiento que ofrece sus médicos. Este ítem nos resumió la importancia que los profesionales deben tener sobre convicción e información técnica posible para asegurar que el acto médico sea beneficioso para el paciente (una acción que hace el bien). En la escala Likert la puntuación prevalente en este ítem fue la puntuación 4.

El sostenimiento de la autonomía del paciente, tiene mucha relación con la próxima representación social que es la Accesibilidad de los médicos con sus pacientes, los resultados demostraron una dualidad de respuestas en los dos extremos, donde: 26 (23,2%) de los pacientes no están de acuerdo con la facilidad en el acceso; 26 (23,2%) de los pacientes están muy de acuerdo con la accesibilidad. En la escala Likert la puntuación prevalente fue en dos extremos, la puntuación 1 (los pacientes que no están de acuerdo) y la puntuación 4 (los pacientes que están muy de acuerdo).

La autonomía del paciente presupone que ello sea libre de tomar sus decisiones, siempre que esté suficientemente informado (Fortes, 1998). Los pacientes necesitan de informaciones completas, precisas y claras sobre su proceso de salud-enfermedad, el médico debe dar cualquiera información sobre su diagnóstico y las alternativas terapéuticas, bien como juntamente con el paciente firmar el consentimiento informado del paciente a las exploraciones complementarias y tratamientos propuestos.

4. CONCLUSION

El compromiso social del médico es tratar, y esto tratamiento es el centro del debate moral en la temática de la relación médico-paciente. La figura del médico es representada por su capacidad científica de proporcionar información de fondo, conocer el presente y predecir el futuro. En sus praxis el profesional médico tiene que tener dos objetivos especiales sobre la la situación de enfermedad: hacer el bien o no hacer daño. El arte del cuidado posee tres pilares: la enfermedad, el paciente y el médico. Segundo Hipócrates el médico es el servidor del arte, así como el paciente debe luchar contra su enfermedad junto con el médico, este debe usar toda su habilidad para enfrentar la enfermedad del paciente. Registrase en esto momento la construcción de la relación médico-paciente.

Como personas sociales, los médicos en su profesión posee deberes y uno de los deberes éticos más relevantes está basado en el bienestar de su paciente y entorno, concibiendo a través de su actuación el apoyo a las instituciones, la sociedad y sus propósitos: siempre dispuestos a asesorar al paciente en asuntos de especial relevancia para la profesión, para mejorar aspectos de su vida, aconsejando y demostrando tiempo y dedicación al paciente en el enfrentamiento de su patología, aliviando el sufrimiento e incluso a riesgo de sus propias vidas. El tratamiento humanizado y el cuidado digno, sin segregación, es un derecho del paciente (Brasil, 2006).

Durante un proceso de enfermedad, las creencias, sentimientos y conductas están a la vista de la relación médico-paciente, y es en el momento de la anamnesis y durante el servicio que el médico debe estar atento a construir un vínculo que permita un intercambio efectivo de información.

Al buscar la actuación médica, abordamos en el desenvolvimiento de este artículo las representaciones sociales de los pacientes basada en el instrumento PDRQ-9 que fue construido para evaluar la relación médico-paciente en escala que consideraba como relevantes elementos fundamentales en el proceso de construcción de una relación exitosa. Este instrumento considera puntos de convergencia en la alianza terapéutica, evidenciando



ítems, que fueran compuestos por: ayuda, tiempo, confianza, comprensión, dedicación, dedicación en la pandemia, acuerdo sobre los síntomas, disponibilidad, satisfacción y accesibilidad.

A través del instrumento conseguimos comprobar la primera hipótesis traída en la investigación, que las representaciones sociales de la figura médica para los pacientes en la institución hospitalaria fueran interpretadas en desacuerdo con el esperado, principalmente cuanto al ítem ayuda, al ítem tiempo ofrecido, al ítem dedicación en el contexto pandémico y al ítem accesibilidad.

Es en el momento clínico que el médico ejerce la dedicación de tiempo y ayuda al paciente. La escucha activa es necesaria para la comprensión de no perder de vista el histórico y las posibilidades en la toma de decisiones sobre el mejor tratamiento posible.

La Escucha Activa es una de las representaciones sociales que envuelve la relación médico-paciente, vivida como el primero círculo, la comprensión en las palabras y expresiones consiste en el mejor entendimiento sobre el que y lo que el sujeto que habla está pasando, la interpretación del mismo sobre su problema de enfermedad.

Como parte fundamental de la práctica médica basada en una relación humana es imprescindible que el médico establezca una relación dialéctica con su paciente, fundada en los principios bioéticos, incluyendo la autonomía de paciente y siendo capaz de percibir sus demandas presentadas, incluso los sentimientos, como angustia, miedo e incertidumbre.

Los médicos, aunque agotados por la estresante rutina de los hospitales, junto con sus equipos debían estar preparados para recibir y esta accesible a sus pacientes. Actuaron de forma proactiva y ofrecer una atención completa en el momento de la consulta, presumiblemente, trae la seguridad en este momento como un elemento esencial.

Se encontró que en el contexto de la relación que se establece entre médico y paciente, la comunicación es necesaria para la construcción de una amplia visión que envuelve muchos factores, principalmente, la descripción de los síntomas por parte del paciente y la necesidad de la escucha activa de los médicos en las narrativas.

El individuo es construido por sus creencias, pensamientos y comportamientos basados en modelos familiares y sociales, así como en sus aprendizajes y experiencias previas sobre la enfermedad. Muchas de estas experiencias no aportan ningún tipo de ventaja para el paciente, ya que la mayoría de las veces se basan en creencias populares sin efectividad científica probada y que su uso por parte del paciente muchas veces enmascara la enfermedad y además retrasa la búsqueda del paciente de ayuda especializada. Las creencias populares sobre la eficacia de la medicación y el tratamiento, por ejemplo, pueden cuestionar la importancia y la necesidad de comportamientos de promoción de la salud (Barletta, 2003).

Se puede ver que el paciente busca en el médico la aceptación de una escucha atenta que se reconozca como persona humana y tenga la capacidad de soportar su dolor y sufrimiento. Esta es una condición importante para formar vínculos y confianza (Schimith; Lima, 2004).

El paciente en su estado de gran fragilidad, aunque consciente de su posición, reconoce en el profesional médico a un conductor, una persona que conoce las técnicas científicas que le brindarán la solución a su problema presentado. Por lo general, este paciente, hoy más esclarecido, tiene otras opciones diagnósticas para

el médico y, en cierto punto, incluso se frustra cuando observa que su tratamiento no está de acuerdo con lo que pre-diagnosticó. Estamos en la era de la realidad aumentada, de abundante investigación en la red mundial de computadoras, y le corresponde al médico transmitir la confianza necesaria para obtener la adherencia del paciente y la confianza de que ese pronóstico y que su orientación de medicación es la adecuada a la situación de ese paciente específico.

La medicina no es solo ciencia, la medicina también es arte. Y el médico es un gran artífice de este proceso, necesitando muchas veces gestionar la relación de forma creativa y poco convencional para extraer del paciente la información que se quiere obtener de él para mejorar su diagnóstico.

Conflicto de intereses / Competing interests:

Los autores declaran que no incurre en conflictos de intereses.

Rol de los autores / Authors Roles:

Warner Camargo: conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización, escritura - preparación del borrador original, escritura - revisar & edición.

Diana Farias: conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, recursos, software, supervisión, validación, visualización, escritura - preparación del borrador original, escritura - revisar & edición.

Fuentes de financiamiento / Funding:

Los autores declaran que no recibieron un fondo específico para esta investigación.

Aspectos éticos / legales; Ethics / legals:

Los autores declaran no haber incurrido en aspectos antiéticos, ni haber omitido aspectos legales en la realización de la investigación

REFERENCIAS

Aguilar Fleitas, Baltasar. (2014). La relación médico-paciente: Dimensiones. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 29(3), 290-294.

Alves Mazzotti, A. J. (2000). *Representações sociais: desenvolvimentos atuais e aplicações à educação*. In: Candau, V. M. (Org). *Linguagem: espaços e tempo no ensinar e aprender*. In: Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino (Endipe), 10, Anais. LP&A.

Baggio, Maria Aparecida. (2006) O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. *Revista eletrônica de enfermagem*. 8 (1), 9 – 16.

Balint, M., (1988). *O Médico, Seu Paciente e a Doença*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.

Barbería, E., Pujol-Robinat, A., & Arimany-Manso, J. (2020). Aspectos médico-legales de la pandemia por COVID-19 [Medico-legal issues of COVID-19 pandemic]. *Revista Española De Medicina Legal*, 46(3), 89–92. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.012>

Barletta, J. B. (2003). *Treinando respostas de adesão ao tratamento de portadores de AIDS hospitalizados: um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós- graduação em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.



- Bauer C; Kathrin F; Renate MP. (2010). Introducing “active listening” to instant messaging and e-mail: benefits and limitations. *IADIS International Journal on WWW/Internet*. 7(2):1–17.
- Brasil. (2006) *Ministério da Saúde. HumanizaSUS: a clínica ampliada. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. Ministério da Saúde: Brasília.
- Costenaro, R.G.S.; Lacerda, M.R. (2001). *Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?* Santa Maria: Unifra.
- Engel GL. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*.,196(4286):129-36.
- Feuerwerker, L. C. M. & Cecílio, L. C. O. (2007). O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):965-971
- Fortes PA. (1998). *Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudos de caso*. São Paulo: EPU.
- Gadelha, Bárbara de Queiroz, Muzi, Camila Drumond e Guimarães, Raphael Mendonça (2020) Avaliação da satisfação de pacientes oncológicos com o serviço de saúde em um hospital público no Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*. 28 (3), 353-361. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028030175>.
- Graves E, Watkins RW. (2015). Motivation interviewing: patient engagement as the key to healthy practices, patients, and practitioners. *NC Medical Journal*. 76(3):175-6.
- Grosseman, S.; Patrício, Z.M. (2004). A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 28 (2),99-105.
- Jahromi, V. K.; Tabatabaee, S. S.; Abdar, Z. E.; Rajabi, M. (2016). Active listening: The key of successful communication in hospital managers. *Electronic physician*. 8(3), 2123–2128.
- Kearley KE, Freeman GK, Heath A. (2001). An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract*. 2001;51:712–8.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 1-55.
- Muszcat, Mauro. (2005). *Neuropsicológica do desenvolvimento: conceitos e abordagens*. São Paulo: Memnon, p.144-161.
- Organização Mundial De Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata: primeira conferência internacional sobre cuidados primários de saúde*.
- Pinheiro-Carozzo, Nádia Prazeres, Cardoso, Bruno Luiz Avelino, Teixeira, Catarina Malcher, Haidar, Flávia Costa, & Sousa, Júlia Milhomens de. (2020). Habilidades sociais e satisfação profissional de médicos que atendem em contexto ambulatorial. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(4), 27-40. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.vi.808>
- Ramalho, A.O; Freitas, P.S. S; Nogueira, P.C. (2020). Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico nos profissionais de saúde em época de pandemia. *Estima, Braz.J. Enterostomal Ther.*, 18: e0120. https://doi.org/10.30886/estima.v18.867_PT1.



- Rateau, P. Lo Monaco, G. (2013). La Teoría de las Representaciones Sociales: Orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y métodos. *Revista CES Psicología*, 6 (1), 22-42.
- Sampaio SG dos SM, Dias AM, Freitas R de. (2020). Orientações do Serviço Médico de uma Unidade de Referência em Cuidados Paliativos Oncológicos frente à Pandemia de Covid-19. *Rev. Bras. Cancerol. Tema Atual e-1058*. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1058>
- Silva, M.J.P.; Gimenes, O.M.P.V. (2000). Eu – o cuidador. *Rev. O mundo da saúde*, São Paulo, 24 (4), 307-309.
- Schimith, M.D.; Lima, M.A.D.S. (2004). Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*, 20, 1487-1494.
- Smith G, Clarke D. (2006). Assessing the effectiveness of integrated interventions: terminology and approach. *Med Clin N Am*. 90(4):533-48.
- Starfield B. (1994) Primary care tomorrow: is primary care essential? *Lancet* 344: 1129- 1133.

