

Universidade do Minho

Instituto de Ciências Sociais

Elisabete Barbosa de Jesus

**Competências comunicacionais na relação
médico-doente: estudo em serviço de urgência**

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Ciências da Comunicação

Área de Especialização em Publicidade e Relações Públicas

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Ana Duarte Melo

Outubro de 2016

DECLARAÇÃO

Nome: Elisabete Barbosa de Jesus

Endereço Eletrónico: geral@cefolgest.pt

Telefone: 913968705

Número de cartão de cidadão: 11057432

Título da Dissertação

Competências comunicacionais na relação médico-doente: estudo em serviço de urgência

Orientadora:

Professora Doutora Ana Duarte Melo

Ano de conclusão: 2016

Designação do Mestrado: Mestrado em Ciências da comunicação – Especialização em Publicidade e Relações Públicas

AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho. ____/____/____

Assinatura : _____

Dedico esta dissertação aos meus pais, pelo apoio incondicional e pela presença constante em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Aos meus Pais, Frederico Barros de Jesus e Dolores da Conceição Antunes Barbosa pelo amor, orgulho e dedicação que sempre manifestaram ao longo desta caminhada. Pai, obrigada por sempre me apoiares e incentivares a procurar mais conhecimento e novas aprendizagens. Mãe obrigada pelo teu apoio incondicional, amor e pelas tuas palavras de conforto. Amo-vos muito!

Para a minha amiga e eterna confidente Doutora Olga Pires, pela sua dedicação e ajuda. Olga, obrigada por me ouvires em momentos mais difíceis. Por apaziguares os meus anseios e estares sempre ao meu lado. De facto, sem ti, este trabalho teria sido muito mais difícil de ser concretizado. Muito obrigada! Marcela, obrigada pelo teu apoio e ajuda incondicional. Obrigada Esser pela tua disponibilidade e entusiasmo.

Agradeço a oportunidade que o Hospital da Misericórdia de Vila Verde me concedeu em desenvolver este estudo. Em particular à Administração do Hospital, bem como ao Dr. Paulo do Departamento de Qualidade e ao Enfermeiro Vitor, responsável pelo serviço de urgência, pela disponibilidade e por todo o apoio demonstrado. Deixo uma palavra de apreço à equipa médica do serviço de urgência pela ajuda e colaboração bem como a todos os funcionários, enfermeiros e auxiliares.

Para a minha orientadora Professora Doutora Ana Duarte Melo, um agradecimento especial pelo apoio, disponibilidade e motivação demonstrada ao longo deste percurso.

E a todos aqueles que direta ou indiretamente tornaram possível a concretização deste trabalho. Um bem haja a todos!

RESUMO

A relação médico-doente tornou-se um desafio no contexto atual da medicina no que se refere à humanização, empatia, relação de poder, atitudes e competências comunicacionais. Estudos recentes demonstraram a importância que a relação médico-doente tem na melhoria do serviço prestado, assim como a importância da comunicação na prática clínica.

Este estudo foi desenvolvido no serviço de Urgência do Hospital da Misericórdia de Vila Verde, junto de 100 doentes e 9 médicos. Assente em métodos quantitativos, aplicação de inquéritos aos doentes e aos médicos; e qualitativos, entrevista exploratória, a investigação procurou perceber qual a perceção que médicos e doentes do serviço de urgência do Hospital de Vila Verde têm acerca das atitudes e competências comunicacionais.

Neste sentido, focaram-se aspetos subjacentes entre a relação/humanização, empatia, tomada de decisão e comunicação/adaptação verbal e não verbal, procurando concluir-se que ambos os intervenientes se sentem satisfeitos com os aspetos comunicacionais apresentados numa consulta de serviço de urgência.

Palavras-Chave: Comunicação médico-doente, perceção, empatia, tomada de decisão, atitudes comunicacionais.

COMMUNICATION SKILLS IN DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP: A STUDY OF EMERGENCY DEPARTMENT

ABSTRACT

The relationship between doctor and patient has become a challenge in the current context regarding humanization, empathy, power relations, attitudes and communicational skills. Recent studies have shown the importance of the doctor-patient relationship in the improvement of service, as well as the importance of communication in clinical practice.

The study was conducted at the Emergency Service of the Misericórdia Hospital of Vila Verde, involving one hundred patients and nine Doctors. Based equally on quantitative methods by applying an inquiry both to doctors and patients; and qualitative methods through the application of an exploratory interview, the research sought to understand what the perception that doctors and patients in the Vila Verde Hospital Emergency Service have about communicational skills and attitudes.

In this regard the research focused on aspects related to the relationship/humanization, empathy, decision taking and verbal and non-verbal communication/adaptation tried to conclude that both parts are satisfied with the communicational aspects displayed in the Emergency Service consultation.

Keywords: doctor patient communication, perception, empathy, decision taking, and communicational attitudes.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
2.1 A COMUNICAÇÃO	4
2.2 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	6
2.3 RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE.....	8
2.4 ESTADO DA ARTE	19
3. METODOLOGIA.....	22
3.1 ESTUDO DE CASO COMO OPÇÃO METODOLÓGICA	22
3.2 HOSPITAL DA MISERICÓRDIA DE VILA VERDE – POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	25
3.3 DESENHO DA INVESTIGAÇÃO.....	25
3.4 METODOLOGIA DE TRATAMENTO DE DADOS	32
3.5 OBTENÇÃO E CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	32
4. O CASO “SERVIÇO DE URGÊNCIA NO HOSPITAL DA MISERICÓRDIA DE VILA VERDE”.....	34
4.1 CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	34
4.2 MISSÃO, VALORES, VISÃO E POLÍTICA DA QUALIDADE.....	34
4.3 ESPAÇOS FÍSICOS E RECURSOS MATERIAIS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA	34
4.4 RECURSOS HUMANOS.....	35
5. RESULTADOS.....	36
5.1 ANÁLISE DA ENTREVISTA	36
5.2 CARATERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS.....	41
5.3 RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS AOS DOENTES	44
5.4 RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS	45
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS/CONCLUSÃO	62
BIBLIOGRAFIA.....	79
ANEXOS	85

Lista de Tabelas

<i>Tabela 1 – Guião de entrevista</i>	28
<i>Tabela 2– Questões aplicadas nos questionários e respetivo tema associado</i>	30
<i>Tabela 3– Variáveis utilizadas no tratamento dos dados</i>	32
<i>Tabela 4- Idade dos doentes</i>	41
<i>Tabela 5- Género dos doentes</i>	42
<i>Tabela 6- Estado Civil dos doentes</i>	42
<i>Tabela 7- Habilitação Literária dos doentes</i>	42
<i>Tabela 8- Idade dos médicos</i>	43
<i>Tabela 9- Género dos médicos</i>	43
<i>Tabela 10- Estado Civil dos médicos</i>	43
<i>Tabela 11- Anos de experiência Profissional no Serviço Urgência</i>	44
<i>Tabela 12- Resultados dos questionários aplicados aos doentes</i>	46
<i>Tabela 13- Resultados dos questionários aplicados aos médicos</i>	54
<i>Tabela 14- Quadro comparativo dos resultados obtidos nos questionários dos médicos e dos doentes, relativamente a cada pergunta</i>	60

Lista de Gráficos

<i>Gráfico 1- Distribuição das respostas dos questionários dos doentes.....</i>	<i>52</i>
<i>Gráfico 2- Distribuição das respostas à questão: “Sente-se satisfeito/a” dos questionários dos doentes.....</i>	<i>52</i>
<i>Gráfico 3- Distribuição das respostas dos questionários dos médicos.....</i>	<i>59</i>
<i>Gráfico 4- Distribuição das respostas à questão: “Sente-se satisfeito/a” dos questionários dos médicos.....</i>	<i>60</i>
<i>Gráfico 5 – Resultados obtidos relativos às diferenças entre as percentagens de respostas dos médicos e dos doentes para cada pergunta.....</i>	<i>61</i>

1. INTRODUÇÃO

No decorrer dos últimos anos, temos tido a oportunidade de acompanhar familiares e amigos em várias consultas com diferentes níveis de gravidade e assistir a situações por vezes desagradáveis, no trato dos doentes, por profissionais de saúde ou por condicionantes do sistema de gestão.

Estas vivências despertaram-nos alguma curiosidade em perceber de que forma as atitudes comunicacionais e relacionais entre médicos e doentes poderão influenciar a perceção dos serviços de saúde prestados.

Tendo considerado este tema relevante, iniciamos uma pesquisa bibliográfica preliminar de forma a obter algum conhecimento acerca de eventuais trabalhos já realizados e publicados e da pertinência dos resultados obtidos.

Vários trabalhos foram realizados neste contexto, estando apresentados alguns dos mais relevantes no capítulo “Estado da arte” desta dissertação.

O tema da comunicação na relação médico-doente torna-se ainda mais importante e sensível quando estão implicados serviços e unidades de saúde onde doenças terminais (como exemplo serviço de oncologia) ou agudas (como exemplo serviço de urgências hospitalares) são tratadas, em virtude da particularidade das mesmas.

Atendendo à escassez de trabalhos científicos publicados sobre serviço de urgência, em Portugal, com enfoque nesta temática, considerou-se pertinente a elaboração de um estudo sobre a comunicação médico-doente no mesmo serviço.

A comunicação entre os profissionais de saúde e o doente em contexto de serviço de urgência é, cada vez mais, uma componente a valorizar, não só pela sua importância na relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o doente, como pelo facto de constituir um eficaz avaliador da qualidade do serviço prestado. A promoção da relação médico-doente conduz a um incremento na qualidade dos cuidados de saúde, na medida em que contribui para melhorar todo o processo da entrevista médica, facilitando a compreensão e memorização das recomendações médicas e, conseqüentemente, aumentando a satisfação do doente no âmbito da qualidade do serviço prestado. O profissional de saúde deve ter uma atuação mais vasta do que o desempenho das competências clínicas, pois também conforta, compreende e ajuda o doente na sua adaptação à doença e ao tratamento. O doente, quando procura um serviço de urgência, traz consigo um conjunto de sentimentos, designadamente medo, ansiedade e insegurança, que o profissional não

poderá negligenciar. A comunicação, como elemento integrante do quotidiano do indivíduo, permite a partilha de informação e o apoio emocional durante um episódio de stress, no entanto a ocorrência de falhas na comunicação pode trazer implicações físicas e psicológicas para o doente (Alasad & Ahmad, 2005). A comunicação médico-doente é ainda referida como um elemento importante no estabelecimento do diagnóstico e, muito especialmente, na prevenção de erros de diagnóstico” (Graber M., Franklin N., Gordon R. (2005), citado por Santos et al.(2010, p.48).

A medicina e a comunicação devem estar sempre aliadas a todos os níveis. A comunicação constitui uma ferramenta imprescindível para que o trabalho diário do profissional de saúde seja exequível de forma salutar e eficaz na relação com os seus doentes, como na relação com os seus companheiros e chefes. “A comunicação é mais saudável nas relações e interações pessoais e a relação médico doente constitui um tipo de interação pessoal muito especial” (Sánchez, 2011, p. 9).

Na verdade, as competências comunicacionais dos médicos enquanto profissionais de saúde, são fundamentais em todos os serviços hospitalares, apresentando uma relevância extrema no serviço de urgência pelas particularidades desta realidade, onde o doente se apresenta mais vulnerável pela situação aguda da doença. Perante esta realidade tem vindo a ser consensual a necessidade de formar profissionais de saúde preparados para ouvir de forma efetiva os seus doentes e ajudá-los nos vários momentos do seu processo de doença (Burnard, 1999). É disso exemplo, uma equipa multidisciplinar capaz de auxiliar o doente em qualquer momento menos salutar.

O presente estudo, não só se sustenta numa perspetiva pessoal, como também corrobora com uma postura atenta ao nível governamental, no âmbito dos cortes orçamentais, e social, serviço noticioso que dá conta de queixas por parte do doente, quando recorre ao serviço de urgência. Tem, assim, como objetivo primordial estudar a relevância das atitudes e competências comunicacionais na perceção da qualidade do serviço prestado. O estudo foca-se portanto na resposta à seguinte questão de investigação “Que atitudes e competências comunicacionais, na relação médico-doente do serviço de urgência do Hospital de Vila Verde, são perceptíveis na qualidade do serviço prestado?”

Esta dissertação é constituída por cinco capítulos. O primeiro capítulo veicula o enquadramento teórico/estado da arte que sustenta a problemática cujos temas abordados são o conceito de comunicação, a comunicação em saúde, a relação médico-doente, a construção da relação médico-doente, a linguagem verbal e não verbal e a comunicação com o doente. O segundo

capítulo apresenta a metodologia, centrada num estudo de caso, suportado por uma entrevista exploratória a dois médicos de um serviço de urgência e de um questionário aplicado aos médicos e doentes do serviço de urgência do Hospital da Misericórdia de Vila Verde. O terceiro capítulo caracteriza o local da investigação, apresentando detalhadamente a política interna da instituição de estudo. Já o quarto capítulo patenteia os resultados obtidos através de uma análise em SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) da entrevista e dos questionários de modo a mostrar resultados quantitativos. O quinto capítulo foca-se na discussão dos resultados e tece considerações finais acerca do objeto em estudo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 A comunicação

2.1.1 Conceito de comunicação

“O maior problema em comunicação é a ilusão de que ela tenha ocorrido”

George Bernard Shaw

A comunicação é importante para o nosso crescimento como seres humanos, faz parte das nossas experiências anteriores e daquelas adquiridas a cada dia. Somos seres de relações e esta compreensão leva-nos a procurar um melhor entendimento sobre conceitos, princípios e competências a serem adquiridas no processo comunicativo. A palavra comunicação vem do étimo latino *communicatio*: tornar comum; ato de distribuir, de repartir. Segundo os autores Stefanelli, Carvalho & Arantes (2005, p.29) “a comunicação é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, e estas mensagens exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas, confirmando o fato das pessoas estarem constantemente envolvidas por um campo internacional”.

Phaneuf (2005) retrata a comunicação como um processo que inicia a produção de informação, de troca, de partilha que se revela muito complexo, podendo ser transmitida de forma consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal ou não verbal. Segundo a autora, é através deste processo que se apreendem e compreendem as intenções, opiniões, sentimentos e emoções de outra pessoa. A comunicação possibilita também a criação de relacionamentos profundos, porque situa-se nos planos cognitivos e afetivos.

Na realidade comunicar faz parte da nossa vida desde que nascemos e, por vezes, fazê-lo tão espontaneamente que nem refletimos no modo como o fazemos, ou seja, a comunicação não acontece só quando é intencional e consciente. A comunicação existe sempre, quer naquilo que se faz ou até no que não se faz.

Pela comunicação aprendemos e ensinamos acerca de nós próprios e podemos ajudar o outro a reconhecer-se. Isto é verdade quando a comunicação comporta um sistema de sinais ou um código socialmente compartilhado, uma vez que numa sociedade multicultural, os símbolos e as palavras nem sempre se interpretam de igual modo, pois consoante a diversidade cultural, social,

religiosa e afetiva de cada um, assim aumentam a complexidade e as dificuldades na comunicação (Ramos, 2004, 2008). Podemos afirmar que o indivíduo participa simultaneamente de duas dimensões existenciais decorrentes de dois modos de se relacionar com o mundo: uma verbal que lhe confere um repertório psicolinguístico, proporcionando uma exteriorização do ser social e outra não-verbal que lhe confere um estatuto psicobiológico, proporcionando uma exteriorização do ser psicológico (Silva, 2006, p.411).

Sendo o processo comunicacional praticamente naturalizado, a tendência é para a sua desvalorização. Comunicamos e nem nos apercebemos que acabamos de o fazer. Tal ocorre pela sua natureza óbvia, assim como, todo o ser animal socorre-se da comunicação para a sua sobrevivência. Não é, por isso exclusivo do ser humano, usar as habilidades de comunicação para chegar a um objetivo determinado. (Lorenz, 1992). O ser humano, todavia, tem o dom do aperfeiçoamento. Não lhe basta o que a natureza lhe deu e, é nesse sentido que, a relação médico-doente, não poder ser tomada como uma relação estática ou hierárquica ou mesmo de poder e submissão.

Difícilmente nos detemos na comunicação como fator também presente e determinante no sucesso desse diagnóstico. Porque a sua natureza decorre de um atributo humano, a natureza não se evidencia como um processo no decorrer de qualquer relação. É certo que havendo relação já há comunicação, mas esta não é imediatamente detetável pelas partes como um atributo tecnológico.

Para Silva (2006) comunicação humana é sinónimo de complexidade, sendo que o processo dessa interação baseia-se por meio de palavras ou outros meios não-verbais, como a expressividade facial, gestos, postura corporal, distância em relação aos outros, entre outros. Para o autor Moscovici (1997) a interação humana é marcada por interferências ou reações, voluntárias ou involuntárias intencionais ou não, ou seja, ainda que as pessoas comuniquem, simpatizem ou não, se atraiam ou afastem, é intrínseco que entrem em conflito, colaborem ou desenvolvam afeto. É um processo sequencial.

Nas perspetivas de Stefanelli, Carvalho & Arantes (2005) e Moscovici (1997) uma das funções da comunicação é a introspeção sobre si mesmo. Os indivíduos precisam conhecer-se bem, isto é, como pensam, sentem, agem e reagem diante dos fatos, o que lhes proporcionará o conhecimento do outro e a compreensão das suas diversas reações perante a mesma situação comunicacional. A comunicação está presente quer na relação com o outro, quer num contexto mais organizacional, visto que

A comunicação é determinada pelo contexto na qual se inscreve e este contexto envolve as relações que unem as pessoas que comunicam, o espaço na qual se situa a interação e a situação que coloca em relação aos protagonistas. O contexto constitui também um espaço simbólico portador de normas, de regras, de modelos e de rituais de interação. Bateson (1981), citado por Ramos (2004 p.297)

Por outro lado, a escola de Palo Alto afirma, nomeadamente o seu autor referencial Paul Watzlawick, ser impossível não comunicar. Esta afirmação, objetiva e pragmática, enunciada como uma das leis gerais da comunicação, é imediatamente reconhecida no ato relacional médico-doente. A afirmada impossibilidade comunicativa ganha propriedades superlativas quando a comunicação decorre num contexto de reciprocidade no qual uma parte tem forçosamente de descodificar a outra, enquanto esta última espera respostas provindas da capacitação da primeira. A relação pode dar-se em circunstâncias nas quais comunicar, mantendo-se possível, torna-se, contudo, difícil, dada a ausência da forma mais usual de comunicação, ou seja, a linguagem.

2.2 Comunicação em saúde

A comunicação em saúde encerra particularidades e pode ser considerada como um meio que permita ao médico estabelecer uma relação de confiança e segurança com o doente que facilite a adesão deste ao processo terapêutico prescrito. Numa relação com estas características existe também uma maior probabilidade de o doente aceitar conselhos por parte do médico que passam pela mudança de hábitos, potenciando uma melhoria na satisfação dos doentes em relação aos cuidados de saúde que lhe foram prestados.

Deste modo, “comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde” (Teixeira,1996). De facto, esta definição engloba várias áreas nas quais a comunicação é pertinente em saúde. Segundo o autor, a comunicação em saúde inclui mensagens que podem ter finalidades muito diferentes, tais como: promover a saúde e educar para a saúde; evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças para a saúde, prevenir doenças, sugerir e recomendar mudanças de comportamento, recomendar exames de rastreio, informar sobre exames médicos que é necessário realizar e sobre os seus resultados.

Myerscough (1989) refere que saber comunicar é uma condição imprescindível para que o profissional de saúde consiga alcançar a informação correta sobre a situação clínica do doente, que avaliada com cuidado, permite obter um diagnóstico correto em grande parte dos enfermos. Já a informação imprecisa pode condicionar a obtenção de um diagnóstico correto, visto que se pode afirmar que as competências comunicacionais têm uma natureza central em todo o processo de prestação de cuidados de saúde.

De acordo com Teixeira (2004, p.615), “a comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde”. Este autor sugere um vasto conjunto de dimensões nas quais as competências comunicacionais se destacam importantes. Deste modo, a importância dos processos de comunicação em saúde reside no seu carácter transversal, central e estratégico, incidindo em contextos muito diferentes, assumindo principal abordagem na relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o doente.

O campo da comunicação em saúde evoluiu substancialmente nos últimos anos. Os programas tornaram-se mais diversificados. Os processos de comunicação em saúde assumem relevância crítica e estratégica porque podem influenciar a avaliação que os doentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão medicamentosa e comportamental. A avaliação que os doentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos técnicos baseia-se nas competências comunicacionais dos técnicos de saúde com o qual estabeleceram interação.

A comunicação pressupõe a informação e o domínio sobre o que queremos comunicar, a nossa intenção, emoção e o que pretendemos quando nos aproximamos do nosso doente. Numa sociedade em que o papel das novas tecnologias possui maior relevância, muitos profissionais de saúde centram o seu modo de agir na qualidade técnica dos seus serviços, não valorizando toda a parte humana dos cuidados de saúde. A linguagem utilizada é por vezes pouco valorizada pelos profissionais de saúde, que facultam informação, de forma rotineira, que só é compreendida por pessoas com o mesmo nível de conhecimento, não tendo em consideração a idade ou ao facto da pessoa estar sob o efeito do stress e ansiedade pelo motivo de recorrer a um serviço de urgência, tornando-se um obstáculo à compreensão da informação.

A comunicação é então um fenómeno social complexo. Os comportamentos ou os acontecimentos não podem ser desintegrados de um contexto social e cultural, isto é, para que a mensagem seja eficaz deve penetrar na esfera do interlocutor, nos seus quadros de referência,

valores, padrões, por forma a compreender a mensagem no seu sentido original e responder de forma adequada. A comunicação é determinada pelo contexto em que se insere e envolve as relações das que pessoas que comunicam.

2.3 Relação médico-doente

Atualmente, a relação médico-doente tem despertado grande interesse em investigadores de várias áreas do conhecimento, seja na investigação ou na prática clínica. A relação entre a comunicação e a saúde é um exemplo desse interesse e salienta a preocupação interdisciplinar, estendendo-se em várias vertentes, nomeadamente, a que nos dedicamos: as atitudes comunicacionais aplicadas para proporcionar a melhoria da relação e, conseqüentemente, do serviço.

Uma das principais atribuições do médico é “traduzir o discurso, os sinais e os sintomas do doente para chegar ao diagnóstico da doença.

”Quando um doente recorre a um serviço de saúde, então, estabelece uma relação que “pressupõe uma comunicação com duas vias de fluxo, permitindo, no momento em que o indivíduo busca atendimento de saúde, o encontro de duas visões de mundo diferentes (...)”Oliveira (2002, p.64).

Daí a necessidade das escolas médicas considerarem relevante a inclusão da temática da comunicação no percurso académico, atribuindo a devida relevância para a futura prática profissional.

Sendo a consulta um momento de encontro indispensável e direto entre médico e doente, ela constitui num dos atos médicos e comunicacionais mais relevantes. Segundo Ferreira, Ribeiro & Freitas (2002, p.77) é o momento mais importante para a tomada de decisão, no entanto tem sido desvalorizado, devido à precaridade profissional, associando a ideia de produtividade “fazer mais e mais em cada unidade de tempo”. Com a desvalorização da consulta, a limitação do tempo de escuta ao doente torna a relação interpessoal insatisfatória.

O entendimento do que é claro para um pode não o ser para outro, nomeadamente numa relação em que o profissional muitas vezes não vai ser portador de boas notícias e que pode levar o doente a confundir a mensagem com o mensageiro. Como explica (Goffman 1959), cabe ao médico promover não só um quadro sobre o que de si é expectável como também cuidar dos modos da sua apresentação facial perante o doente. Para além de um diagnóstico este último procura também a certeza de que o seu diagnóstico foi realizado exclusivamente baseado em si, nos seus sinais, na

sua conversa. Num mundo dominado por ecrãs (Lipovetsky, 2010), o humano ressent-se, incomoda-se e enciúma-se quando o seu ser é desvalorizado em favor da tecnologia.

2.3.1 Importância do processo comunicacional na relação médico-doente

Existem fatores essenciais para uma boa relação médico-doente, nomeadamente humanização, empatia, relação de poder, comunicação verbal, não-verbal, tomada de decisão.

Na medicina, em particular a relação do médico com o doente, deve pautar-se pelo reconhecimento de uma maior sensibilidade perante o sofrimento do mesmo. Assim, a relação médico-doente, tão importante no contexto clínico, compreende uma relação terapêutica baseada na confiança, honestidade, respeito e desejo mútuo que tem como principal objetivo a melhoria no processo de comunicação da saúde. (3rd Annual Disease Management Outcomes Summit, 2003).

2.3.2 Construção da relação médico-doente

Desde sempre que uma boa relação médico-doente é primordial para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. A primeira referência conhecida às qualidades terapêuticas da relação médico doente é atribuída a Hipócrates, médico grego, que em 400 a. C escreveu: “Alguns pacientes, embora conscientes de que o seu estado de saúde é precário, recuperam devido simplesmente ao seu contentamento para com a humanidade do médico.” (DiMatteo & DiNicola, 1982). Atualmente, temos assistido à valorização, por parte dos doentes, da competência técnica, como uma comunicação satisfatória, visto que o modo como o enfermo é tratado na doença tem tanto ou mais peso na nossa memória quanto a eficácia do tratamento ou da cura. Atente-se que a prática médica constitui uma das principais causas de mal-estar, tal como é referido pela World Federation for Medical Education (1993).

A relação médico-doente é um tema que, atualmente, manifesta renovado interesse na comunidade científica, na formação e na prática médica. Sendo o Homem um ser comunicativo por natureza e, sendo a relação médico-doente uma relação humana, é inevitável, neste contexto, não deixar de referir a importância do processo comunicacional. “A consciência da necessidade de um desenvolvimento da interação comunicativa entre médico e doente foi-se ampliando nos anos 60 através de estudos de psicologia médica” (Caprara, A. et al., 1999, p. 648).

É hoje largamente aceite que a promoção da relação médico-doente conduz ao incremento na qualidade dos cuidados de saúde.

Dentro desse contexto, Wood (1995) afirma que a função básica do profissional de saúde é a de facilitador do processo de desenvolvimento humano, por meio da relação de ajuda que estabelece com seu paciente.

Envolver e ajudar a pessoa em transição a experienciar e dar sentido ao que vivencia, enquanto se acredita na pessoa como capaz de crescer e assumir novas situações de vida. Portanto, embora a função facilitadora do profissional seja a mesma em qualquer atividade, que esteja desempenhada, a depender da necessidade a sua atitude varia, exigindo dele conhecimentos que facilitem a sua relação de proximidade com o doente.

As mudanças sociais, económicas e políticas na sociedade exigem importantes transformações na forma como se encara a relação entre médico-doente, ou seja, como é encarado o papel dos profissionais de saúde (Deccache & Ballekom, 2010; Schofield, 2004; Taylor, 2009).

A relação médico-doente tem implicações em dois grandes eixos que poderemos designar por humanístico e técnico. Na prática médica, estes dois eixos não podem ser dissociados, devendo sempre caminhar juntos. O eixo humanístico diz respeito aos componentes mais afetivos e relacionais da interação nesta relação médico-doente. O eixo técnico, como o nome indica, diz respeito aos aspetos relacionados com a avaliação (diagnóstico) e resolução (terapêutica) do problema apresentado pelo doente. A convergência destes dois eixos conduz a importantes resultados relacionados com os cuidados de saúde, incluindo a satisfação do doente, adesão ao tratamento, saúde e bem-estar, mudança de médico, tal como é referido pela World Federation for Medical Education (1993).

Empatia

A relação clínica não se inicia apenas quando as questões clínicas se põem perante o doente. Pelo contrário, à semelhança de qualquer outra interação humana, tem início no momento do primeiro contato visual e das primeiras sensações informais (Cardoso et al., 2012, p.30). Deste modo, torna-se fulcral que o médico apresente, desde a entrada do doente, um comportamento que favoreça a empatia entre ambos. Ser empático implica usar estratégias e competências que se revelam fundamentais em todas as fases da consulta. A resposta empática permite que o doente se sinta ouvido, compreendido, tranquilizado e não julgado, encorajando-o na partilha da informação.

Demonstrar empatia adiciona profundidade e sentido à consulta, ajuda a construir uma relação de confiança e aumenta a motivação para participar ativamente no tratamento (Nakao, et al., 1983). É importante que o médico se “aproxime” do doente tendo em conta o ponto de vista deste e procure colocar-se no lugar do doente de forma a que o mesmo perceba esta atitude. Durante a consulta, a demonstração de uma atitude amigável, calorosa e tranquilizadora pode ter um impacto favorável na satisfação do doente.

Em suma, a possibilidade da empatia surge como uma alternativa para amplificar a perspectiva médica, como retratam Di Blasi e Kleijnen (2003) ao caracterizarem que a empatia se torna um instrumento importante para transformar o doente num ser autónomo.

Humanização

Quando falamos do conceito de humanização associámo-lo inevitavelmente à qualidade da relação médico-doente. Assim, estes conceitos apresentam-se, à primeira vista, contraditórios, no entanto, a humanização aparece como o esforço do profissional e a qualidade como um instrumento de marketing.

A expressão humanização tem sido utilizada para justificar vários trabalhos no sentido de associação dos recursos tecnológicos ao reconhecimento de direitos do paciente. Enquanto, o conceito de qualidade é discutível, pois acarreta várias perspectivas tais como: valores, crenças e necessidades que se alteram ao longo dos tempos.

O conceito de qualidade neste caso tem como objetivo o ser humano. Tendo em conta este conceito destacamos o pensamento de que a

“Qualidade de verdade só tem a ação humana, até porque é típico produto humano, no sentido de construção e participação. A qualidade original é a competência de fazê-la, assim como construir a capacidade de construir e de participar é a qualidade humana primordial” Demo (1994, p.21).

Ainda para este autor (1994, p.9-24) existem duas formas de qualidade: a formal e a política, sendo este conceito a junção destas duas formas.

Assim o conceito de qualidade está associado à humanização com o intuito de aproximar a medicina e a prática médica do valor do ser humano.

Considerando a importância destes dois conceitos é fator decisivo para o sucesso da prática médica a qualidade do relacionamento, pois o distanciamento entre doente e médico pode levar à falta de comunicação na prática clínica conforme, visto que

“A relação médico doente é, por excelência, em tipo e qualidade, uma relação humana cuja prioridade é a promoção da saúde. É o momento dramático, rico e denso, no contexto das atividades sociais, que tem como característica essencial a aplicação de técnicas, conhecimentos e habilidades pelo médico como provedor de saúde em favor do semelhante e, sempre, em nome do bem. Considerado como bem fazer ao próximo o que dele se espera receber.” Gomes (2003, p.1).

Por conseguinte, o aperfeiçoamento da relação entre o médico e o doente não tem efeitos positivos apenas no tratamento e na sua satisfação, mas também na qualidade do serviço prestado.

Em suma, é fundamental percebermos que a humanização do ato médico passa também pela renovação da função da palavra na relação com o doente e a consciencialização do valor da comunicação assertiva e reconciliada entre as duas partes. Para além da introdução dos atos formativos junto dos profissionais de medicina como vista à melhoria da sua performance, cabe também à classe profissional promover e incentivar a literacia do ato médico, alongando e naturalizando o conhecimento das funções burocráticas a que a medicina está hoje obrigada.

Poder

Para os diversos autores (Bensing et al., 2000; Reynolds, 2005; Okamoto, 2007), a autoridade do médico, a quem cabia tradicionalmente o papel de tomar decisões, está gradualmente a ser substituída por um modelo de partilha de tomada de decisão entre o profissional de saúde e o doente. Na relação médico-doente existe uma assimetria relacional que resulta de uma posição de superioridade do médico aos níveis do conhecimento, autoridade e poder, ampliada pela situação de dependência e vulnerabilidade do doente, gerada pela vivência da própria doença. A figura do médico reveste-se de uma autoridade, fundamentada no valor do saber e das competências técnica e científica, e de um poder que, de facto lhe é atribuído pelo doente, na sua fraqueza diante da doença que representa uma ameaça à sua integridade global. O objetivo da medicina é o de restituir a autonomia à pessoa doente (Dias, 1994). Para que tal se torne possível, o doente terá que ser escutado e informado convenientemente.

Torna-se, então, necessário procurar respostas para perguntas, visto que emerge a dúvida de se saber qual a informação que deverá ser prestada ao doente com o intuito de participar ativamente no seu processo de cura. Deverá ser dita toda a verdade aos doentes em relação à sua situação? Compreenderão os doentes toda a informação que lhes é prestada? Terão médicos e

doentes percepções congruentes sobre a informação veiculada? Que consequências, positivas ou negativas, poderá ter a informação que é prestada aos doentes?

Na verdade, a informação recebida é um dos aspetos da prestação de cuidados de saúde com o qual os doentes se encontram menos satisfeitos. Enquanto os médicos definem a informação em termos da própria doença, dos seus estádios e tipos de tratamento, os doentes atribuem-lhes significados sólidos em termos da pertinência psicossocial, nomeadamente as implicações da doença em termos de tempo de qualidade, sofrimento e recuperação (Maria do Rosário, 1994). Efetivamente, os médicos parecem supor, muitas vezes, que o doente procurará a informação pretendida e colocará, ele mesmo, as questões às suas dúvidas (Dias, 1994). Uma questão relevante que surge no momento de dar informação aos doentes é se estes, na verdade, compreenderam a informação que lhes é transmitida. Nem sempre, tal acontece, podendo apontar-se a tensão, o medo e a tendência que os médicos têm em utilizar um código linguístico que se torna inacessível para um grande número de doentes, consequentemente a dificuldade de interpretação dos mesmos (Dias, 1994). Por outro lado, os doentes pouco ou nada perguntam porque não sabem que questões colocar ou não se atrevem a fazê-lo, por outro, os médicos creem que, se os doentes não perguntam, é porque têm informação suficiente ou não querem ser informados.

Segundo Maria do Rosário Dias (1994), em matéria de comunicação com os doentes, a posição dos médicos parece radicar mais em fatores de ordem legal que em considerações científicas sobre a informação que deverá ser prestada. Do lado dos doentes é reclamado o direito a uma informação congruente com as suas capacidades pessoais de ajustamento psicossocial.

Uma boa relação interpessoal constitui um pré-requisito essencial para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, segundo os autores (Bensing, et al., 2000; Cegala, 1997; Hall, Roter, Blanch & Frankel 2009; Ong et al., 1995; Reynolds, 2005). Um dos aspetos fundamentais da comunicação dos profissionais de saúde diz respeito ao estabelecimento de uma relação eficaz com o doente. Para os autores Joyce-Moniz & Barros, 2005, o principal responsável por proporcionar um ambiente facilitador da relação interpessoal é o cuidador. Ao cuidador cabe a tarefa de se descentrar de si próprio e perceber a realidade do doente, para depois ajustar a sua atuação conforme essa realidade (Joyce-Moniz & Barros, 2005). A prática tem demonstrado que muitos profissionais de saúde evidenciam, na sua interação com os doentes, atitudes de autocentração (Klitzman, 2007).

2.3.3 Adaptação da comunicação ao doente

Comunicação com o doente

No espaço de consulta de urgência, médico e doente interagem tendo em conta diferentes papéis, recortados por relações sociais definidas, que determinam o desempenho de cada um, cumprindo, desse modo, aquilo que se espera de um e de outro. Tendo em conta que “a sociedade se organiza de acordo com o princípio de que qualquer indivíduo possuidor de certas características sociais, este tem o direito moral de esperar que os outros o apreciem e tratem de modo igual, uma vez que o doente organiza o seu desempenho e exibição “em intenção das outras pessoas” (Goffman, 1993, p.24).

Desta forma, para prosseguir com a definição da situação, médico e doente agem projetando uma imagem que cada um entende ser a mais conveniente para provocar a credibilidade no seu desempenho. Recorrem, assim, a uma postura, que se materializa durante o espaço da consulta, transformando-os em indivíduos que usam códigos, gestos, poses, entoações verbais, ou seja, elementos que definem a forma mais apropriada para emitirem sinais, procurando testar, através das significações, a conceção que cada um tem do papel do outro (Goffman, 1993, p.24).

Um dos elementos constantes desta comunicação é o elemento cénico do equipamento expressivo” e “inclui o mobiliário, os equipamentos médicos, a disposição física e outros aspetos do pano de fundo, que constituirão o cenário e os alicerces do palco para o desenrolar da ação humana que será representada diante, dentro ou acima dele” (Goffman, 1993, p.7) O espaço permite identificar e distinguir os campos de atuação de médicos e doentes, espaço esse composto por objetos e disposições físicas, que delimitam a área de representação tanto do médico, como do doente. Essas regiões funcionam como marcadores do papel e do estatuto social de cada um, estando, em certa medida, delimitadas por fronteiras muito vincadas.

Alguns desses distintivos indicam outros aspetos do referido espaço, nomeadamente, os que estão imbuídos na relação médico-doente, acompanhando-o onde quer que ele se encontre, designadamente “os distintivos que indicam a profissão ou a categoria profissional; o vestuário; o sexo; a idade e as características raciais; as dimensões físicas e a apresentação; a atitude; a

maneira de falar; as expressões faciais; os movimentos do corpo. Alguns destes transmissores de sinais, como as características étnicas, são relativamente fixos”. Outros, como a “expressão facial [...] são relativamente móveis ou transitórios e podem mudar durante um mesmo desempenho, de um momento para o outro” (Goffman, 1993, p. 36).

Para conseguir que a sua representação seja verdadeira, de acordo com o que idealizou e, principalmente, com o que os outros esperam do seu papel, o médico necessita, durante o seu desempenho, de manter o controlo expressivo, obtendo, dessa forma, uma coerência expressiva. Esta coerência

“exigida pelo desempenho indica uma discordância decisiva entre o nosso eu demasiado humano e o nosso eu socializado. Enquanto seres humanos somos provavelmente criaturas sujeitas a impulsos variáveis, com energias e humores suscetíveis de mudarem de um momento para o outro. Enquanto personagens perante uma audiência, todavia, não podemos permitir-nos altos e baixos” (Goffman, 1993, p. 36, p.72).

O que se passa na consulta de urgência depende, em primeiro lugar, do médico, remetendo-o para uma posição ativa. Para desempenhar convenientemente o seu papel, ser coerente com a sua fachada e manter o seu poder, serve-se do seu “eu” socializado. Este é construído a partir da interiorização de normas, valores, símbolos, significados. Na posição de médico, o ator socorre-se da disciplina dramática, usando o seu “eu” socializado em vez do “eu” humano, evitando, deste modo, cenas. Agindo de forma autocontrolada, certifica-se de que não cometerá atos dissonantes que traiam a sua coerência expressiva.

Por seu lado, os doentes, apesar de também se apresentarem na consulta de urgência com o seu “eu” socializado, manifestam uma representação menos rígida dessa socialização, a que corresponde a presença e projeção do seu “eu” humano. Desta forma, embora o empenho, respeito, atenção, sejam sinais projetados pela representação da totalidade dos doentes de forma a obterem o melhor julgamento de si pelo médico, por vezes, a manutenção do controlo expressivo é traída pela sua posição informal na consulta, o que pode ser ilustrado por uma má comunicação, desadequada disposição corporal, nervosismo.

O serviço de urgência é uma unidade onde são abordadas todas as situações emergentes e urgentes. Os doentes que recorrem a este serviço encontram-se numa situação considerada aguda e que necessitam de intervenção médica rápida. Desde sempre, o domínio dos saberes e da prática médica têm vindo a merecer destaque, tal a relevância das mudanças que têm vindo a ser

produzidas. Com o progresso científico, que tem acelerado nos últimos anos, as ciências médicas têm vivido “momentos de glória”. Porém, este progresso suscita e viabiliza novos poderes que levantam algumas questões complexas de caráter moral e ético, por via de novas práticas que estão longe de chegar a um consenso à luz dos valores atuais. Segundo Maria do Rosário Dias (1994), na medicina atual encontramos contextos relacionais, situacionais e socioculturais substancialmente diferentes dos que se verificavam há uns anos atrás.

“O contexto relacional dispensava, pelo crédito subjacente, a prestação de informação ao doente, que conhecia o médico, apreciava a sua competência e devoção e se lhe dirigia com total confiança. A sugestão e a persuasão, fatores de intervenção no processo de cura, emergiam de uma relação de confiança, em muitos casos de admiração e respeito, à qual estava subjacente uma permuta compreensiva e afetiva e um consentimento certamente mais eloquente que todas as possíveis declarações”. (Dias, 1994, p.349)

De facto, o médico exercia uma verdadeira ação psicoterapêutica, dando-se a si próprio e olhando não apenas à doença, mas principalmente ao próprio doente.

A medicina moderna, com incontestáveis progressos científicos, deslocou-se para uma perspetiva predominantemente tecnicista, registando-se uma tendência objetivista decorrente dos caminhos da superespecialização, tratando-se, por vezes, “órgãos” e não “pessoas doentes” (Dias, Maria do Rosário 1994, p.350). O admirável progresso científico, viabilizando, é certo, a criação de instrumentos cada vez mais poderosos, parece estar a conduzir à perigosa tentação de reduzir a Pessoa doente à simples condição de objeto, à mera condição de categoria diagnóstica (Dias, Maria do Rosário 1994, p.350). Ainda segundo a autora, o médico pratica numerosos atos técnicos, diagnósticos e terapêuticos que testam o conhecimento científico de que é detentor, mas é inegável que os atos médicos se efetuam numa pessoa que sofre, apelando sempre que possível para a sua colaboração ativa. Porém, a prática médica tem vindo a negligenciar o aspeto relacional, desfavorecendo, em muito, a relação médico-doente. É determinante um equilíbrio entre a dimensão técnico-científica e a dimensão assistencial (Dias, Maria do Rosário 1994, p.350). Efetivamente, só através de um diálogo aberto poderá o médico escutar o doente, informá-lo e colher informações de importância relevante ao nível do respeito pelos seus valores e objetivos e potenciar a sua participação ativa e responsável no seu processo de cura, fomentando, uma interação radicada no valor ético-social da confiança recíproca (Dias, Maria do Rosário 1994, p.350).

Sintetizando, a comunicação na relação médico-doente, tendo em conta que o doente se encontra fragilizado, é essencial para a confiança no médico e para o sucesso da terapêutica.

2.3.4 Linguagem verbal e não verbal ao doente

Linguagem verbal

Os autores (Corney, 2000; Burnard & Morrison, 2005; Davis & Fallowfield, 1991; Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Macdonald, 2004; Maguire & Pitceathly, 2002; Reynolds, 2005; Teixeira, 2000) referem que existem, hoje, evidências de que os profissionais de saúde não comunicam eficazmente. No decurso do último século, as pessoas manifestam grande descontentamento com muitas das interações com os profissionais de saúde, apesar dos avanços sentidos na medicina.

Mais especificamente nos trabalhos de Davis & Fallowfield, 1991; Klitzman, 2007; Reynolds (2005), os doentes e os seus familiares referem que a ênfase na alta tecnologia dos tratamentos mais modernos resulta em experiências de desumanização muito desagradáveis. Uma parte considerável da insatisfação dos doentes com a qualidade dos serviços de saúde diz respeito ao desempenho comunicacional do profissional de saúde (Berry, 2007; Chant et al., 2002a; Fallowfield & Jenkins, 1999; Jangland, Gunningberg & Carlsson, 2009; Okamoto, 2007; Potter, Gordon & Hamer, 2003b; Teixeira, 2000). De facto, o sentimento de insatisfação leva a que o doente se sinta mais relutante em verbalizar e exprimir as suas preocupações, tornando-o mais vulnerável.

Para além da insatisfação com os serviços de saúde, as falhas de comunicação podem resultar em consequências negativas para os doentes de várias ordens, nomeadamente, aumento das reações emocionais, diminuição da qualidade de vida, desconfiança nas recomendações médicas, entre outras.

H. Davis e L. Fallowfield (1991) referem que o elevado número de profissionais de saúde que comunicam de forma ineficaz constitui, hoje, um motivo de grande preocupação. No entanto, os cuidadores parecem ter uma perceção reduzida da sua responsabilidade nestas falhas (Hagihara & Tarumi, 2006; Levinson, Stiles, Inui & Engle, 1993; Tyson & Turner, 1999). A sobrecarga de trabalho e a falta de tempo para falar com os doentes são as razões mais apontadas pelos profissionais de saúde para a ocorrência de uma comunicação menos efetiva.

A acrescentar a estes dados, alguns estudos têm vindo a colocar em evidência que os profissionais de saúde apresentam mais falhas quando comunicam com doentes pertencentes a minorias étnicas (Schouten & Meeuwesen, 2006) e nível socioeconómico mais baixo (Blanquicett, Amsbary, Mills & Powell, 2007).

Linguagem não verbal

A linguagem não verbal é de certa forma mais espontânea que a verbal, isto porque podemos escolher as palavras antes de as pronunciarmos, mas não temos tanta facilidade em controlar a nossa expressão facial, os gestos e a postura corporal. Talhinhas (1997, p.26) destaca a comunicação não verbal como “a expressão mais fidedigna dos sentimentos autênticos”. É essencial que nos consciencializemos da importância da comunicação não verbal, pois, muitas vezes, mensagens não verbais que transmitimos não intencionalmente poderão ter no doente um efeito contrário ao pretendido. Tal como nos diz Argyle (1978, p.60) “A comunicação não verbal é cinco vezes mais eficaz do que as palavras para a compreensão de uma mensagem por parte de uma pessoa”, o que pode dificultar o vínculo de confiança caso não haja harmonia entre as comunicações verbal e não verbal. Existem várias técnicas de comunicação não verbal que os médicos devem conhecer e aplicar para ultrapassar quaisquer dificuldades de comunicação. Na visão de autores como Lazure (1994) e Palma (1992), as técnicas mais eficazes no estabelecimento de uma comunicação eficaz são: o olhar, o acenar da cabeça e a escuta ativa.

Olhar

As relações interpessoais iniciam-se com o contato visual de ambos os interlocutores que assinalam o desejo e a intenção de interagir. Durante uma consulta o médico deve manter sempre o contato ocular com o seu doente, evitar escrever ou olhar para o computador enquanto o doente fala, oferecer lenço sempre que o doente chore. Se “as nossas caras são a nossa identidade” (ditado popular), logo a nossa expressão facial pode transmitir estímulos positivos ou negativos para o doente. (Lazure, 1994, p.82).

O acenar da cabeça

O médico poderá usar esta forma de linguagem não verbal, como sinal de aceitação ou atenção, o que motivará o doente a continuar a verbalizar o que pretende. O acenar da cabeça

funciona como um reforço positivo, como estímulo para o doente, pois é um indicador que o médico percebeu a sua mensagem (Lazure, 1994).

Escuta ativa

Esta postura implica prestar atenção ao conteúdo verbal e não verbal do que o doente comunica e foca-se nas pistas deixadas pelo doente e que sugerem um significado especial ou ideias /sentimentos não explicitados (Rui Mota Cardoso, 2014). Para melhorar e facilitar a comunicação com o doente, o médico deve desenvolver e valorizar a capacidade de escuta como uma atitude primordial ao estabelecimento de uma comunicação eficaz. Lazure alerta-nos para o facto de que: “Escutar não é sinónimo de ouvir. Escutar é constatar e também aceitar, deixar-se impregnar pelo conjunto das suas perceções, tanto exteriores como interiores.” (1994, p.15). Embora esta seja uma das atividades mais importantes no desempenho da nossa profissão, é das que tem tido menos formação, provavelmente por se considerar que a escuta é um dom natural e, por conseguinte, não necessita de ser aperfeiçoada. Talvez por isso não lhe seja atribuído o seu real valor e nem todos médicos disponibilizam de tempo para escutar o doente. Escutar é como diz

“... um ato exigente, que exige uma vigilância sensorial, intelectual e emocional constantes; que consome muita energia e muito do nosso tempo.” Em serviço de urgência, esta atividade deveria ser fundamental como técnica utilizada para melhorar a comunicação com o doente. (Lazure,1994, p.107).

O mesmo autor remata indicando que para haver desenvolvimento de uma escuta eficaz é fundamental “estar disponível emocionalmente para a escuta; selecionar o ambiente que mais facilita a escuta, solicitar silêncio e respeitar o silêncio do doente e para o médico, qualquer momento de prestação de cuidados deve ser ocasião de escuta atenta e eficaz” (Lazure, 1994, p.214).

2.4 Estado da Arte

Transversalmente ao trabalho teórico que constitui esta dissertação, aferimos que vários estudos têm sido realizados nesta área da comunicação na relação médico-doente.

Assim, numa primeira abordagem, Moira A. Stewart (1995) procurou determinar se a qualidade na comunicação médico-doente teve um efeito importante na saúde do doente. Na mesma linha de investigação, um estudo mais recente (Santos, 2004) procurou investigar as

componentes e atributos que configuram a qualidade na relação médico-doente. Esta investigação versou a relação médico-doente como uma das mais complexas existentes nas relações humanas. Além disso, identificou e descreveu os componentes e atributos daquela relação, compreendidos pelos fornecedores do serviço de atenção à saúde, no caso, os médicos. O mesmo autor (Santos, 2004) concluiu que os entrevistados revelaram sentirem-se responsáveis pelo estabelecimento e manutenção da relação médico-doente, assumindo, assim, o peso pelo êxito ou fracasso da relação. A instauração e manutenção de uma relação médico-doente adequada são de responsabilidade do médico, segundo os entrevistados. Estes reconhecem que a mesma, no entanto, pode não existir ou ser prejudicada, em função de vários fatores: o tempo disponível para o atendimento dos doentes, que pode ser resultante da precaridade da profissão, como consequência do modelo económico e assistencial adotado na maioria dos países desenvolvidos ou em desenvolvimento, nos quais os médicos se veem obrigados a trabalhar como funcionários. Além do tempo e do excesso de trabalho, relatados anteriormente, e ainda segundo o mesmo autor (Santos, 2004) os entrevistados também se referem à empatia que representaria a tentativa de intensificar a inter-relação entre os dois atores sociais, e na medida em que não exista a empatia entre o médico e o doente, os entrevistados assumem que não há condições de se estabelecer e manter a relação médico-doente de forma adequada. Outro ponto ressaltado pelos mesmos é a relevância da comunicação como um componente sempre presente no exercício da medicina. É evidente que, se tanto os médicos quanto os doentes não tiverem como objetivo a instauração de um bom nível de comunicação, não existirá a empatia. Do mesmo modo, os entrevistados acreditam que a culpa pelo não estabelecimento da relação médico-doente ocorre em função do próprio médico, uma vez que ele se sente responsável pela instauração, manutenção e condução da relação com o seu doente. Além da referida empatia e da comunicação, podemos perceber no discurso dos entrevistados que existe a referência a outros aspetos relacionados com a questão da relação médico-doente como o olhar, o escutar, o tocar e o confortar.

Na mesma linha de investigação, João Manuel Justo da Mota (2015) procurou abordar os modelos e as atitudes de comunicação e as suas características, assim como os mecanismos de reforço e as suas variáveis. Logo, a adoção de um modelo centrado no doente é necessária à eficácia do reforço, mas, por outro lado, a sua implementação também implica o reforço do comportamento de comunicação do doente. A adoção de um modelo de comunicação centrado no doente confere funcionalidade à relação médico-doente, porque privilegia a sua vertente biológica, psicológica e social, implicando demonstrar atitudes de compreensão e empatia, mostrando

recetividade e interesse, que constituem uma forma de reforço. Concluindo, segundo este estudo, o reforço do comportamento, de forma direta e indireta, tem influência sobre o estabelecimento de uma relação médico-doente funcional (segundo o modelo centrado no doente e a abordagem biopsicossocial), sobre o desenvolvimento de empatia, sobre a qualidade da comunicação, sobre a satisfação do doente com os cuidados de saúde, sobre a adesão à terapêutica e sobre a eficiência desta.

Jozien et al. (2006) procuraram estudar a comunicação médico-doente em cuidados primários realizados entre 1986 e 2002, em doentes com hipertensão arterial, com médicos holandeses. Desse estudo, observaram que, em 2002 comparativamente ao ano de 1986, o estilo comunicacional aplicado tornara-se mais orientado para a tarefa. Consequentemente, os doentes não se tornaram doentes mais ativos durante a consulta, falando menos e questionando menos os médicos acerca da patologia.

Por conseguinte, Jonathan et al., (2010) consideram que a comunicação verbal e não verbal é fundamental, todavia abordam a comunicação não verbal, durante a consulta, como basilar assim como o impacto que pode ter a utilização do computador como ferramenta de trabalho.

Outro estudo Agostinho et al. (2010) vem explorar aspetos da comunicação verbal e não verbal integrantes da relação médico-doente, de forma a aferir o modo como influenciam a satisfação dos doentes. Segundo este artigo, a maioria dos doentes refere atribuir importância à velocidade do discurso (83,5%), ao contacto visual (90%), à proximidade física (68,5%) e ao facto de o médico acenar enquanto os ouve (70%). Porém a pronúncia (68%), a forma como o médico se veste (69,5%) e se penteia (78%) e o ato de gesticular (63,5%) não parecem ser importantes. Quando inquiridos sobre aspetos mais específicos da comunicação, alguns doentes estão mais satisfeitos quando: o médico fala devagar (95,7%), usa um tom igual ao seu (87%), utiliza termos comuns (94,3%), se veste de maneira informal (82,3%), se senta à sua frente do outro lado da secretária (57,3%), estabelece contacto físico (67,5%) e quando os médicos do género feminino têm cabelo comprido (66,7%) e cuidado (93,8%). Ao serem questionados quanto ao género e idade do médico que mais contribui para a sua satisfação, os doentes revelam uma preferência por médicos do sexo feminino (75,7%) e por aqueles que tenham idade inferior a 50 anos (70,1%). Do mesmo estudo concluíram que existem variáveis de comunicação verbal e não verbal resultantes da relação médico-doente que influenciam claramente a satisfação do doente. Agostinho et al. (2010).

3. METODOLOGIA

3.1 Estudo de caso como opção metodológica

A metodologia escolhida foi um Estudo de Caso, por se tratar de uma metodologia de investigação de cariz qualitativo. A importância das metodologias qualitativas na investigação científica, nomeadamente na área das Comunicação, deve-se, por um lado, ao desenvolvimento à luz do paradigma positivista, e, por outro, à necessidade de desenvolver novas abordagens metodológicas que permitam dar resposta a problemáticas emergentes. Tal como o nome indica, a característica que distingue esta metodologia é o facto de ser um plano de investigação que se foca num estudo pormenorizado e profundo, no contexto natural, de uma entidade bem definida: o “caso”. Para o autor Robert Yin (1994), é a estratégia de investigação mais adequada quando queremos saber o “como” e o “porquê” de acontecimentos atuais sobre os quais o investigador tem pouco ou nenhum controlo, ou seja, a vantagem deste tipo de estudo é a aplicabilidade a situações humanas e a contextos contemporâneos da vida real. Como o objetivo do nosso estudo está relacionado com as atitudes e competências comunicacionais entre médico e doente este será, portanto, o tipo de estudo mais adequado.

Dada a natureza qualitativa da informação e do objetivo da investigação, bem como a dimensão do grupo em estudo, escolheu-se o método de casos ou análise intensiva. Estudou-se um grupo, médicos e doentes da urgência do hospital da Misericórdia de Vila Verde, procurando recolher a maior informação possível, que permita construir um protótipo do fenómeno, neste caso, o tipo de relação comunicacional que se estabelece entre médicos e doentes numa consulta de serviço de urgência.

Na fase inicial da construção desta dissertação pretendíamos desenvolver este trabalho de investigação no Serviço de Oncologia de um hospital central. A escolha deste local prendeu-se com o facto de se tratar de um serviço especialmente complexo e de grande dinâmica no que respeita à relação médico-doente. Assim, a mesma, construída com base na comunicação, é fulcral em todas as etapas, desde diagnóstico, tratamentos e alta médica. É evidente a pertinência dos aspetos comunicacionais na relação médico-doente qualquer que seja a especialidade médica ou o serviço hospitalar, mas a oncologia é ainda hoje um serviço que envolve a comunicação de diagnósticos menos favoráveis e desfechos mais sombrios o que, alegadamente, só por si deixa os doentes ainda mais vulneráveis.

Aliado a todas estas circunstâncias, e sendo as competências comunicacionais basilares para a prática clínica, o tema da comunicação e relação médico-doente tomam uma dimensão especialmente relevante. Nos contatos iniciais com um Hospital distrital, verificou-se um interesse na realização do estudo por parte do serviço de oncologia. Encetou-se assim um processo junto da Administração do Hospital com vista à prossecução prática do que havia sido combinado com o serviço aludido.

O tempo constituído até à obtenção da autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados, documento a integrar posteriormente, num amplo requerimento da Comissão de Ética do Hospital e, apesar da indicação de se estar perante um estudo académico sem apoios financeiros e sem objetivos económicos, a Comissão Nacional de Proteção de Dados exigiu um valor financeiro para a análise do estudo, sem a garantia de um parecer favorável. Verificou-se assim que a carga burocrática e financeira bem como a realização deste trabalho nesta instituição tornou inviável a concretização do estudo. Todavia, na sua implementação, entendemos que a pertinência do tema e a necessidade académica da abordagem de temáticas comunicacionais geralmente ausentes de alguns campos, nomeadamente no campo da saúde e em particular em áreas mais sensíveis como a oncologia, justificava a persistência em encontrar uma Organização capaz de compreender a importância do estudo para os vários grupos profissionais, assim como para os doentes e, portanto, motivada para colaborar.

Foi estabelecido um contacto formal com a Administração do Hospital da Misericórdia de Vila Verde para desenvolver o trabalho no serviço de urgência, atendendo a que, nesta unidade hospitalar, não existe o serviço de oncologia. Como já se afirmou anteriormente, o interesse pela área da oncologia resultava da sensibilidade e dinâmica que forçosamente se estabelece na relação médico-doente. Importava, por isso, conservar esta perspetiva do estudo a fim de se manter um nível elevado de exigência. Assim, entendemos que o serviço de urgência do Hospital da Misericórdia de Vila Verde proporcionaria um quadro, não só capaz de produzir respostas, mas de as conceber dentro dessa métrica ampla e profunda, nomeadamente pela diversidade de questões que aí se podem encontrar tendo em conta a diversidade económica e social dos doentes. Apesar dos entraves acima referidos, consideramos que o trabalho manteve a sua riqueza conceptual.

Por outro lado, a decisão de realizar este estudo no serviço de urgência prendeu-se na importância de considerar ser um local onde o impacto das atitudes e competências comunicacionais na perceção e satisfação do doente terão certamente um efeito imediato e importante para todos os intervenientes. Procurou-se também identificar atitudes e competências

comunicacionais que os médicos do serviço de urgência e os doentes consideram relevantes para a melhoria da qualidade dos serviços.

Após autorização expressa, por parte desta instituição em desenvolver este estudo, e tendo sido permitido identificar o local na dissertação, foram estabelecidos os primeiros contactos a fim de conhecer toda a envolvência institucional e do serviço de urgência em particular, bem como planificar em concordância com os profissionais a aplicação dos questionários.

Em reunião com o enfermeiro responsável do serviço de urgência e departamento da qualidade, foi estipulado que a aplicação dos questionários decorreria durante os meses de abril e maio de 2016, em dias selecionados de acordo com a disponibilidade do serviço e da investigadora. Foram definidas as condições logísticas para que o doente se sentisse mais confortável aquando do preenchimento dos questionários. Foi entregue uma bata branca e crachá de identificação à investigadora tendo sido, também, atribuído pela Administração, um gabinete de trabalho de modo a evitar a exposição do doente e permitir que todo o serviço continuasse a funcionar normalmente. Desta forma, garantiu-se o princípio do sigilo quer para médicos, quer para doentes.

Todos os profissionais foram informados da presença da investigadora e da realização deste estudo, para evitar constrangimentos de ambas as partes. Os médicos, após tomarem conhecimento da realização do trabalho, aceitaram de forma unânime participar no mesmo ativamente.

O questionário foi aplicado após o médico finalizar a consulta. Embora todos tenham participado ativamente, foram sentidas algumas dificuldades, por parte da investigadora, nomeadamente o tempo de espera pela alta médica do doente. Por vezes a demora foi de trinta minutos. Este constrangimento prendeu-se com o facto de, tratando-se de um serviço de urgência, os doentes necessitarem de meios complementares de diagnóstico que implicavam um maior tempo de espera até decisão diagnóstica e posteriormente alta médica.

Alguns dos doentes, devido à sua condição de doença, recusaram a participação no estudo por não se sentirem em condições adequadas devido ao sofrimento agudo e outros não se sentirem à vontade para colaborar. Esta situação veio dificultar a conclusão da aplicação dos questionários. Contudo, de salientar a disponibilidade genérica na colaboração, em especial dos doentes com uma faixa etária mais elevada, o que pode ser entendido, pelo facto de disporem de mais tempo livre por serem reformados. Alguma sensibilidade da avó que tem uma neta estudando e investigando foi, algumas vezes, um desbloqueador e catalisador no estabelecimento da relação aproximada entre investigadora e doente.

De salientar algum constrangimento, manifestado na timidez, no pouco à vontade em exprimir opinião ou no compromisso não realizado, por parte dos doentes. Assim, notamos que os mesmos evitavam a verosimilhança da opinião com receio de alguma represália por parte do hospital, apesar de todo o esclarecimento facultado no início do contacto, informando-os que se tratava de um trabalho de investigação para uma dissertação de mestrado, na qual se respeitaria o sigilo dos dados recolhidos, bem como o anonimato dos participantes.

3.2 Hospital da Misericórdia de Vila Verde – População de Estudo

O estudo foi realizado no Serviço de Urgência do Hospital da Misericórdia de Vila Verde. Trata-se de um serviço que efetua aproximadamente 19.000 atendimentos/ano, sendo numa média de 79 doentes atendidos por dia, dos quais 56,3% são do género feminino. As faixas etárias dos doentes distribuem-se do seguinte modo: 15% entre os (0-14 anos), 61.3% entre os (16-64 anos) e 23.7% (> =65anos). Recorrem ao serviço de urgência cerca de 78% dos doentes no horário das (8H-20H) e 22% no período noturno das (20H-8H). O serviço de urgência tem uma maior afluência aos sábados com 14.4%, segue-se a sexta-feira com 14.3%, havendo uma diminuição ao domingo com 12.2%. 92.7% dos doentes recorre ao serviço de urgência por razões de doença, 3.9% devido a acidentes domésticos, 3% devido a acidentes de trabalho e 0.4% por outras causas. De referir que o serviço de urgência recebe sobretudo utentes do concelho de Vila Verde com uma percentagem de 62%, face a 18% dos utentes vindos do concelho de Amares, 9% de Braga, 5% de Terras de Bouro e 6% de outros concelhos. [<http://www.hospital-vilaverde.com/Hospital/Hospital-Hospital.aspx>, consultado em 13/04/2016]

3.3 Desenho da investigação

Para responder à questão de investigação - que atitudes e competências comunicacionais, na relação médico-doente do serviço de urgência do Hospital de Vila Verde, são perceptíveis na qualidade do serviço prestado? - foram definidos os seguintes instrumentos de pesquisa: a entrevista exploratória e questionário aplicado aos doentes à saída da consulta de urgência.

3.3.1 Entrevista

A entrevista exploratória teve como objetivo ouvir na primeira pessoa um testemunho real de qual a importância que um médico atribuiu à comunicação, por forma a construir uma relação entre ambas as partes.

Assim, neste trabalho optou-se pela realização de uma entrevista **semi estruturada**, na medida em que pode desenvolver-se numa lógica descritiva, podendo recolher informação sobre o tema concreto, bem como permitir orientar a entrevista num sentido interpretativo, através da recolha de opiniões e representações do entrevistado. Assim, a entrevista desenvolveu-se em torno de grandes questões organizadoras do discurso, sem respostas codificadas nem rigidez nas questões colocadas. Foi desenvolvido um guião (ver Tabela 1) que consistiu em perguntas de orientação flexíveis que foram sendo ajustadas ao longo da entrevista.

Embora exista uma carga subjetiva e encenada que caracterizam a entrevista, a técnica afirma-se como uma das mais ricas e das mais utilizadas no âmbito da Sociologia. Evoluindo numa situação social de interação face a face, as entrevistas revestem formas e conteúdos assaz diversos consoante o interlocutor, o momento, a função, o centro de interesses, o alvo, o grau de liberdade e o nível de profundidade (Gonçalves, A., 2004). O mesmo autor refere, ainda, que a forma como se escolhe o local, se marca a entrevista e se esboçam os primeiros incentivos participa da própria comunicação e pode suscitar motivações e empatias distintas (Gonçalves, A., 2004).

Ainda que o estudo tenha sido desenvolvido no serviço de Urgência do Hospital da Misericórdia de Vila Verde, foi também realizada uma entrevista a dois médicos internistas de um serviço de urgência, com propósito de obter uma opinião mais personalizada relativamente ao tema em estudo que ajudasse a configurar as questões relevantes para o desenvolvimento do tema a expor. Trata-se de entrevistas, portanto, exploratórias.

O primeiro contexto decorreu da conceção do guião da entrevista, tendo sido o seu enfoque a verificação do mesmo e a pertinência face ao tema em estudo. Definimos dois médicos a entrevistar que possuíam vasta experiência no serviço de urgência.

A preparação e realização da entrevista, compreendeu um conjunto de momentos e fases cujo planeamento se mostrou fundamental para o sucesso da aplicabilidade da mesma.

Num segundo momento, concretizou-se a aplicabilidade do guião da entrevista, de forma a forma a cumprir o plano cronológico estipulado. A entrevista foi gravada em formato áudio para

posteriormente ser transcrita. Além da gravação, foram anotados determinados aspetos relacionados com as reações do entrevistado e com a comunicação não verbal.

Denotamos que as questões inicialmente presentes no guião deram origem a algumas alterações em virtude do natural seguimento da conversa/entrevista menos formal.

Antes de iniciar a entrevista foram tidas em atenção um conjunto de garantias tais como:

- Estabelecer e garantir uma boa relação de confiança, empatia e segurança com o entrevistado.
- Explicar claramente o objetivo da entrevista
- Explicar as regras do anonimato e da confidencialidade em relação à identidade, grupo ou organização e à informação recolhida.

A fim de garantir o anonimato dos profissionais ao longo deste trabalho, optou-se por designar cada um dos participantes de **médico 1** e **médico 2**. O local selecionado para realização da entrevista prendeu-se com o facto de se tratar de um Hospital Distrital, que envolve o atendimento a um número elevado de doentes, o que proporciona aos profissionais de saúde a vivência de situações extremas. Esta realidade permitiu obter relatos de experiências vivenciadas por estes profissionais que tornaram este estudo mais enriquecedor.

A metodologia seguida para a prossecução da entrevista consistiu na conceção de um guião orientador de perguntas a realizar (Ver Tabela 1). As questões efetuadas foram selecionadas de forma a manter a linha de estudo orientada para a comunicação médico-doente. Para facilitar a posterior análise das respostas facultadas, procedeu-se à gravação da mesma em ficheiro áudio. Na tabela 1 estão apresentadas de forma ilustrativa as perguntas que constituíram o guião da entrevista.

Perguntas realizadas no decorrer da entrevista.

1. Qual o papel que a comunicação tem na relação médico-doente
 2. A comunicação é muito ou pouco valorizada pelo médico
 3. Na comunicação o que é relevante?
 4. Quais as limitações/dificuldades de comunicação que o médico sente na sua relação com os doentes
 5. O que poderia ou gostaria de fazer para melhor o processo comunicacional na relação médico doente
 6. O médico deve estabelecer uma boa relação com o doente?
 7. O médico durante a consulta deve estabelecer contato visual com o seu doente?
 8. Na sua prática clínica utiliza uma linguagem clara?
 9. Quando tem que comunicar um diagnóstico grave ao doente de que forma o faz
 10. Apesar da ênfase que a tecnologia tem evidenciado na medicina, acha importante que os serviços de saúde se tornem mais humanizados?
 11. Como caracteriza uma boa relação interpessoal entre medico doente.
 12. Acha relevante a primeira impressão que se cria na relação medico/doente para a qualidade do serviço prestado?
 13. Acha importante que o médico se apresente antes de dar início à consulta
 14. Considera relevante ouvir o doente, mantendo uma escuta ativa.
 15. A forma como comunica é influenciada pelo doente que se apresenta.
-

Tabela 1 – Guião de entrevista

A entrevista foi realizada num gabinete médico do serviço de urgência de um Hospital distrital, estando os dois médicos presentes em simultâneo, permitindo a exposição dos pontos de vista pessoais bem como a partilha de opiniões.

O terceiro contexto, a transcrição, consistiu em decalcar as informações verbais em informações escritas. A entrevista foi ouvida pelo investigador algumas vezes, de modo a permitir a transcrição mais fidedigna em relação à gravação áudio original. Ainda que a transcrição seja pautada pela fidelidade da audição, algum enviesamento é possível, visto que não é possível auscultar todas as informações apresentadas na entrevista, mesmo tendo sido o mesmo interveniente (entrevistador) em todas as fases dos três contextos.

3.3.2 Questionários

Tendo em vista a recolha das informações prescritas pelo enquadramento teórico, impôs-se a necessidade de elaborar um instrumento de coleta de dados “capaz de produzir todas as

informações adequadas e necessárias para testar as hipóteses” (Quivy, 1998), tendo sido neste estudo, aplicados inquéritos por questionário.

Para Matalon Ghiglione o questionário pode ser definido como “uma interrogação particular acerca de uma situação englobando indivíduos, com o objetivo de generalizar” (2001, p.7-8).

A construção destes questionários resultou da análise de vários trabalhos de literatura académica que apontavam para a pertinência de vários temas no âmbito da característica do processo comunicacional médico-doente.

O questionário dirigido aos médicos é constituído por 22 perguntas. Foi utilizada a escala de Likert, de 1 a 5, em quase todas as questões, através da qual se pretendeu avaliar o nível de satisfação ou insatisfação em relação a uma determinada afirmação. Nesta escala, o 1 corresponde a “Nada satisfeito”, o 2 a “Pouco satisfeito”, o 3 a “Satisfeito”, o 4 a “Bastante satisfeito” e o 5 a “Totalmente satisfeito”. O questionário dirigido ao doente é constituído por 23 perguntas e utilizamos também a referida escala de Likert de 1 a 5. A cada questão do questionário está associada um tema de acordo com a Tabela 2. Estes temas foram seleccionados tendo por base a pesquisa bibliográfica descrita na introdução e no estado da arte, parecendo constituir os grandes temas que alicerçam a relação médico-doente.

Questão do inquérito	Tema associado
1. Acha importante que o médico se apresente e explique as suas funções no início da consulta?	Humanização/Relação
2. Acha importante que o médico/a o trate pelo nome?	Relação
3. Acha que os primeiros minutos da consulta são importantes para se sentir à vontade com o seu médico?	Humanização/Relação
4. Um médico/a simpático/a ajuda-o no momento da consulta e recuperação?	Relação
5. Acha importante que o médico/a diga ao doente para explicar as razões que o trazem à consulta de urgência?	Relação
6. Acha importante que o médico ouça atentamente as queixas do doente?	Comunicação
7. Considera importante que o médico explique a doença, os exames ou tratamento que vai fazer?	Comunicação
8. É importante para si que o médico vá fazendo perguntas para ver se entendeu o tratamento que lhe vai ser dado?	Adaptação da Comunicação
9. Considera importante que o médico/a utilize uma linguagem simples, que o doente entenda, evitando palavras muito técnicas?	Adaptação da Comunicação
10. Costuma compreender tudo o que o médico/a lhe diz?	Adaptação da Comunicação
11. Quando não compreende alguma coisa costuma pedir ao médico/a para explicar melhor?	Adaptação da Comunicação
12. Sente-se à vontade para questionar o seu médico/a quando tem dúvidas?	Adaptação da Comunicação
13. Acha importante que o médico/a valorize não só a doença, mas também a pessoa?	Humanização
14. Acha importante confiar no seu médico?	Relação/Poder
15. Acha importante que, durante a consulta o médico/a esteja atento/a aos sinais de nervosismo e ansiedade do doente?	Comunicação não verbal/empatia
16. Para si é importante que o médico/a ouça a sua opinião para decidir o tratamento mais adequado?	Tomada de decisão
17. Acha importante que o médico/a, enquanto fala olhe para o doente?	Comunicação não verbal
18. Acha importante que o médico/a pergunte ao doente se ficou esclarecido acerca do tratamento?	Comunicação
19. Acha que os problemas dos doentes afetam os médicos?	Gestão emocional
20. Considera importante que o médico/a procure, durante a consulta colocar-se no lugar do doente?	Empatia
21. Sente se melhor quando o médico/a compreende os seus sentimentos?	Empatia
22. Considera importante que no final da consulta, o médico/a se despeça e apresente as melhoras? 22 a) o médico/a despediu-se e apresentou as melhoras? 22 b) sobre a comunicação médico/a doente há alguma observação que queira acrescentar	Relação

Tabela 2– Questões aplicadas nos questionários e respetivo tema associado

Para testar a precisão e adequação deste instrumento de coleta de dados, tornou-se indispensável a execução de um pré-teste, que foi realizado no mês anterior à aplicação definitiva, apresentado a 10 pessoas, pertencentes à população em geral. Durante a aplicação do pré-teste foram observadas algumas dificuldades de interpretação, logo procedeu-se à retificação de algumas questões que denotaram ambiguidade e dificuldade de interpretação, com o objetivo de conceber um instrumento final retificado de modo a que se tornasse perceptível na aplicabilidade aos doentes.

3.3.3 Aplicação dos questionários

A aplicação dos questionários foi previamente definida com os profissionais do Hospital da Misericórdia de Vila Verde, nomeadamente com o Enfermeiro responsável da unidade do serviço de urgência. No final de cada consulta foi solicitada a colaboração dos doentes para o preenchimento do questionário. Relativamente à equipa médica, os questionários foram aplicados no intervalo das consultas ou deixados no serviço para posterior preenchimento de médicos de outros turnos. A recolha, na íntegra, foi efetuada com o auxílio do enfermeiro responsável.

Aquando da abordagem ao doente e ao médico, foi prestada a devida informação para que estes pudessem livremente decidir participar ou não no estudo. Esta decisão deve ser efetuada de forma consciente, livre e esclarecida. Foi facultada verbalmente toda a informação relativa aos elementos essenciais à participação de ambos, obtendo um consentimento informado. Foram apenas incluídas no estudo população de maior idade e em plena posse das suas faculdades mentais, assegurando consentimento livre.

No final de cada consulta, procedeu-se a uma saudação, ambos foram informados acerca do estudo e dos objetivos do mesmo; da liberdade de participação ou não no preenchimento do questionário, sem que daí, resultassem quaisquer implicações, garantimos a confidencialidade e o anonimato dos dados. Tratando-se de pessoas adultas, conscientes e lúcidas, optou-se por informar oralmente o propósito do estudo ao invés da utilização de um documento por escrito do consentimento informado, o que se considerou desnecessário.

Os questionários aplicados neste estudo (Tabela 2) contemplam na primeira parte uma descrição da pertinência da sua aplicação, bem como informação relativa ao anonimato e confidencialidade dos dados. O consentimento para aplicação dos questionários foi obtido

verbalmente junto dos doentes e dos médicos aquando da aplicação. Numa segunda parte são colhidas informações relativas às variáveis socioeconómicas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e profissão). Numa terceira parte são colocadas as questões direcionadas para o conteúdo do estudo.

3.4 Metodologia de tratamento de dados

Na análise de resultados utilizou-se o programa de estatística *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS versão 22. No sentido de facilitar a análise dos dados foram criadas novas variáveis (género, idade, estado civil, habilitações literárias, respostas às questões sim/não, respostas às questões por importância e respostas às questões de satisfação) que estão apresentadas na Tabela 3.

Variáveis nominais	Valores
Género	0- Masculino 1-Feminino
Idade	0- 18 a 25 anos 1- 25 a 35 anos 3- 35 a 45 anos 4- 45 a 55 anos 5- >55 anos
Estado civil	0- Solteiro (a) 1- Casado (a) 2- União de facto 3- Divorciado (a) 4- Viúvo (a)
Habilitações literárias	1- 4º ano 2- 6º ano 3- 9º ano 3- 12º ano 4- Licenciatura 5- Outros
Respostas às questões (sim/não)	0- Não 1- Sim
Respostas às questões (por importância)	1- Nada importante 2- Pouco importante 3- Importante 4- Significativamente importante 5- Muito Importante
Respostas às questões (satisfação)	1- Nada satisfeito 2- Pouco satisfeito 3- Satisfeito 4- Bastante satisfeito 5- Totalmente satisfeito

Tabela 3– Variáveis utilizadas no tratamento dos dados

3.5 Obtenção e caracterização da amostra

Os dados foram colhidos no período de abril a maio de 2016, em dias aleatórios, de acordo com a disponibilidade do serviço, numa tentativa de obter uma amostra representativa de uma

semana, englobando todos os dias da semana. A população alvo deste estudo foram os médicos da Urgência do Hospital da Misericórdia e os doentes que recorreram ao serviço de urgência.

Idealmente a amostra deveria ter sido obtida de forma aleatória composta. Mas dado que, pelo caráter deste estudo, a aplicação desta metodologia de amostragem não foi viável, optou-se pela amostragem através do método de amostragem não probabilístico, por conveniência. Trata-se de uma metodologia onde os indivíduos são escolhidos por se encontrarem no local onde os dados para o estudo estão a ser recolhidos. A amostra é composta por profissionais de medicina do serviço de urgência e doentes do serviço.

Foram abordados 108 doentes sendo que 8 doentes recusaram participar no estudo, pelo que resultou uma amostra com 100 doentes. Os doentes foram inquiridos imediatamente após terem sido atendidos no Serviço de Urgência. Todos os médicos do Serviço de Urgência foram inquiridos e incluídos no estudo constituindo uma amostra de 9 médicos, 100% do universo.

A amostra de doentes e médicos que participaram neste estudo está devidamente caracterizada no capítulo de resultados apresentados ao longo deste trabalho.

4. O CASO “SERVIÇO DE URGÊNCIA NO HOSPITAL DA MISERICÓRDIA DE VILA VERDE”

4.1 Caraterização da Instituição

A Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde presta apoio aos mais carenciados há mais de 70 anos, desde 1944. Atualmente as respostas que oferece à população dividem-se em duas grandes áreas: a área social e a área da saúde. Geograficamente estende-se em três grandes núcleos/estabelecimentos: Vila Verde, Vila de Prado e Valbom S. Pedro, ainda que o seu âmbito de atuação, com os serviços de apoio domiciliário e Hospital seja supraconcelhio.

4.2 Missão, Valores, Visão e Política da qualidade

O Hospital da Misericórdia de Vila Verde tem como missão atender e tratar os doentes, com eficiência e qualidade, a custos socialmente comportáveis, oferecendo um leque variado de serviços. Os seus valores pautam-se pela dedicação e estar atentos às necessidades dos doentes, indo ao encontro das suas expectativas, oferecendo condições favoráveis ao seu bem-estar sustentadas por uma relação de proximidade entre doentes e instituição. A prestação de um serviço com qualidade e qualidade das relações humanas é uma preocupação constante. O Hospital procura favorecer a melhoria contínua dos processos de forma a garantir uma atuação cada vez mais satisfatória junto dos seus doentes, colaboradores e fornecedores. A sua atuação pauta-se em conformidade com os mais elevados padrões de ética em todos as ações e decisões, agindo com integridade pessoal e profissional. O Hospital da Misericórdia procura estimular a criatividade e espírito de inovação, favorecendo a iniciativa individual e desenvolvimento de novas atividades, de modo a assegurar que a Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde preste os melhores cuidados aos seus doentes, gerando confiança e certeza de um melhor atendimento.

[<http://www.hospital-vilaverde.com/Hospital/Hospital-Hospital.aspx>, consultado em 13/04/2016]

4.3 Espaços físicos e recursos materiais do serviço de urgência

O Serviço de Atendimento Permanente é parte integrante do edifício principal do Hospital. O acesso dos doentes ao serviço é assegurado por entradas exclusivas. Os espaços estão

devidamente estruturados e sinalizados. Podemos encontrar a zona de receção administrativa, a sala de espera, 3 gabinetes de consulta médica, sala de tratamentos/enfermagem, sala de observações, sala de observações pediátricas, instalações sanitárias, zonas técnicas e o armazenamento de sujos e limpos.

4.4 Recursos Humanos

O serviço de urgência do Hospital da Misericórdia de Vila Verde é composto por um corpo clínico de 9 médicos, 9 enfermeiros, 5 auxiliares de ação médica e 2 administrativos. Estes profissionais trabalham por turnos.

5. RESULTADOS

Neste capítulo iremos apresentar os resultados obtidos ao longo deste estudo no que concerne à entrevista e ao questionário aplicados aos médicos e doentes do serviço de urgência do Hospital da Misericórdia de Vila Verde.

Deste modo, este capítulo retratará, de forma fiel, a opinião médica acerca das atitudes e competências comunicacionais na relação médico-doente, assim como a perceção que os médicos e os doentes possuem acerca desta temática.

5.1 Análise da Entrevista

A entrevista foi realizada a dois médicos internistas de um serviço de urgência com o objetivo de ouvir testemunhos reais sobre a importância que um médico atribuiu à comunicação na construção da relação médico-doente.

Qual o lugar da comunicação na relação médico-doente? Cada vez mais existe consciência profissional de que a comunicação é tão preciosa quanto as tecnologias ajustadas à medicina:

A comunicação é muito importante. É uma atividade humana, mas que é puramente técnica. Um bom diagnóstico, 80% reside na história clínica, e a história clínica é colhida com comunicação. Os exames são pedidos no fim de comunicar. Vemos em primeiro o doente e só no fim é que pedimos exames. Só em 20% dos casos é que pedimos exames, 80% é com conversa, olhar, um toque simples, a comunicação. (Médico 1)

A importância da comunicação é bem patente quando os médicos se questionam sobre o seu valor num diagnóstico. Aparentemente o diagnóstico surge a partir de um conhecimento intrínseco do médico e das suas capacidades. Mas no caso aqui em análise, qualquer profissional tem plena consciência da presença e do valor que a comunicação acrescenta à identificação da patologia e consequente fidedignidade do seu diagnóstico. O conhecimento e capacidade do médico no uso das técnicas da entrevista revelam ser um fator importante:

(...) Quantificar seria difícil, mas numa consulta, mais de metade da importância da entrevista reside em aspetos comunicacionais. Se não comunicarmos bem com o doente, os dados vêm com má qualidade. (...) logo a probabilidade de falhar o diagnóstico será maior. (...) Do ponto de vista técnico a comunicação é fulcral. Temos a comunicação verbal, a empatia, é logo nos primeiros segundos, “gostas ou não gostas” (não sei bem porquê?) e não-verbal. Devemos olhar para a nossa cultura e estar o mais neutro possível. Um sorriso ao entrar e algumas

palavras amigas “estou aqui para ajudar!”, ajuda. Para mim é tão óbvio que me custa a compreender alguém que não ache importante! (Médico 1)

Nestes casos o médico não pode pura e simplesmente decretar a dificuldade na comunicação. Cabe-lhe encontrar soluções:

No serviço de urgência nos casos críticos, essa comunicação é transferida para os familiares, como temos muitos casos agudos que estão em coma, estão em dificuldade respiratória que não nos permite comunicar, mas estão a comunicar. (Médico 1)

O médico é assim, muitas vezes, colocado perante uma circunstância em que um terceiro é chamado a explicar as queixas físicas de um doente.

[Na] parte da semiologia, nós temos o contacto ocular, a forma como está a respirar. Se não sabemos da história temos que comunicar com os familiares. Se comunicarmos mal e o doente falece podemos ter um problema gravíssimo, porque foi uma questão de não comunicar. (Médico 1)

Mais do que o doente em situação débil, cuja verbalização ou capacidade racional se tornou ausente pela circunstância da sua doença, a relação médico doente ocorre, muitas vezes, num quadro em que o profissional da saúde tem de recorrer à experiência quotidiana (Goffman, 1986), o que não é mais do que uma avaliação construída pela atenção histórica e a descoberta pelo próprio de formas de abordar a realidade a partir dos dados que esta mesma realidade fornece. Muitos profissionais ajustam-se, rapidamente, a essa realidade. Mas, àqueles em que tal não acontece, o doente «difícil» é, mais do que a dificuldade imposta pela circunstância, um problema a que a metodologia disciplinar deve acudir. A intuição na captação da verdade num discurso concebido sob imprecisões ou mesmo mentiras constitui uma geografia sem rotas que podem resultar num tatear sem abraçar (Gonçalves, 2004), isto é, numa perda de tempo.

Há determinados médicos que chegam mais rápido uns do que outros é intuitivo. Têm mais jeito. Hoje em dia nas faculdades cada vez mais se trabalha a parte da comunicação/relação. Existem cursos. O doente difícil, o doente que não dá informação, o doente que mente, o doente confuso. Atualmente tudo o que é feito é tudo intuitivo. Vamos nos dedicando mais, ou simplesmente porque está a correr bem. Eu sei que os doentes gostam de mim? (Médico 1)

As ciências da comunicação parecem ter chegado tarde, ou terem sido tardiamente identificadas como uma necessidade das práticas na profissão de medicina. Porém, como afirma o adágio, mais vale tarde do que nunca.

Os familiares podem servir de intermediários da comunicação entre doente as estratégias de conhecimento médico-doente, a (o) assistente, vulgarmente designada pela secretária – do consultório médico funciona como uma extensão na captura de informação capaz de ajudar a aferir não só o estado de satisfação do doente, mas também a qualidade percebida através da comunicação conduzida pelo médico.

Tenho esse feedback pelas secretárias, pelo trato como acaba a consulta. Só recentemente tive uma má surpresa e acho que o doente estava de má-fé. O doente escreve uma carta ao hospital para mudar de médico, por questões comunicacionais. Eu sempre estive na consulta, informei tudo. Lá está é um doente complicado. O próprio hospital considerou o doente complicado. (Médico 1)

Sem dúvida que a comunicação é um processo que necessita da avaliação tanto do emissor como do recetor. O pedido insistente de feedback, por vezes exaustivamente e redundantemente, configura uma arte nem sempre considerada importante na relação médico-doente.

Algo que está a dificultar é o médico não o olhar olhos nos olhos. Recebemos várias queixas. O médico estava a olhar para o computador e não estava a olhar para mim. (Médico 2)

Para além da desvalorização sentida pelo médico, este quadro também desabona o médico enquanto profissional. Isto é, apesar de não parecer, o médico estabelece um modo de comunicação não-verbal negativo em que transfere todos os sinais de quem não está seguro no seu papel profissional:

Claro, eles podem pensar, está a ver página na internet. (Médico 1)

Aparentemente a relação médico-doente estabelece-se entre um ato de procura do segundo pelo primeiro. Inclusive, na maior parte das vezes, este desloca-se até ao consultório do segundo. Vai expor-se perante alguém cuja relação é de distância, mas do qual necessita de aproximação. Estabelece-se um jogo em que o médico precisa de aproximação, mas nem sempre tal ocorre. Há doentes que, mesmo fisicamente próximos do médico, estabelecem uma distância que pode ir até à ocultação dos sintomas, sonegação de informação ou mesmo vergonha no assumir de qualquer ação crítica que levou até à necessidade de procurar o médico. Nestas circunstâncias cria-se, muitas vezes, um ambiente de alguma barreira comunicativa nos quais os silêncios, as perguntas e as respostas desajustadas tendem a desarticular a relação entre médico-doente.

Não coloque esta questão só do lado médico. Há doentes que comunicam mal? São pessoas que têm problemas e vêm à má-fé, percebe? À partida doente está para me enganar. (Médico 1)

Denotamos que estes são os casos em que o doente gostaria muito de mudar a realidade porque, imaginando qualquer hipótese do seu adoecer, estabelece imediatamente um quadro de negação ao jeito de «se eu não admitir não aconteceu». A mentira aqui reverte para a autodefesa. Subsistem, contudo, outras perspetivas, como, por exemplo, aquela que nos dá um quadro em que o paciente espera uma resposta rápida e certa enquanto o médico insiste em perseguir hipóteses, anulando-as, cruzando-as, juntando-as, perguntando, insistindo em perguntas, pedindo feedback a fim de compor o seu quadro de análise sem qualquer dúvida. Neste último caso, muitas vezes os doentes não compreendem a necessidade de tantas perguntas e questionam-se, interiormente, sobre o método. Na verdade, não aceitam a perspetiva segundo a qual o médico chega a um diagnóstico tateando com o objetivo de anular hipóteses até que subsista a hipótese verdadeira.

Tenho muito esta perspetiva e falo com médicos mais experientes. Eu não é que seja um desconfiado do ser humano, mas é como o método científico. Uma experiência tanto fica mais robusta quanto ela falhar para eu por em cheque a teoria. Se eu for pela negativa que o doente me dá a minha teoria positiva vai ficar mais robusta. É claro que eu tenho boa-fé, eu quero o melhor para a humanidade! (Médico 1)

Um médico age com um doente segundo uma perspetiva geral. Aquele doente podia ser qualquer doente, portanto doentes são todos iguais porque nenhum médico atende alguém imaginando-o a não precisar de um médico. Para o médico não existe o «não doente» entrando para o seu consultório. Doente é assim condição geral de todo aquele que entra na sua sala de consultas.

Os doentes são chatos. Falam de muitas coisas que para o diagnóstico não interessa. Um médico experiente gasta os seus primeiros minutos a ouvir. Nesses dois minutos já temos que ter na cabeça 2 ou 3 diagnósticos importantes. Isto mata, não mata? Tenho que ver com muita urgência, porque vai descambar, isto um bom médico, experiente, ok? Um médico novato gasta 30 minutos para uma situação grave, 30 minutos para uma menos grave, porque ainda está a aprender. O experiente já tem atalhos cognitivos, isto já está estudado. Ao fim de 5 minutos eu já tenho mais 4 ou 5 hipóteses de diagnóstico e aí já digo se tem que ter exames ou não. Para depois doenças complexas e para

passar para uma relação mais cuidada com o doente, algumas chegam quase a “amizade”. Já são precisos os 30 minutos. (Médico 1)

Da relação médico-doente vai restando, cada vez menos, comunicação reduzindo-se o valor do doente à condição objetiva do diagnóstico e cura. O topo da ausência comunicativa pode dar-se na urgência:

Na urgência isso não é possível [uma conversa mais demorada com o doente].
Até pela natureza da doença, porque senão não é urgente? Para qualidade e competência é necessário 10 minutos consulta de urgência. (Médico 1)
No serviço de urgência o tempo da consulta é de 20 minutos. (Médico 2)

A competência técnica do médico é assim importante, mas não representa tudo na relação com o doente, antes pelo contrário. É fácil reconhecer estratégias comunicativas que interessam ao doente e que este tem em consideração na hora de avaliar o médico que está à sua frente. Deste modo, é exigido ao profissional que se apresente de forma esperada pelo doente, a fim de não criar contradições e remeter o doente para a desconfiança em relação ao serviço. A atitude é uma forma de comunicação dentro dos padrões tidos como «normais», ajuda a estabelecer um quadro de experiência equilibrado:

Com certeza! Como é que um médico está vestido. Se está de uma forma exuberante poderá colocar alguma barreira comunicacional. Se tivermos perfil muito excêntrico em relação ao padrão é mal-aceite. Quando o doente entra o médico levanta-se e cumprimenta-o pelo nome. (Médico 2)

Esta ação comunicativa, assim como a intensidade sonora colocada na forma de projetar a voz, é uma estratégia que os profissionais da medicina mais experientes já perceberam ser eficaz:

Dizer à pessoa para entrar, apresentar-se cumprimentar a pessoa pelo nome, a entoação. (Médico 2)

E será que a estratégia de tocar no âmago do doente pela enunciação do seu nome é também passível de ser realizado na azáfama de uma urgência?

Deve-se fazer. Muitas vezes não se faz. Mesmo na urgência, se o médico fizer. Um doente que estava à espera 5 horas, está irritado. Está sempre irritado. O médico tem que ter o discernimento de se colocar no lugar do doente. Criar empatia. Colocar-se no lugar do outro. Perceber a irritação e tentar compensar com atenção, simpatia, estar atento aos pormenores. Cumprimentar, ter o cuidado que quando se está a falar com o doente levantar a cabeça e olhar olhos nos olhos. Se não existir isso, há falhas comunicacionais. (Médico 2)

Afinal, o que se procura quando se recorre ao serviço de urgência?

Resolver o problema e com simpatia mostrar que está interessado em resolver.
(Médico 2)

No caso dos profissionais, a formação pode servir para a troca de experiências.

Médicos a formar médicos. Com técnicas *role play*. Trabalhar a melhoria contínua dos médicos e, por conseguinte, um melhor serviço para ambas as partes. (Médico 2)

Sinteticamente, podemos referir que o processo comunicativo entre médico-doente resulta de uma ideia pré-concebida acerca do atendimento em serviço de urgência. Assim, a atitude do médico poderá fazer alterar esta ideia, visto que a perceção que o doente tem, no primeiro contacto, com o médico que o assiste, persuadi-lo-á à inversão da ideia inicial desta relação entre médico-doente.

5.2 Caracterização das Amostras

As amostras foram estudadas do ponto de vista sociodemográfico (idade, género, profissão, estado civil e habilitação literária) e atendendo aos resultados obtidos para as diferentes questões que constituem os questionários.

Na análise de resultados utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS versão 22*, para realizar uma estatística descritiva recorrendo às tabelas de frequência.

5.2.1 Quanto aos doentes

Foram inquiridos indivíduos com idade superior a 18 anos, tendo-se constatado que a maioria (42%) se encontrava na faixa etária superior a 55 anos. (Tabela 4)

Idade	n	%
18 a 25 anos	11	11,0
25 a 35 anos	8	8,0
35 a 45 anos	16	16,0
45 a 55 anos	23	23,0
>55 anos	42	42,0
Total	100	100,0

Tabela 4- Idade dos doentes

Os indivíduos inquiridos são na sua maioria do sexo feminino (61%). (Tabela 5)

Género	n	%
Masculino	39	39,0
Feminino	61	61,0
Total	100	100,0

Tabela 5- Género dos doentes

A maioria dos inquiridos são casados (61%) e a minoria é união de facto (1%). (Tabela 6)

Estado civil	n	%
Solteiro	20	20,0
Casado	61	61,0
União Facto	1	1,0
Divorciado	4	4,0
Viúvo	14	14,0
Total	100	100,0

Tabela 6- Estado Civil dos doentes

Quanto às habilitações literárias constata-se que 31% possuem o ensino básico (4º ano), o que pode ser explicado pelo facto da maioria das pessoas serem reformadas e terem uma faixa etária superior a 55 anos. (Tabela 7)

Habilitações literárias	n	%
4º ano	31	31,0
6º ano	13	13,0
9º ano	18	18,0
12º ano	15	15,0
Licenciatura	8	8,0
Outros	15	15,0
Total	100	100,0

Tabela 7- Habilitação Literária dos doentes

5.2.2 Quanto aos médicos

Em termos de faixas etárias e num total de 9 médicos que fazem parte do serviço de urgência do Hospital da Misericórdia de Vila Verde, verifica-se que na sua maioria os médicos têm idade compreendida entre 25 e 35 anos. (Tabela 8)

Idade	n	%
25 a 35 anos	5	55,6
35 a 45 anos	1	11,1
45 a 55 anos	1	11,1
>55 anos	2	22,2
Total	9	100,0

Tabela 8- Idade dos médicos

Dos médicos inquiridos constata-se que apenas 3 são do sexo feminino que corresponde a 33,3%. (Tabela 9)

Género	n	%
Masculino	6	66,7
Feminino	3	33,3
Total	9	100,0

Tabela 9- Género dos médicos

No nosso estudo verifica-se que a maioria (77,8%) dos médicos é casado. (Tabela 10)

Estado civil	n	%
Solteiro	1	11,1
Casado	7	77,8
União Facto	1	11,1
Total	9	100,0

Tabela 10- Estado Civil dos médicos

No que diz respeito ao número de anos de serviço verifica-se que os médicos inquiridos têm mais de 1 ano de serviço. Constata-se ainda que destes 33,3% têm entre 2 a 5 anos de serviço ou mais de 10 anos. (Tabela 11)

Anos de experiência	n	%
<1 ano	0	0
1 a 2 anos	1	11,1
2 a 5 anos	3	33,3
5 a 10 anos	2	22,2
>10 anos	3	33,3
Total	9	100,0

Tabela 11- Anos de experiência Profissional no Serviço Urgência

Estes dados permitem perceber que se trata de um conjunto de profissionais que já apresenta alguma experiência, quando se considera o número de anos de serviço.

5.3 Resultados dos questionários aplicados aos doentes

A partir dos dados recolhidos através dos inquéritos, foi criada uma base de dados utilizando o SPSS. Atendendo ao número de questões que constituem os inquéritos e para facilitar a leitura dos dados, optou-se por compilar os resultados numa tabela única para cada grupo de inquiridos.

Para proceder à criação das tabelas, foram consideradas as respostas positivas, ou seja, as que foram respondidas como considerando importante o item em análise. Considerou-se que os itens respondidos como “Nada Importante” e “Pouco Importante” não deveriam constar nas tabelas, visto que, se o doente não considera importante o item em análise, não considerará relevante o facto de o médico ter ou não adotado essa postura na consulta a que foi sujeito.

Para cada item respondido como sendo importante, foram analisadas as respostas “Sim” e “Não” como correspondendo à conduta que o médico manifestou durante a consulta, ou seja, corresponde à concretização da expectativa do doente face aos itens que considera importantes e que, portanto, terão impacto na satisfação com a qualidade do serviço prestado, relacionado com as atitudes e competências comunicacionais.

5.4 Resultados dos questionários

Tendo em conta que se aplicaram dois questionários, um ao doente e outro ao médico do serviço de urgência, vamos apresentar a discussão dos resultados separadamente.

5.4.1 Doentes

Segue-se a tabela 12 com os dados recolhidos de forma pormenorizada relativamente ao grau de importância que cada doente, ao recorrer ao serviço de urgência do Hospital da Misericórdia de Vila Verde, considerou.

P1 - Acha importante que o médico se apresente e explique as suas funções no início da consulta?	Sim 33% H (52%) M (48%) Não 67% H (33%) M (67%)
Importante (45%) H (40%) M (60%)	Significativamente Importante (7%) H (29%) M (71%)
	Muito Importante (12%) H (42%) M (58%)
P2- Acha importante que o médico/a o trate pelo nome?	Sim 89% H (39%) M (61%) Não 11% H (40%) M (60%)
Importante (48%) H (42%) M (58%)	Significativamente Importante (10%) H (30%) M (70%)
	Muito Importante (34%) H (38%) M (62%)
P3 - Acha que os primeiros minutos da consulta são importantes para se sentir à vontade com o seu médico?	Sim 85% H (39%) M (81%) Não 15% H (36%) M (64%)
Importante (72%) H (39%) M (61%)	Significativamente Importante (6,0%) H (33%) M (67%)
	Muito Importante (15%) H (40%) M (60%)
P4 - Um médico/a simpático/a ajuda-o no momento da consulta e recuperação?	Sim 98% (H (40%) M (60%)) Não 1% H (0%) M (100%)
Importante (3%) H (33%) M (67%)	Significativamente Importante (44%) H (39%) M (61%)
	Muito Importante (52%) H (40%) M (60%)
P5 - Acha importante que o médico/a diga ao doente para explicar as razões que o trazem à consulta de urgência?	Sim 99% H (40%) M (60%) Não 1% H (0%) M (60%)
Importante (49%) H (39%) M (61%)	Significativamente Importante (12%) H (25%) M (75%)
	Muito Importante (38%) H (45%) M (55%)
P6 - Acha importante que o médico ouça atentamente as queixas do doente?	Sim 99% H (40%) M (100%) Não 1% H (0%) M (100%)
Importante (44%) H (43%) M (57%)	Significativamente Importante (19%) H (42%) M (58%)
	Muito Importante (36%) H (33%) M (67%)
P7 - Considera importante que o médico explique a doença, os exames ou tratamento que vai fazer?	Sim 99% H (39%) M (61%) Não 1% H (0%) M (100%)
Importante (62%) H (40%) M (60%)	Significativamente Importante (12%) H (25%) M (75%)
	Muito Importante (25%) H (44%) M (56%)
P8 - É importante para si que o médico vá fazendo perguntas para ver se entendeu o tratamento que lhe vai ser dado?	Sim 72% H (42%) M (58%) Não 28% H (32%) M (68%)
Importante (78%) H (37%) M (63%)	Significativamente Importante (8%) H (25%) M (75%)
	Muito Importante (14%) H (57%) M (43%)
P9 - Considera importante que o médico/a utilize uma linguagem simples, que o doente entenda, evitando palavras muito técnicas?	Sim 100% H (39%) M (61%) Não 0% H (0%) M (0%)
Importante (25%) H (36%) M (64%)	Significativamente Importante (6%) H (33%) M (67%)
	Muito Importante (68%) H (41%) M (59%)

Tabela 12- Resultados dos questionários aplicados aos doentes

P10 - Costuma compreender tudo o que o médico/a lhe diz?			Sim 100% H (39%) M (61%)
Importante (14%)	Significativamente Importante (66%)	Muito Importante (19%)	Não 0% H (0%) M (0%)
H (64%) M (36%)	H (33%)	H (42%) M (58%)	
P11 - Quando não compreende alguma coisa costuma pedir ao médico/a para explicar melhor?			Sim 83% H (40%) M (58%)
Importante (13%)	Significativamente Importante (66%)	Muito Importante (20%)	Não 16% H (31%) M (69%)
H (62%) M (38%)	H (33%) M (67)	H (45%) M (55%)	
P12 - Sente-se à vontade para questionar o seu médico/a quando tem dúvidas?			Sim 98% H (38%) M (62%)
			Não 2% H (100%) M (0%)
P13 - Acha importante que o médico/a valorize não só a doença, mas também a pessoa?			Sim 36% H (37,5%) M (62,5%)
Importante (57%)	Significativamente Importante (5%)	Muito Importante (5%)	Não 64% H (42%) M (58%)
H (39%) M (61%)	H (40%) M (60%)	H (60%) M (40%)	
P14 - Acha importante confiar no seu médico?			Sim 99% H (26%) M (88%)
Importante (24%)	Significativamente Importante (14%)	Muito Importante (62%)	Não 1% H (100%) M (0%)
H (46%) M (54%)	H (21%) M (79%)	H (40%) M (60%)	
P15 - Acha importante que, durante a consulta o médico/a esteja atento/a aos sinais de nervosismo e ansiedade do doente?			Sim 38% H (40%) M (60%)
Importante (69%)	Significativamente Importante (4%)	Muito Importante (6%)	Não 62% H (39%) M (61%)
H (38%) M (62%)	H (50%) M (50)	H (50%) M (50%)	
P16 - Para si é importante que o médico/a ouça a sua opinião para decidir o tratamento mais adequado?			Sim 9% H (29%) M (71%)
Importante (57%)	Significativamente Importante (12%)	Muito Importante (6%)	Não 91% H (41%) M (59%)
H (44%) M (56%)	H (33%) M (67)	H (17%) M (83%)	
P17 - Acha importante que o médico/a, enquanto fala olhe para o doente?			Sim 98% H (39%) M (61%)
Importante (36%)	Significativamente Importante (9%)	Muito Importante (51%)	Não 2% H (50%) M (50%)
H (33%) M (67%)	H (44%) M (56%)	H (43%) M (57%)	
P18 - Acha importante que o médico/a pergunte ao doente se ficou esclarecido acerca do tratamento?			Sim 97% H (37%) M (63%)
Importante (70%)	Significativamente Importante (9%)	Muito Importante (17%)	Não 3% H (44%) M (56%)
H (40%) M (60%)	H (11%) M (89%)	H (59%) M (41%)	
P19 - Acha que os problemas dos doentes afetam os médicos?			Sim 34% H (41%) M (59%)
			Não 66% H (38%) M (62%)

Tabela 12- Resultados dos questionários aplicados aos doentes

P20 - Considera importante que o médico/a procure, durante a consulta colocar-se no lugar do doente?			Sim 19% H (36%) M (64%)
Importante (66%)	Significativamente Importante (5%)	Muito Importante (4%)	Não 81% H (41%) M (59%)
H (39%) M (61%)	H (40%) M (6)	H (50%) M (50%)	
P21 - Sente se melhor quando o médico/a compreende os seus sentimentos?			Sim 99% H (39%) M (61%)
			Não 1% H (0%) M (100%)
P22 - Considera importante que no final da consulta, o médico/a se despeça e apresente as melhoras?			
Importante (54%)	Significativamente Importante (22%)	Muito Importante (21%)	Sim 96% H (39%) M (61%)
H (31%) M (69%)	H (36%) M (64%)	H (67%) M (33%)	Não 4% H (75%) M (25%)
22a) O médico/a despediu-se e apresentou as melhoras?			
P22b) - Sobre a comunicação médico/a doente há alguma observação que queira acrescentar?			Sim 100% H (40%) M (60%)
			Não 0% H (40%) M (60%)
P23 - Sente se satisfeito/a?			21% satisfeito H (38%) M (62%)
			67% bastante satisfeito H (39%) M (61%)
			11% totalmente satisfeito H (45%) M (55%)
			1% pouco satisfeito H (0%) M (100%)

Tabela 12- Resultados dos questionários aplicados aos doentes

Quando questionados sobre a importância de o médico se apresentar e explicar as suas funções, 45% dos inquiridos consideraram importante (40% do sexo masculino e 60% do sexo feminino), 7% significativamente importante (29% do sexo masculino e 71% do sexo feminino) e 12% muito importante (42% do sexo masculino e 58% do sexo feminino). No entanto, apenas 33% afirmaram que o médico o fez, os restantes 67%, dos quais 33% são do sexo masculino e 67% do sexo feminino, admitem que embora considerem importante essa atitude do médico, este não o fez. (Tabela 12, Gráfico 1, P1)

Dos inquiridos 48% (42% do sexo masculino e 58% do sexo feminino) consideraram importante, 10% significativamente importante (30% do sexo masculino e 70% do sexo feminino) e 34% muito importante (38% do sexo masculino e 62% do sexo feminino) que o médico trate o doente pelo nome. De salientar que 89% dos doentes afirma que o médico no decorrer da consulta o tratou pelo nome. Estes 89% são constituídos por 39% do sexo masculino e 61% do sexo feminino. (Tabela 12, Gráfico 1, P2).

Os doentes consideram que os primeiros minutos da consulta são importantes (72%, sendo 39% do sexo masculino e 61% do sexo feminino), 6% significativamente importante (33% do sexo masculino e 67% do sexo feminino) e 15% muito importante (40% do sexo masculino e 60% do sexo feminino) para que o doente se sinta à vontade com o médico. A perceção que a maioria (85%) tem acerca desta posição é que efetivamente o médico procurou colocar o doente à vontade nos primeiros minutos da consulta. (Tabela 12, Gráfico 1, P3)

A simpatia do médico para 3% dos doentes é importante (33% do sexo masculino e 67% do sexo feminino), 44% é significativamente importante (39% do sexo masculino e 61% do sexo feminino) e 52% muito importante (40% do sexo masculino e 60% do sexo feminino) no decorrer da consulta e na recuperação, sendo que 61% são do sexo feminino. Estes doentes em 98% dos casos (40% do sexo masculino e 60% do sexo feminino) têm a perceção que o médico teve isso em consideração. (Tabela 12, Gráfico 1, P4).

Quando o doente chega a uma consulta considera importante (49%, sendo 39% do sexo masculino e 61% do sexo feminino), significativamente importante (12%, sendo 25% do sexo masculino e 75% do sexo feminino) e muito importante (38%, sendo 45% do sexo masculino e 55% do sexo feminino) que o médico o questione sobre as razões que o levam ao serviço de urgência e todos estes tiveram a perceção que tal aconteceu, ou seja, na maioria, quer o sexo masculino quer

o sexo feminino, afirmam que foram questionados pelo profissional de saúde. (Tabela 12, Gráfico 1, P5)

Dos 44% que acham importante (43% do sexo masculino e 57% do sexo feminino), 19% significativamente importante (42% do sexo masculino e 58% do sexo feminino) e 36% muito importante (33% do sexo masculino e 67% do sexo feminino) afirmam que é que o médico deve ouvir atentamente as suas queixas. De salientar que 99% destes afirmaram que o médico esteve atento ao que diziam. (Tabela 12, Gráfico 1, P6).

Durante uma consulta, os inquiridos acham 62% importante (40% do sexo masculino e 60% do sexo feminino), 12% significativamente importante (25% do sexo masculino e 75% do sexo feminino) e 25% muito importante (44% do sexo masculino e 56% do sexo feminino) que o médico deve explicar detalhadamente a doença, os exames ou o tratamento a realizar. Para estes a percepção que têm é que o profissional de saúde durante a consulta teve este cuidado e por isso 99% afirma que o médico o fez. No entanto, dada a faixa etária dos doentes (a maioria tem mais de 55 anos) e também as habilitações destes (4º ano), todos eles acham importante que o médico confirme através de questões se realmente foi compreendido ou não. Para tal os doentes consideram que a linguagem utilizada pelo profissional de saúde deve ser simples, clara e objetiva evitando jargões técnicos. (Tabela 12, Gráfico 1, P7, P8, P9).

Como sabemos nem sempre a linguagem do médico é clara e objetiva pelo que há necessidade de questionar o médico. 98% dos inquiridos sentem-se à vontade para questionar o médico quando não entendem, embora todos eles tenham compreendido o que o médico disse, o que significa que o profissional de saúde utilizou uma linguagem acessível. (Tabela 12, Gráfico 1, P12)

Quando questionados sobre a importância de o médico valorizar não só a doença, mas também a pessoa, 57% (61% mulheres e 39% homens) afirmaram que era importante, 5% afirmaram que era significativamente importante (60% mulheres e 40% homens) e 5% que era muito importante (60% mulheres e 40% homens) e todos eles afirmaram que tal aconteceu. (Tabela 12, Gráfico 1, P13).

Sabendo que os doentes que recorrem ao serviço de urgência estão realmente doentes, com mais ou menos gravidade, é de todo importante que estes confiem no profissional de saúde e sigam com o maior rigor possível o que o profissional aconselha, tendo todos os doentes afirmado que confiavam no profissional. (Tabela 12, Gráfico 1, P14).

69% dos doentes considera importante (62% mulheres e 38% homens), significativamente importante (50% mulheres e 50% homens) e muito importante (50% mulheres e 50% homens) que o médico esteja atento à comunicação não verbal, nomeadamente, sinais de nervosismo, ansiedade, etc. Embora seja importante 62% destes têm a percepção que tal não aconteceu. (Tabela 12, Gráfico 1, P15).

Uma vez que todos nós temos preferências por determinados tratamentos, como comprimidos em vez de um injetável, xaropes em vez de comprimidos, etc, para a maioria dos doentes o médico deve ouvir a opinião do doente para decidir em conjunto o melhor/adequado tratamento a aplicar. Claro que, num serviço de urgência o médico não tem tempo para estar a averiguar a melhor decisão para o doente e por isso estes afirmam que o médico em 91% dos casos não o fez. (Tabela 12, Gráfico 1, P16).

Dos inquiridos 36% (33% do sexo masculino e 67% do sexo feminino) consideraram importante, 9% significativamente importante (44% do sexo masculino e 56% do sexo feminino) e 51% muito importante (43% do sexo masculino e 57% do sexo feminino) que o médico enquanto fale olhe para o doente. De salientar que 98% dos doentes afirma que o médico olhou para o doente enquanto falava no decorrer da consulta o tratou pelo nome. Estes 98% são constituídos por 39% do sexo masculino e 61% do sexo feminino. 2% afirma que o médico não olhou para o doente, sendo 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino. (Tabela 12, Gráfico 1, P17).

Tal como o doente pode ter dificuldade na comunicação verbal, este também pode apresentar dificuldade na compreensão detalhada do tratamento, por isso, para tentar colmatar tais dificuldades o médico deve durante a consulta olhar para o doente e questioná-lo para perceber se este entendeu ou não o que foi dito. Os inquiridos foram unânimes em afirmar que o médico adotou esta postura.

Ao serviço de urgência recorrem diferentes doentes com diferentes patologias sendo que para 66% (38% do sexo masculino e 62% do sexo feminino) dos doentes os médicos não se afetam com os seus problemas. Sendo que 66% acha importante (39% do sexo masculino e 61% do sexo feminino), 5% acha significativamente importante (40% do sexo masculino e 60% do sexo feminino) e 4% acha muito importante (50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino) que o médico se coloque na sua posição, a maioria afirmou que tal não aconteceu, no entanto, os doentes referem que se sentem melhor quando o médico compreende os seus sentimentos. (Tabela 12, Gráfico 1, P19 e P20).

Relativamente à questão sente se melhor quando o médico/a compreende os seus sentimentos, 99% (39%do sexo masculino e 61% do sexo feminino) afirmam que afeta (Tabela 12, P21).

54% dos inquiridos consideram importante, 22% significativamente importante e 21 % muito importante que no final da consulta o médico se despeça e apresente as melhoras, o que se verificou em 96% dos casos. (Tabela 12, Gráfico 1, P22, P22a).

21% dos inquiridos encontra-se satisfeito, 67% bastante satisfeito e 11% totalmente satisfeito com o atendimento prestado no serviço de urgência do Hospital da Misericórdia de Vila Verde. (Gráfico 2)

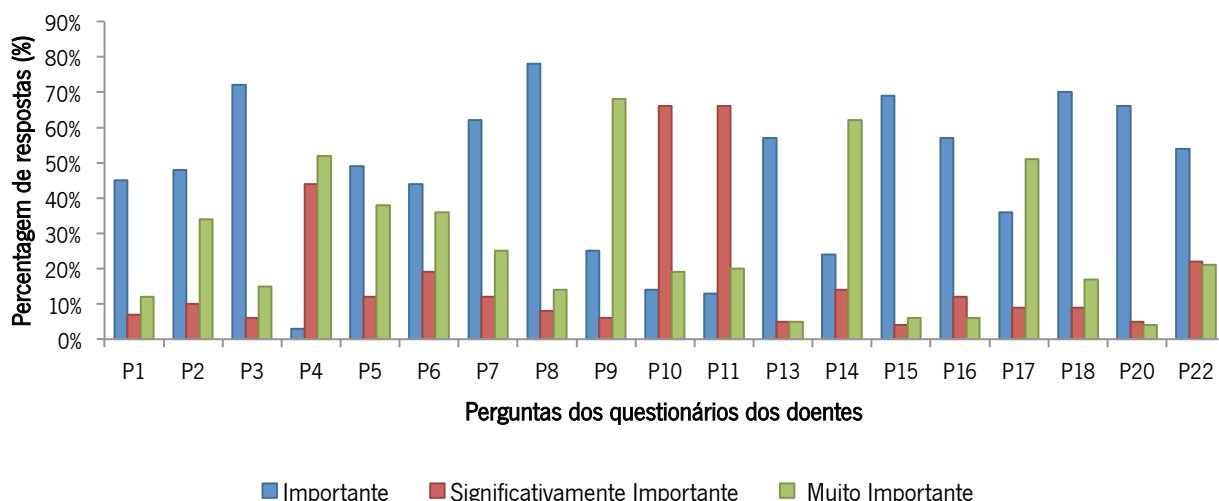


Gráfico 1- Distribuição das respostas dos questionários dos doentes

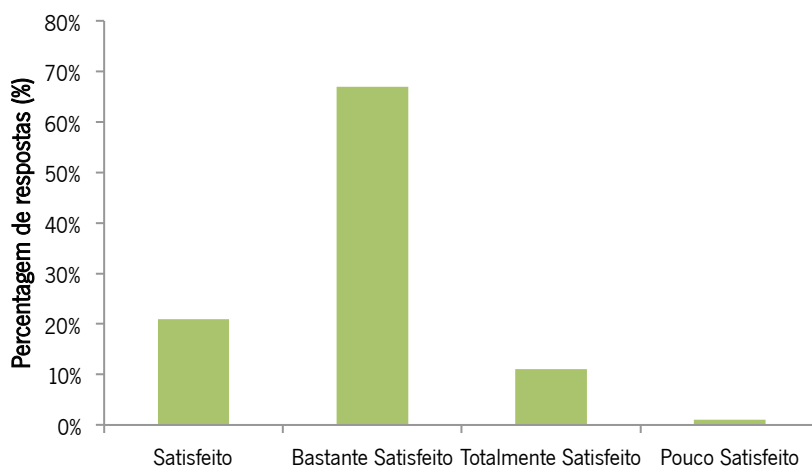


Gráfico 2- Distribuição das respostas à questão: "Sente-se satisfeito/a" dos questionários dos doentes

5.4.2 Médicos

A tabela que apresentamos refere-se aos resultados obtidos pelos médicos/as do Serviço de Urgência do Hospital da Misericórdia de Vila Verde.

P1 - Acha importante que o médico/a se apresente e explique as suas funções no início da consulta?			
Importante (44,4%)	Significativamente Importante (11,1%)	Muito Importante (11,1%)	Sim (50%) Não (50%)
P2 - Acha importante que o médico/a trate o doente pelo nome?			
Importante (33,3%)	Significativamente Importante (11,1%)	Muito Importante (44,4%)	Sim (88%) Não (12%)
P3 - Acha que os primeiros minutos da consulta são importantes para colocar o doente à vontade com o seu médico/a?			
Importante (33,3%)	Significativamente Importante (33,3%)	Muito Importante (33,3%)	Sim (100%) Não (0%)
P4 - Um médico/a simpático/a ajuda no momento da consulta e recuperação?			
Importante (44,4%)	Significativamente Importante (33,3%)	Muito Importante (22,2%)	Sim (100%) Não (0%)
P5 - Acha importante que o médico/a diga ao doente para explicar as razões que o trazem à consulta de urgência?			
Importante (33,3%)	Significativamente Importante (11,1%)	Muito Importante (55,6%)	Sim (100%) Não (0%)
P6 - Acha importante que o médico/a ouça atentamente as queixas do doente?			
Importante (22,2%)	Significativamente Importante (11,1%)	Muito Importante (66,7%)	Sim (100%) Não (0%)
P7 - Considera importante que o médico/a explique a doença, os exames ou tratamento que vai fazer?			
Importante (44,4%)	Significativamente Importante (11,1%)	Muito Importante (44,4%)	Sim (100%) Não (0%)
P8 - É importante para si que o médico/a vá fazendo perguntas para ver se entendeu o tratamento que lhe vai ser dado?			
Importante (33,3%)	Significativamente Importante (22,2%)	Muito Importante (33,3%)	Sim (88%) Não (12%)
P9 - Considera importante que o médico/a utilize uma linguagem simples, que o doente entenda, evitando palavras muito técnicas?			
Importante (22,2%)	Significativamente Importante (11,1%)	Muito Importante (66,7%)	Sim (100%) Não (0%)

Tabela 13- Resultados dos questionários aplicados aos médicos

P10 – <i>Acha importante que o doente compreenda tudo o que o médico/a diz?</i>				Sim (89%) Não (11%)
Importante (33,3%)	Significativamente Importante (33,3%)	Muito Importante (33,3%)		
P11 - <i>Quando o doente não compreende alguma coisa costuma pedir ao médico/a para explicar melhor?</i>				Sim (67%) Não (33%)
Importante (44,4%)	Significativamente Importante (33,3%)	Muito Importante (22,2%)		
P12 - <i>Acha importante que o médico/a ouça a opinião do seu doente para decidir o tratamento mais adequado?</i>				Sim (88%) Não (12%)
Importante (33,3%)	Significativamente Importante (22,2%)	Muito Importante (33,3%)		
P13 - <i>Acha importante que o médico/a pergunte ao doente se ficou esclarecido acerca do tratamento?</i>				Sim (100%) Não (0%)
Importante (44,4%)	Significativamente Importante (11,1%)	Muito Importante (44,4%)		
P14 - <i>Acha importante colocar o doente à vontade para questionar o seu médico/a quando tem dúvidas?</i>				
Importante (44,4%)	Significativamente Importante (64%)	Muito Importante (64%)		
P15 - <i>Considera importante que o médico/a valorize não só a doença, mas também a pessoa?</i>				Sim (100%) Não (0%)
Importante (11,1%)	Significativamente Importante (22,2%)	Muito Importante (55,6%)		
P16 - <i>Acha importante que o doente confie no seu médico/a?</i>				Sim (50%) Não (50%)
Importante (0%)	Significativamente Importante (55,6%)	Muito Importante (44,4%)		
P17 – <i>Acha importante que, durante a consulta o médico/a esteja atento/a aos sinais de nervosismo e ansiedade do doente?</i>				Sim (100%) Não (0%)
Importante (22,2%)	Significativamente Importante (44,4%)	Muito Importante (22,2%)		
P18 - <i>Acha que os problemas dos doentes afetam os médicos?</i>				Sim (44%) Não (56%)
P19 – <i>Considera importante que o médico/a procure, durante a consulta colocar-se no lugar do doente?</i>				Sim (100%) Não (0%)
Importante (33,3%)	Significativamente Importante (22,2%)	Muito Importante (22,2%)		

Tabela 13- Resultados dos questionário aplicados aos médicos

P20 – <i>Acha que o doente sente se melhor quando o médico/a compreende os seus sentimentos?</i>	Sim (100%) Não (0%)
P21 – <i>Considera importante que no final da consulta, o médico/a se despeça e apresente as melhoras?</i>	
Importante (22,2%) Significativamente Importante (33,3%) Muito Importante (33,3%)	
P21a) - <i>No final da consulta, despediu-se e desejou melhoras ao seu doente?</i>	Sim (0%) Não (100%)
P21b) - <i>Sobre a comunicação médico/a doente há alguma observação que queira acrescentar?</i>	Não (100%)
P22 – <i>Sente se satisfeito enquanto médico/a?</i>	Satisfeito H (2) M (0) Bastante satisfeito H (3) M (3) Totalmente Satisfeito H(1) M (0)

Tabela 13- Resultados dos questionários aplicados aos médicos

Outro questionário foi aplicado aos médicos e obtiveram-se os resultados da Tabela 13, de acordo com a qual se pode verificar que todos os médicos inquiridos consideram que a relação/humanização entre doente e o médico é importante. Quando questionados sobre a importância de o médico/a se apresentar e explicar as suas funções no início da consulta, 44,4% dos médicos considerou importante, sendo que 11,1% acha significativamente importante e muito importante. De salientar que 50% dos médicos diz que o fez e 50% afirma não o ter feito. (Tabela 13, Gráfico 3, P1).

Dos inquiridos 33,3% considera importante que o médico/a trate o doente pelo nome, sendo que 11,1% acha significativamente importante e 44,4% valoriza como sendo muito importante. 88% afirma que tratou o doente pelo nome, 12% que afirma que não o fez. (Tabela 13, Gráfico 3, P2).

33,3% dos médicos atribuem o grau de importante, significativamente importante e muito importante quando referem se os primeiros minutos da consulta são importantes para colocar o doente à vontade com o seu médico/a. Todos os médicos/as consideram que sim, com 100%. (Tabela 13, Gráfico 3, P3).

À pergunta um médico/a simpático/a ajuda no momento da consulta e recuperação, 44,4% acha importante, 33,3% significativamente importante e 22,2% muito importante. Todos consideram que sim, ajudam com 100%. (Tabela 13, Gráfico 3, P4).

Para a pergunta, acha importante que o médico/a diga ao doente para explicar as razões que o trazem à consulta de urgência, 33,3% consideram importante, 11,1% significativamente importante e 55,6% muito importante. Todos consideram com 100% que aconteceu no momento da consulta. (Tabela 13, Gráfico 3, P5). 22,2% dos médicos acha importante que o médico/a ouça atentamente as queixas do doente, 11,1% significativamente importante e 66,7% acha muito importante. Todos indicam que isso aconteceu no momento da consulta. (Tabela 13, Gráfico 3, P6). Para a questão considera importante que o médico/a explique a doença, os exames ou tratamento que vai fazer, 44,4% acham importante, sendo que 11,1% significativamente importante e 44,4% muito importante. Dos médicos inquiridos todos referem que aconteceu. (Tabela 13, Gráfico 3, P7).

Com 33,3% importante, 22,2% significativamente importante e 33,3% muito importante, o médico/a valoriza que se vá fazendo perguntas para ver se o doente entendeu o tratamento que lhe vai ser dado. 88% dos médicos admite que o faz, 12% refere que não. (Tabela 13, Gráfico 3, P8).

Em relação ao uso da linguagem, 22,2% dos médicos/as considera importante que o médico use uma linguagem simples, que o doente entenda, evitando jargões técnicos, 11,1/ acha significativamente importante e 66,7% considera muito importante. Todos indicam que tiveram esse cuidado no uso da linguagem. (Tabela 13, Gráfico 3, P9).

O médico/a com 33,3/ acha importante, significativamente importante e muito importante que o doente compreenda tudo o que o médico/a diz. 89% admite que o doente compreendeu tudo o que o médico disse, 11% considera que não. (Tabela 13, Gráfico 3, P10). Para a pergunta quando o doente não compreende alguma coisa costuma pedir ao médico/a para explicar, 44,4% acha importante, 33,3% significativamente importante e 22,2% muito importante. 67% diz que isso aconteceu, 33% não. (Tabela 13, Gráfico 3, P11).

Dos médicos/as inquiridos 33,3% acha importante e muito importante que o médico/a ouça a opinião do seu doente para decidir o tratamento mais adequado. 22,2% considera significativamente importante. 88% afirma que deixou o doente dar a sua opinião sobre o tratamento e 12% afirma que não. (Tabela 13, Gráfico 3, P12). 44,4% dos médicos/as acha importante e muito importante que o médico/a vá fazendo perguntas ao doente para se certificar se ficou esclarecido com o tratamento, sendo 11,1% considera significativamente importante. 100% respondeu que perguntou ao doente se ficou esclarecido. (Tabela 13, Gráfico 3, P13). Para a pergunta, acha importante colocar o doente à vontade para questionar o seu médico/a, 64% considera significativamente importante e muito importante, apenas 44,4% considera importante. (Tabela 13, Gráfico 3, P14).

55,6% considera muito importante que o médico valorize não só a doença, mas também a pessoa, 22,2% significativamente importante e 11,1% importante. Dos inquiridos, todos afirmaram com 100% que se preocuparam com a pessoa e não só com a doença. (Tabela 13, Gráfico 3, P15).

Dos médicos inquiridos, 55,6% consideram significativamente importante que o doente confie no seu médico/a e 44,4% acham muito importante. 50% afirma que os doentes confiam outra metade dizem que não. (Tabela 13, Gráfico 3, P16).

22,2% dos médicos/as consideram importante e muito importante que durante a consulta o médico/a esteja atento aos sinais de nervosismo e ansiedade do doente, sendo que 44,4% acham significativamente importante. Todos consideram que estiveram atentos, com 100%. (tabela 13, Gráfico 3, P17).

44% dos médicos/as consideram que os problemas dos doentes afetam os médicos, enquanto que 56% dos médicos/as afirmam que não. (Tabela 13, Gráfico 3, P18).

33,3/ considera importante que o médico/a procure, durante a consulta colocar-se no lugar do doente, sendo que 22,2% acham significativamente importante e muito importante. 100% afirma ter se colocado no lugar do doente. (Tabela 13, Gráfico 3, P19).

100% dos médicos/as considera que os doentes se sentem melhor quando o médico compreende os seus sentimentos. (Tabela 13, Gráfico 3, P20).

Para a pergunta, considera importante que no final da consulta, o médico/a se despeça e apresente as melhoras, 33,3% considera significativamente importante e muito importante sendo que 22,2% acha importante. 100% dos médicos afirma não se ter despedido e desejado as melhoras ao seu doente. (Tabela 13, Gráfico 3, P21).

Dos médicos inquiridos nenhum fez qualquer observação acerca da comunicação médico-doente. (Tabela 13, P21b).

Na última pergunta do questionário aplicado aos médicos/as, refere-se à satisfação enquanto médico/a. Os resultados apresentados foi que 2 homens/médicos são satisfeitos, 3 homens e 3 mulheres bastante satisfeitos e 1 homem totalmente satisfeito. (Tabela 13, P22).

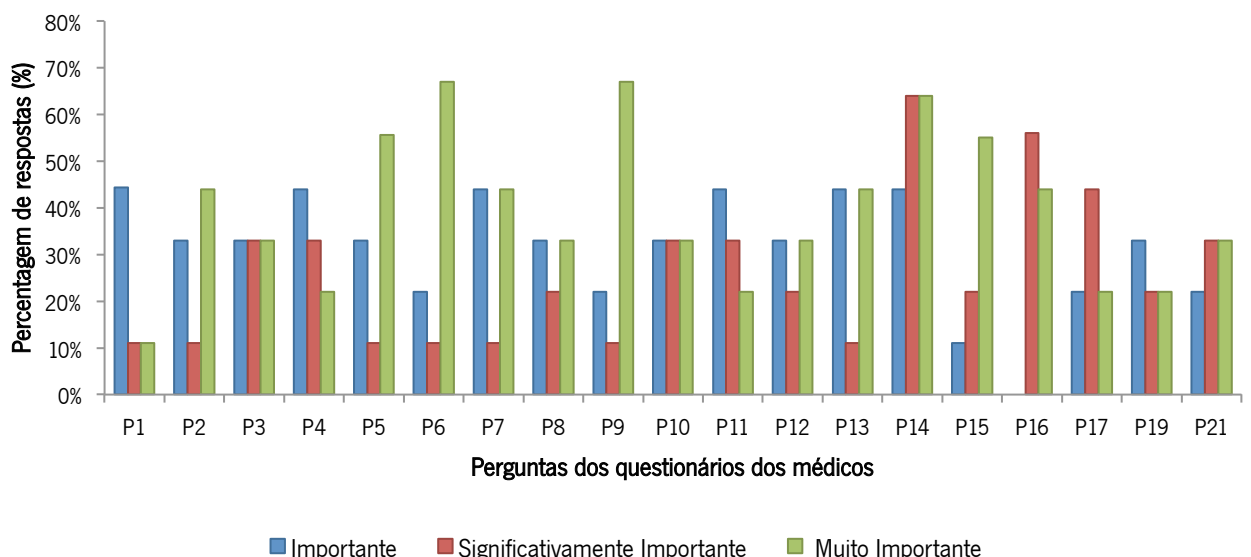


Gráfico 3- Distribuição das respostas dos questionários dos médicos

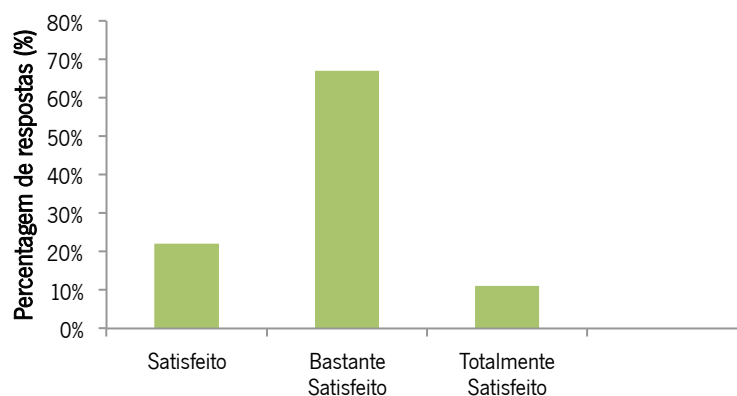


Gráfico 4- Distribuição das respostas à questão: “Sente-se satisfeito/a” dos questionários dos médicos

Na Tabela 14 estão apresentados de forma sucinta os resultados obtidos nas respostas aos questionários dos médicos e dos doentes para possibilitar uma leitura mais objetiva das coincidências e/ou divergências observadas.

	Médico			Doente		
	Importante	Significativamente Importante	Muito Importante	Importante	Significativamente Importante	Muito Importante
P1	44%	11%	11%	45%	7%	12%
P2	33%	11%	44%	48%	10%	34%
P3	33%	33%	33%	72%	6%	15%
P4	44%	33%	22%	3%	44%	52%
P5	33%	11%	56%	49%	12%	38%
P6	22%	11%	67%	44%	19%	36%
P7	44%	11%	44%	62%	12%	25%
P8	33%	22%	33%	78%	8%	14%
P9	22%	11%	67%	25%	6%	68%
P10	33%	33%	33%	14%	66%	19%
P11	44%	33%	22%	13%	66%	20%
P15	11%	22%	55%	57%	5%	5%
P16	0%	56%	44%	24%	14%	62%
P17	22%	44%	22%	69%	4%	6%
P12	33%	22%	33%	57%	12%	6%
P13	44%	11%	44%	70%	9%	17%
P19	33%	22%	22%	66%	5%	4%
P21	22%	33%	33%	54%	22%	21%

Tabela 14- Quadro comparativo dos resultados obtidos nos questionários dos médicos e dos doentes, relativamente a cada pergunta

Para cada pergunta e cada nível de resposta, foi calculada a diferença entre as percentagens de resposta dos médicos e dos doentes. Deste modo, sempre que as frequências de resposta são próximas, a diferença entre as mesmas vai tender para zero. Quando as frequências de resposta dos médicos para uma pergunta e para um nível de resposta é superior à frequência obtida para os doentes, a diferença vai tomar um valor positivo e será tanto maior quanto mais divergentes forem as respostas. No caso da diferença entre as frequências obtidas ser negativa, significa que a frequência de resposta dos doentes para esse item foi superior à frequência de resposta dos médicos, sendo tanto maior em valor absoluto quanto mais divergentes forem as respostas. O Gráfico 5 representa as diferenças obtidas para as várias perguntas dos questionários aplicados aos médicos e doentes.

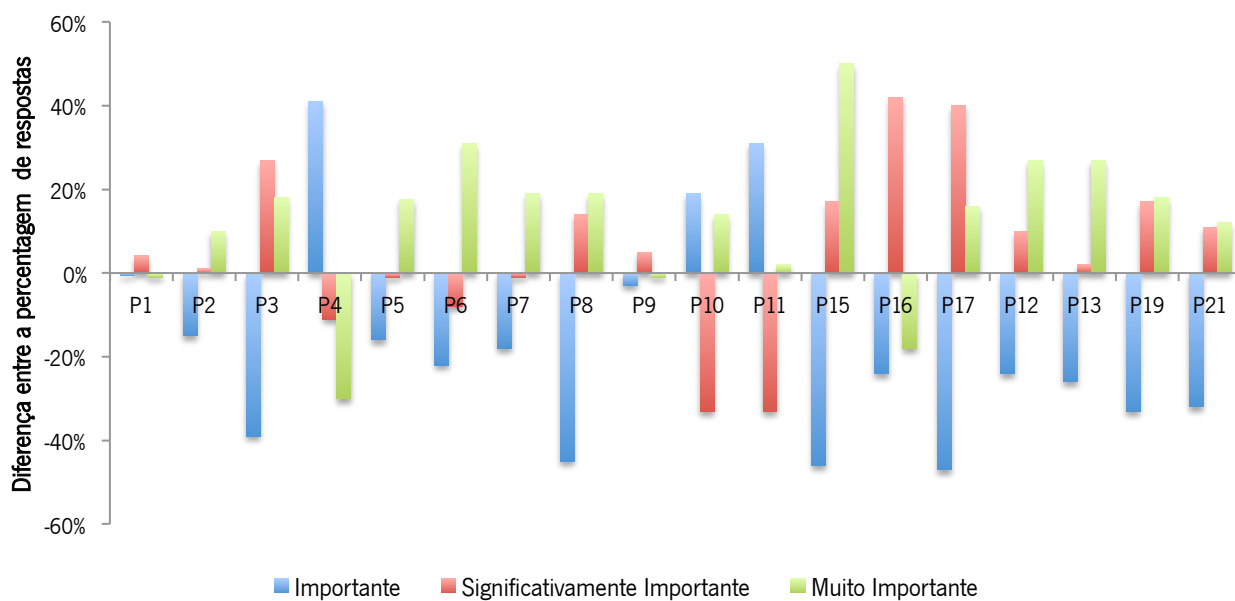


Gráfico 5 – Resultados obtidos relativos às diferenças entre as percentagens de respostas dos médicos e dos doentes para cada pergunta

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS/CONCLUSÃO

O crescente reconhecimento da importância que assume a comunicação na relação médico-doente leva à necessidade de sensibilização, tomada de consciência e de um conhecimento efetivo por parte dos médicos.

A introdução da obrigação médica a uma maior atenção às questões comunicacionais altera a representação social da profissão médica. Para trás fica a figura do médico, construída segundo uma imagem de pessoa concentrada que, a todo o momento, se mostra em público a olhar para dentro de si à procura de respostas, numa comunicação silenciosa, encoberta em que não manifesta qualquer expressividade, com a comunidade em busca de um estatuto superior. A figuração construída segundo a compenetração interior do profissional ajudou bastante na formação da imagem do médico como uma espécie de salvador, isto é, alguém com dotes e dons excepcionais de cura. Mas essa figuração talvez fizesse parte mais do imaginário público do médico e menos das suas competências profissionais, nomeadamente, nas artes de comunicar com o doente. Atualmente, saber o que este pensa do médico é, também, uma preocupação que o profissional não descuida.

Assim, ao médico é exigida uma comunicação assertiva, direcionada, objetivada. Há vários propósitos na sua forma de comunicar. No ato de um atendimento, o doente não é o seu único objetivo. Existem imposições exteriores, nomeadamente de gestão, traduzíveis na imposição de padrões temporais a que o médico tem de obedecer, que funcionam como marcos na comunicação entre médico-doente. Para a componente gestonária, a comunicação médica tem de ser o mais assertiva possível num tempo limite, mas, para o profissional, este tempo limite, pode não bastar. Ter mais ou menos experiência estipula a necessidade de menos ou mais comunicação, respetivamente. Consequentemente, descobre-se também a existência de uma outra correspondência entre a capacidade do profissional reter o seu objeto: enquanto jovem médico dando os primeiros passos na profissão, o maior tempo comunicacional com o doente ajuda-o na formação de capacidade aceleradas. Mais tarde, já na posse de capacidades aceleradas, a sua disponibilidade pelas estratégias comunicacionais do doente em retê-lo, tornam-se desajustadas pelo seu espírito.

Por outro lado, o doente valoriza o médico pelo tempo de dedicação ao seu caso, não distinguindo o território em que o contacta. Na urgência ou no consultório, tanto o médico como o

seu ato são os mesmos. Portanto estabelece-se uma incompreensão técnica do doente que, em momento algum, se classifica como doente de urgência e doente de consultório. Esta iliteracia do doente, aliada a um tipo de comunicação, assente na rapidez de processos e economia de termos, geralmente, contribui também, para as críticas generalizadas ao atendimento nas urgências.

Efetivamente, o presente estudo mostra que a expectativa que o doente tem acerca do médico ao nível das atitudes e competências comunicacionais nem sempre vai ao encontro da realidade. Após várias leituras e de acordo com os resultados obtidos, a satisfação do doente é a componente dos cuidados de saúde, sendo atualmente mais usada como medida de qualidade dos cuidados. Torna-se importante sublinhar que a satisfação é uma variável complexa que depende de vários componentes, especialmente dos aspetos afetivos (compreensão e apoio emocional), dos aspetos comunicacionais e informativos e dos aspetos ligados à competência técnica dos médicos.

Após análise dos resultados, os doentes mostraram, de uma forma geral, estar satisfeitos com a qualidade do serviço prestado pelo médico/a, especificamente, aquando do início da consulta o médico ter o cuidado de tratar o doente pelo nome. Os doentes consideram muito importante que o médico/a adote este comportamento, sentindo, deste modo, a atenção por parte do profissional de saúde. Na verdade, podemos considerar que existe uma incitação dos sentidos auditivos, quando o «bom dia» ou a «boa tarde» trazem agrupados o nome da pessoa a quem se dirige o cumprimento. O ressoar do nome da pessoa individualiza, imediatamente, a comunicação. Embora, o médico não volte a verbalizar o nome da pessoa, esta sente que o médico fala para si, no sentido da sua individualidade.

No entanto, verifica-se que o médico no início da consulta nem sempre se apresenta e explica as suas funções. Este comportamento corrobora Rui Mota Cardoso (2012), quando o referido autor salienta que a apresentação por parte do clínico, referindo o seu papel na equipa, é importante para estabelecer uma relação interpessoal. Neste estudo, em particular, o médico do Hospital da Misericórdia de Vila Verde dirige-se à receção e chama o doente, acompanhando-o até ao seu gabinete. Todo este procedimento facilita a relação médico-doente fazendo com que este se sinta mais à vontade e confiante na sua relação com o médico.

Da análise detalhada dos resultados obtidos, observaram-se concordâncias e discrepâncias nas respostas dadas pelos médicos e pelos doentes às diferentes perguntas dos questionários. Verificou-se, ainda, que os médicos e os doentes manifestaram o mesmo grau de importância relativamente à apresentação do médico e à explicação das suas funções, ao trato do doente pelo

nome, ao esclarecimento das razões que trazem o doente à consulta, à informação prestada ao doente acerca da doença, exame ou tratamento, assim como o uso de linguagem simples na comunicação com o doente. De notar, ainda, que a qualidade do serviço prestado pela instituição estudada revela-se proficiente, visto que quer os médicos, quer os doentes consideram o serviço de urgência como distinto na forma como trabalham para a elevação dos seus níveis de qualidade, factos traduzidos no presente estudo.

Algumas discrepâncias foram encontradas relativamente ao grau de importância atribuído aos primeiros minutos da consulta, à colocação de perguntas de modo a aferir se o doente entendeu o tratamento, à atenção prestada aos sinais de nervosismo e à ansiedade durante a consulta, à opinião do doente para decidir o tratamento mais adequado, ao contacto ocular durante a conversa com o doente, ao à vontade para questionar o médico quando tem dúvidas, à valorização que o médico atribui não só à doença mas também à pessoa, aos problemas dos doentes afetarem os médicos e ao facto do doente se sentir melhor quando o médico compreende os seus sentimentos. Para estas perguntas verificou-se que, embora médicos e doentes lhes atribuam importância, os médicos conferiram um maior grau de importância do que os segundos.

Apesar da literatura mencionar que existem algumas falhas comunicacionais, isto é, que os médicos não comunicam eficazmente, tal situação não se confirmou neste estudo, pois a maioria dos doentes mostrou-se muito satisfeito com a comunicação estabelecida entre ambos. Nesta investigação é notório verificar que o médico procura utilizar uma linguagem devidamente esclarecedora e perceptível e sempre procurou ouvir atentamente as queixas dos seus doentes, recorrendo sempre a uma linguagem acessível, evitando linguagem mais técnica. Possivelmente, o nivelamento social na relação médico-doente é responsável por esta nova forma de abordar a necessidade do médico conhecer o pensamento do doente no que à sua satisfação diz respeito. A distância entre as qualificações, o conhecimento e a avaliação capacitada da base social geral em que o médico opera, sofreu mutações aceleradas aproximando-se, em termos de faculdade de ajuizar (Bourdieu 1979). Neste sentido, o doente e o médico estão aproximados, não só no que é dito através do uso da linguagem como também pelo que não é expressivamente declarado.

Nesta linha de pensamento, os resultados desta pesquisa são compatíveis com os relatos de Myerscough (1989) quando afirma que saber comunicar corretamente é um requisito indispensável para que o médico consiga obter uma informação correta acerca da situação clínica do doente e, conseqüentemente, dar o melhor tratamento.

De acordo com o estudo realizado pelo autor João Manuel Justo da Mota, (2015), um modelo comunicacional centrado no doente confere funcionalidade à relação médico-doente, pois privilegia a vertente biológica, psicológica e social. Os resultados do nosso estudo vieram evidenciar que o médico se preocupa com o doente, procurando estabelecer uma relação de empatia e que se adequa a um serviço de urgência.

Segundo a bibliografia consultada, os nossos resultados vão globalmente ao encontro do esperado. No entanto, destaca-se uma situação pontual mais relevante, que pode ser explicada pelo facto de se estar a recorrer a um serviço de urgência, onde os doentes se encontram num estado de maior fragilidade e onde os médicos, por vezes, não têm tempo para pormenorizar determinados detalhes dada a gravidade e urgência dos restantes doentes. Todavia, nenhum doente se considera como um ser cultivado numa perspetiva geral, ou seja, nenhum doente sente que possui conhecimento intrínseco acerca das competências médicas. Um doente sente-se como uma unidade inteira, ele é «o doente» e, ao procurar um médico, muitas vezes leva atrás de si a esperança de o seu caso não constituir uma doença. Um doente tem-se assim um caso particular, alguém a quem o médico dará uma atenção única, no tempo devido pela sua doença, na forma mais ou menos aplicada, exigida pela sua patologia.

Por conseguinte, os doentes inquiridos afirmaram que o médico não tinha em atenção a opinião deles relativamente à tomada de decisão do tratamento, logo, não vai ao encontro da decisão partilhada, mas tal facto é justificável por ser uma consulta de serviço de urgência com decisões rápidas. Serviços/consultas estes que não podem ser comparados a serviços contínuos, consultas de acompanhamento como médicos de família/especialidade, onde existe uma maior envolvimento de ambas as partes.

Com efeito, detetamos uma contradição entre os doentes e os médicos, uma vez que os doentes têm a percepção que o médico durante as consultas não se colocou no lugar destes, por oposição, os médicos responderam todos que durante as consultas se colocaram no lugar do doente. Tal constatação certifica as referências bibliográficas que, hoje em dia, os médicos são mais distantes e preocupam-se mais com as novas tecnologias a que têm que recorrer nas suas consultas.

Desencontram-se aqui perspetivas que distinguem a noção do papel de um e de outro pelo entendimento diferenciado, de um e de outro, quanto ao papel de cada um. Deste modo, a linguagem de um e de outro, nomeadamente no que cada um atribui de importância, pode muitas

vezes promover uma falta de reconciliação na comunicação. Enquanto o doente usa uma linguagem sem limitação temporal, o médico emprega uma linguagem configurada segundo fins funcionais. A doença do doente é durável e, à partida, não tem limites temporais. O médico tem um tempo limite, um tempo funcional para chegar a um diagnóstico, medicá-lo e avançar para outro doente. Este desencontro funcional tem consequências na comunicação e, dado que o tempo médico é mais precioso do que o tempo de um doente isoladamente, a perspetiva do médico promove uma generalização dos doentes.

Ainda se verifica, neste estudo, que os inquiridos consideram importante que os médicos se despeçam e desejem as melhoras no final das consultas, mas tal não acontece, até porque os médicos não reconhecem importância nessa atitude ou que a mesma tenha algum impacto no doente.

Ainda como nota conclusiva, de referir que este estudo possa ser um pouco condicionado pelo facto de os doentes serem na maioria reformados, numa faixa etária elevada e que se apresentavam debilitados. No entanto, quer os doentes quer os médicos sentem-se satisfeitos no serviço de urgência do referido hospital e ambos reconhecem que é importante a relação/humanização médico-doente, a empatia entre ambos e a comunicação/adaptação entre eles.

Seria interessante num estudo futuro, comparar a evolução do doente tendo em conta o impacto do processo comunicacional na relação médico-doente, de forma a poder-se avaliar se o presente trabalho tem continuidade nos comportamentos atitudinais desenvolvido na relação médico-doente.

BIBLIOGRAFIA

- Agostinho, C., Cabanelas, M., Franco, D., Jesus, J., Martins, H. (2010). *Estudos Originais: Satisfação do doente: importância da comunicação médico-doente*.
- Alasad, J.; Ahmad, M. (2005). *Communication with critically ill patients*. Journal of Advanced Nursing, 50, 356-362.
- Amir, M. (1987). *Considerations guiding physicians when informing cancer patients*. Social Science and Medicine, 24, 741-748.
- Argyle, M. (1972). *The Psychology of Interpersonal Behaviour*. 2ª Edição. London. Harmondsworth, Penguin Books.
- Association of American Medical Colleges: Report 3 (1999). *Contemporary Issues of Medicine: Communication in Medicine*. Washington, DC: AAMC.
- Bensing, J., Verhaak, P., Dulmen, A. & Visser, A. (2000). *Communication: The royal pathway to patient-centered medicine*. Patient Education and Counseling, 39, 1-3.
- Berry, D. (2007). *Health Communication. Theory and practice*. London: Open University Press.
- Blanquicett, C., Amsbary, J., Mills, C. & Powell, L. (2007). *Examining the perceptions of doctor-patient communication*. Human Communication, 10(4), 421-436.
- Boné, E. (1992). *Responsabilité et respect dans les nouvelles dimensions de l'agir médicale*. Comunicação apresentada no 1 Seminário sobre Bioética – Consentimento Informado e Responsabilidade Médica, Lisboa.
- Boné, E. (1992). *Responsabilité et respect dans leu nouvelles dimensions de l'agir médicale*. Comunicação apresentada no I Seminário sobre Bioética - Consentimento Informado e Responsabilidade Médica, Lisboa.
- Bourdieu, P. (2010). *A Distinção - Uma Crítica Social da Faculdade do Juízo*, Lisboa: Edições 70.
- Burnard, P. (1999). *Counseling skills for health professionals*. Cheltenham: Stanley Thornes.
- Burnard, P. & Morrison, P. (2005). *Nurses' perceptions of their interpersonal skills: A descriptive study using six category intervention analysis*. Nurse Education Today, 25, 612-617.

- Caprara, A.; Lins, A.; Franco, S. (1999). *A relação paciente-médico: Para uma humanização da prática médica*. Cad. Saúde Pública. 15(3):647-54.
- Carapineiro, G. (1991). *Médicos e representações da medicina: Humanismo e Tecnicismo nas práticas médicas hospitalares*. Sociologia Problemas e Prática, 9: 27-41.
- Carvalho Teixeira, J. A. (1996). *Comunicação e cuidados de saúde*. Desafios para a psicologia da saúde. Análise Psicológica, 14 (1), 135-139.
- Cassel, E.J. (1982). *The nature of suffering and the goals of medicine*. New England Journal of Medicine, 306, 639-645.
- Cegala, D. (1997). *A study of doctors' and patients' communication during a primary care consultation: implications for communication training*. Journal of Health Communication, 2, 169-194.
- Chaitchik, S., Kreitler, S., S., Shwartz, I, & Rosin, R. (1992). *Doctor-patient communication in a cancer ward*. Journal of cancer education, 7 (1), 41-54.
- Chant, S., Jenkinson, T, Randle, J. & Russel, G. (2002). *Communication skills: Some problems in nursing education and practice*. Journal of Clinical Nursing, 11, 12-21.
- Corney, R. (2000). *O desenvolvimento de perícias da comunicação e aconselhamento em medicina*. Lisboa: Climepsi.
- Davis, H. & Fallowfield, L. (1994). *Counseling and communication in health care*. London: John Wiley & Sons.
- Deccache, A. & Ballekom, K. (2010). *From patient compliance to empowerment and consumer's choice: Evolution or regression? An overview of patient education in French speaking European countries*. Patient Education and Counseling, 78, 282-287.
- Defining the Patient-Physician Relationship for the 21st Century*. 3rd Annual Disease Management Outcomes Summit; 2003 Oct 30 – Nov 2; Phoenix, Arizona. Nashville (TN): American Healthways.
- Demo, P. (1994). *Educação e Qualidade*, São Paulo: Papirus.
- Di Blasi Z., Kleijnen J. (2003) *Context effects: powerful therapies or methodological bias?* Eval Health Prof. 26(2),166-79.

- Dias, M. (1994). *O Valor da Informação nos Valores da Ciência Médica*.
- DiMatteo, M., DiNicola, D. (1982). *Pergamon Press Inc.*, Elmsford, New York.
- Emgel (1977). *Biopsychosocial Approaches in Primary Care: State of the Art and Challenges*.
- Fallowfield, L. & Jenkins, V. (1999). *Effective communication skills are the key to good cancer care*. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1592-1597.
- Fiske, J. (2005). *Introdução ao Estudo da Comunicação*. Porto. 9ª Edição.
- Fortin, M.F (1999). *O Processo de Investigação*. Lisboa. Lusociência.
- Gadamer, H. G., (1994). *Dove si Nasconde la Salute*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ghiglione, R., Matalon, B. (2001, [1977]). *O Inquérito: Teoria e Prática*. 4.ª Ed. (Trad. Portuguesa). Oeiras: Celta Editora.
- Gilles L., Serroy, J. (2010). *O Ecrã Global*, Lisboa: Edições 70.
- Goffman, E. (1993). *A apresentação do eu na vida de todos os dias*, Lisboa, Relógio d'Água.
- Gomes, J. (2003). *As bases éticas da relação Médico-Paciente*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gonçalves, A. (2004). *Métodos e Técnicas de Investigação Social I*, Universidade do Minho.
- Hagihara, A. & Tarumi, K. (2006). *Doctor and patient perceptions of the level of doctor explanation and quality of patient-doctor communication*. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, 143-150.
- Hall, J., Roter, D., Blanch, D. & Frankel, R. (2009). *Observer-rated rapport in interactions between medical students and standardized patients*. *Patient Education and Counseling*, 76, 323-327.
- Hall, J.A. & Dornan, M.C (1988). *What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature*. *Social Science and Medicine*, 27:935-939.
- <http://www.hospital-vilaverde.com/Hospital/Hospital-Hospital.aspx>, consultado em 13/04/2016.
- Jangland, E., Gunningberg, L. & Carlsson, M. (2009). *Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement*. *Patient Education and Counseling*, 75, 199-204.
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Lisboa: Edições Asa.

- Klitzman, R. (2007). "Patient-time", "doctor-time", and "institution-time": Perceptions and definitions of time among doctors who become patients. *Patient Education and Counseling*, 66, 147-155.
- Kurtz, S., Silverman, J. & Draper, J. (2005). *Teaching and learning communication skills in medicine*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa. Lusodidacta.
- Levinson, W., Stiles, W., Inui, T. & Engle, R. (1993). *Physician frustration in communication with patients*. *Medical Care*, 31(4), 285-295.
- Lorenz, K.(1992). *As Aves e os Peixes Ele falava com os Mamíferos*, Publicações Europa-América.
- Macdonald, E. (2004). *Difficult conversation in medicine*. UK: Oxford University Press.
- Maguire, P. & Pitceathly, C. (2002). *Key communication skills and how to acquire them*. *British Medical Journal*, 325, 697-700.
- Mathews, J.J. (1983). *The communications process in clinical settings*. *Social Science and Medicine*, 17 (18),1371-1378.
- Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Moira A. Stewart, (1995). *Effective Physician-Patient communication and health Outcomes: A Review*.
- Moscovici F. (1997). *Desenvolvimento interpessoal*. 7a ed. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Mota, J. (2015). *O Reforço do comportamento na relação médico-doente*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Acedido em: <http://hdl.handle.net/10316/30484>.
- Myerscough, P. (1989). *Como comunicar com os doentes*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Nakao M.A., Axelrod, S. (1983) Jun;74(6), 1061-5.
- Okamoto, S. (2007). *Transformations in doctor-patient communication in Japan: The role of cultural factors*. *Patient Education and Counseling*, 65, 153-155.

Oliveira, F. (2002) *Antropologia nos Serviços de Saúde: Integralidade, cultura e comunicação. Interface – comunicação, saúde, educação*, Fundação UNI Botucatu/UNESP, V.6, nº 10. Botucatu, SP.

Ong, L., Haes, J., Hoos, A. & Lammes, F. (1995). *Doctor-patient communication: A review of the literature*. *Social Science Medicine*, 40(7), 903-918.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Polónio, P. (1982). *A relação médico doente*. *Psiquiatria Clínica*, Suple. 2: 147-150.

Potter, M., Gordon, S. & Hamer, P. (2003). *The physiotherapy experience in private practice: The patients' perspective*. *Australian Journal of Physiotherapy*, 49, 195-202.

Quivy, R.; Campenhoudt, L.(1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª edição. Lisboa. Gradiva.

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa. Univ. Aberta.

Ramos, N. (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade*. Perspetivas.

Reynolds, F. (2005). *Communication and clinical effectiveness in rehabilitation*. London: Elsevier.

Santos, M., Grilo, A. , Andrade, G., Guimarães, T., Gomes, A., (2010). *Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios*, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*

Schofield, T. (2004). *Introduction. E., Macdonald, Difficult conversation in medicine*. UK: Oxford University Press.

Schouten, B. & Meeuwesen, L. (2006). *Cultural differences in medical communication: A review of the literature*. *Patient Education and Counseling*, 64, 21-34.

Schouten, B. & Meeuwesen, L. & Harmsen, H. (2009). *GPs' interactional styles in consultations with Dutch and ethnic minority patients*. *Journal of Immigrant Minority Health*, 11, 468-475.

Silva MJP. (2006). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 11 ed. São Paulo: Loyola.

Simpson M, Buckman R, Stewart M et al. (1991). *Doctorpatient communication: the Toronto consensus statement*. *BMJ*, 303,1385-7.

- Stefanelli, M.C.; Carvalho, E.C.; Arantes, E.C. Comunicação e enfermagem. In: Stefanelli, M.C.; Carvalho, E.C. (Orgs.). (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Barueri: Manole, p.1-9.
- Talhinhas, C. et al (1997). *Comunicação como vector de Humanização*. *Nursing*, 11, p. 21-26. *teóricas e práticas*. João Pessoa, Editora Universitária UFPB.
- Taylor, K. (2009). *Paternalism, participation and partnership – The evolution of patient centeredness in the consultation*. *Patient Education and Counseling*, 74, 150-155.
- Teixeira, J. (2000). *Problemas de comunicação em saúde e suas consequências*. Em: I. Trindade e J. Teixeira, *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi.
- Teixeira, J. (2004). *Comunicação em saúde: relação Técnicos de saúde – utentes*. *Análise Psicológica*, v. 22, n.º 3, 615 - 620.
- Teutsch C. (2003). *Patient-doctor communication*. *Med Clin NorthAm* ;87(5),1115-45.
- Tyson, S. & Turner, G. (1999). *The process of stroke rehabilitation: what happens and why*. *Clinical Rehabilitation*, 13(4), 322-332.
- Vaz Serra, A.S (1980). *A relação médico-doente na prática clínica*. *Psiquiatria clínica*, Suple. 1:5-7.
- Walton HJ, ed. (1993). *Medical Education. Proceedings of the World Summit on Medical Education*. World Federation for Medical Education. 28 Suppl 1;140-9.
- Watzlawick, P. (1998). *Pragmática da Comunicação Humana*, Editor: Cultrix.
- Willems, S., Maeschalck, S., Deveugele, M., Derese, A. & Maeseneer, J. (2005). *Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: Does it make a difference?* *Patient Education and Counseling*, 56, 139-146.
- Wood, K.w. (1995). *Abordagem centrada na pessoa*. Vitória: Ed. Edufes.
- Yedidia M.J., Gillespie C.C, Kachur E. (2003). *Effect of communication training on medical student performance*. *JAMA*; 290(9),1157-65.
- Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods (2ª Ed)* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

ANEXOS