

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

DM
VITA. 1


COMUNICAÇÃO MÉDICO-UTENTE

**IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO
E SATISFAÇÃO COM A CONSULTA MÉDICA
PARA A POPULAÇÃO-UTENTE EM GERAL**

ANA PAULA NUNES VITAL

LISBOA, 1999

CD
C.

 ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Centro de
Documentação

Registo: 14494
Data: 12/11/2003

Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do
Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro,
apresentada no **Instituto Superior de Psicologia Aplicada**
para a obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de
Psicologia da Saúde conforme Portaria nº 107/97 de 17 de
Fevereiro, para dar satisfação ao ponto "b" do nº2 do Artº5
do Decreto Lei nº216/92 de 13 de Outubro.

A Felicidade
é a faculdade de aceitar o que existe.
O Amor
é a faculdade de comunicação.
A Saúde
é a faculdade de participação.
A expressão de Si
é a faculdade de responsabilidade.

Werner Ehrard

A essência da comunicação
É a intenção.

Werner Ehrard

“... um médico que aconselha um regime,
só o fará depois de tomar em conta tudo
o que a ciência tem para dizer sobre o assunto;
mas o homem que segue o seu conselho
não pode ficar à espera de comprovar
e está obrigado por conseguinte a confiar
não na ciência,
mas na crença
de que o seu médico é um cientista...”

Bertrand Russell

A doença é um acontecimento tão dramático na vida humana,
Que põe à prova
tanto a autonomia do doente,
como a não-maleficência do prestador de cuidados de saúde,
a beneficência da família
e a justiça da sociedade.

Diego Gracia

RESUMO

A comunicação pode ser considerada como a ligação entre a arte e a ciência. A comunicação funcional e eficaz/eficiente entre médico e utente no contexto de saúde e doença é fundamental, pois deste processo se vai extrair a informação pertinente, necessária e suficiente para a formulação do diagnóstico, prognóstico e elaboração de um plano de intervenção.

O presente trabalho de investigação tem como objectivo central conhecer, na perspectiva do utente, (1) quais os aspectos mais importantes da comunicação médico-utente, inerentes ao processo de consulta, (2) qual o seu nível de satisfação com a comunicação, na última consulta médica e finalmente (3) se há alguma relação entre o grau de importância dos diferentes aspectos da comunicação e a satisfação do utente com a consulta.

Elaborou-se um questionário (CIMU) constituído por três partes, das quais duas referem-se aos aspectos importantes na comunicação médico-utente (ICM-U) e à satisfação com a comunicação na última consulta médica (SCM-U).

O questionário foi aplicado a uma amostra de 530 participantes, “o público”, seja ou não um utilizador activo dos serviços de saúde.

Analisámos a validade e fidelidade do questionário, assim como a associação e influências entre variáveis demográficas e de saúde.

Os resultados justificam a pertinência da utilização do questionário em diferentes situações de saúde e doença com o objectivo de avaliar para poder desenvolver e melhorar um dos aspectos mais importantes da qualidade e humanização dos cuidados de saúde – a comunicação.

ABSTRACT

Communication can be considered as a connection between art and science. An effective and functional communication between doctor and patient is fundamental in the context of health and disease, because from this process is extracted the pertinent information, necessary and sufficient for the formulation of the diagnosis, prognosis and the elaboration of a successful intervention plan.

The aim of this research is to know, by the patient's perspective, (1) which aspects of the doctor-patient communication in the consultation process, are the most important; (2) what is the level of satisfaction regarding communication in his last medical encounter and finally (3) if there is any relation between the degree of importance of the different aspects of communication and the patient's satisfaction with the consultation.

A questionnaire was made (CIMU), with three sections, from which two refers to the important aspects in the doctor-patient's communication (ICM-U) and to the satisfaction with communication in the last medical encounter (SCM-U).

The questionnaire was applied to a sample of 530 participants, "the public", being or not an active health consumer services.

The validity and fidelity of the questionnaire was analysed, as the association and influence between demographic and health variables

The results justify the pertinence of the use of this questionnaire in different health and illness contexts with the purpose of assessing in order to be able to develop and improve one of the most important aspects of health care quality and humanisation - communication.

AGRADECIMENTOS

O meu primeiro agradecimento ao Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro, orientador da presente dissertação de mestrado, a forma como me acompanhou neste percurso e o incentivo para a sua finalização.

Ao Dr. Luís Andrade agradeço toda a disponibilidade, a forma calma, delicada e a compreensão demonstradas para me ajudar a ultrapassar algumas dificuldades surgidas no decurso do trabalho.

À Anabela Gonçalves agradeço o cuidado, rigor e toda a disponibilidade demonstradas para a introdução informatizada dos dados recolhidos.

A todos os meus colegas de mestrado, o meu agradecimento pelo companheirismo, incentivo e saudável boa disposição presentes ao longo desta caminhada em comum.

A todos aqueles que de forma espontânea aderiram à ideia subjacente a este estudo, incentivando e dando voluntariamente o seu valioso contributo para que se tornasse possível a sua concretização, o meu mais sincero obrigado.

À minha família agradeço a sua beneficência e seu amor – *“faculdade de comunicação”*.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
<i>REVISÃO DA LITERATURA</i>	7
I . Comunicação	7
II . Comunicação nos Cuidados de Saúde	23
A. Modelos de saúde e doença	23
B. Modelos de Relação Médico-Utente	26
C. Bioética	31
D. Processamento de Informação na comunicação	34
III . Comunicação e Direitos e Deveres dos Consumidores dos Cuidados de Saúde	42
IV . Comunicação, Qualidade e Satisfação com os Cuidados de Saúde	45
MÉTODOS	51
<i>Participantes</i>	53
<i>Material</i>	58
<i>Procedimento</i>	62
A. Entrevistas	63
B. Elaboração do questionário e pré-teste	65
C. Aplicação do questionário CIMU	68
RESULTADOS	70
1. <i>Questionário dos aspectos importantes na interacção/comunicação médico-utente numa consulta médica (ICM-U)</i>	71
a) Estatística descritiva	72
b) Análise de componentes principais - análise dos construtos	76

c) Análise da consistência interna	80
2. Questionário de satisfação do utente com a interação/comunicação médico-utente na última consulta médica (SCM-U)	81
a) Estatística descritiva	81
b) Análise de componentes principais - análise dos construtos	85
c) Análise da consistência interna	89
3. Caracterização da amostra quanto às variáveis de saúde	90
4. Associação entre variáveis demográficas e de saúde e os aspectos importantes na interação/comunicação médico-utente	96
5. Associação entre variáveis demográficas e de saúde e a satisfação do utente com a interação/comunicação médico-utente	114
6. Nível de satisfação global em relação à última consulta médica	124
a) Estatística descritiva	124
b) Associação com as variáveis demográficas e de saúde	125
7. Relação entre as dimensões importantes na comunicação médico-utente e a satisfação com a comunicação na consulta médica	131
DISCUSSÃO	133
A. Aspectos importantes para o utente na comunicação médico-utente e sua satisfação na consulta médica.	135
B. Propriedades psicométricas do questionário	137
C. Variáveis demográficas e de saúde do utente e sua influência na identificação dos aspectos importantes na comunicação médico-utente e sua satisfação na consulta médica.	139
D. Implicações do estudo	146
E. Recomendações para investigações futuras	147

REFERÊNCIAS	148
ANEXOS	152
Anexo A: Guião da Entrevista	153
Anexo B: Questionário "Comunicação / Interação Médico-Utente" (CIMU)	154
Anexo C: Aspectos importantes na comunicação Médico-Utente. Estatística Descritiva.	162
Anexo D: Satisfação com a comunicação Médico-Utente. Estatística Descritiva.	164

ÍNDICE DE FIGURAS

	pág.
Figura 1 - Modelo de Comunicação de Sandholtz, 1995.	9
Figura 2 - Relação entre diferentes estilos de resposta e a atitude defensiva. Adaptado de Sandholtz, 1995.	12
Figura 3 - Habilidades/perícias da comunicação interpessoal. Adaptado de Hartley, 1993	19
Figura 4 - “Johari Window”- Joe Luft e Harry Ingham, 1970 apud Hartley, 1993.	21
Figura 5 - Concepções e características dos diferentes modelos de saúde e doença (Cruz Reis, 1998)	25
Figura 6 - Modelos teóricos da Relação Médico-Paciente. Adaptado de Meeuwesen, Schaap e Van Der Staak, 1991.	27
Figura 7 - Objectivos na interacção da enfermeira e do paciente, segundo Argyle (1985, apud Hartley, 1993).	30
Figura 8 - Modelo principalista. Adaptado de Neves, 1996	33
Figura 9 - Modelo de Processamento da Informação na Consulta Médica. Traduzido e adaptado de Frederikson, 1993.	35
Figura 10 - Modelo de Expectativas Relacionais (O’Hair Allman & Moore, 1996).	36
Figura 11 - Modelo Cognitivo de Ley (1988).	38
Figura 12 - Critérios (Doll) e dimensões (Maxwell) da avaliação dos cuidados de saúde. Adaptado de Fitzpatrick, 1993.	48
Figura 13 - Avaliação da prestação dos cuidados de saúde, pelo utente	49
Figura 14 - Idade. Distribuição de frequências.	54
Figura 15 - Escolaridade. Distribuição de frequências.	55
Figura 16 - Grupos profissionais. Distribuição de frequências	57
Figura 17 - Dimensões teóricas dos itens do questionário/escala ICM-U e SCM-U, por cada questão (Q).	59
Figura 18 - Há quanto tempo/dias foi a uma consulta médica. Distribuição de frequências.	93
Figura 19 - Natureza da consulta médica. Distribuição de frequências.	94
Figura 20 - Instituição. Distribuição de frequências.	94
Figura 21 - Perspectiva do utente sobre os aspectos importantes na consulta médica comparativamente com os aspectos com que ficou menos e mais satisfeito na última consulta médica.	136
Figura 22 - Comunicação médico-utente. Aspectos importantes na interacção na consulta <i>versus</i> aspectos de satisfação com a consulta médica.	138

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Importância da comunicação na consulta médica. Média e desvio padrão.	72
Tabela 2 - Aspectos mais importantes ($\geq 4,5$) na comunicação médico-utente, numa consulta médica. Média e desvio padrão.	74
Tabela 3 - Importância da comunicação na consulta médica. Análise de componentes principais com rotação ortogonal varimax, com normalização Kaiser. Saturações factoriais.	77
Tabela 4 - Aspectos importantes na comunicação médico-utente. Factores e variância explicada.	79
Tabela 5 - Aspectos importantes na comunicação médico-utente. Alpha de Cronbach	80
Tabela 6 - Satisfação com a consulta médica. Média e desvio padrão.	82
Tabela 7 - Satisfação (entre 4 e 4,5) com a comunicação médico-utente, na última consulta médica. Média e desvio padrão.	84
Tabela 8 - Satisfação com a Comunicação na consulta médica. Análise de componentes principais com rotação ortogonal varimax, com normalização Kaiser. Saturações factoriais.	86
Tabela 9 - Satisfação do utente com a comunicação médico-utente. Factores e variância explicada.	88
Tabela 10 - Satisfação com a comunicação médico-utente. Alpha de Cronbach.	89
Tabela 11 - Variáveis de saúde. Estatística descritiva.	91
Tabela 12 - Dimensões importantes na comunicação médico-utente por zona do país. Teste ANOVA one-way.	96
Tabela 13 - Escutar situação pessoal por zona do país. Teste Scheffe.	97
Tabela 14 - Aspectos importantes na comunicação médico-utente por sexo. Teste <i>t</i> -student.	98
Tabela 15 - Correlação entre aspectos importantes na comunicação médico-utente e idade.	99
Tabela 16 - Correlação entre aspectos importantes na comunicação médico-utente e escolaridade.	100
Tabela 17 - Dimensões importantes na comunicação médico-utente por escolaridade. Teste ANOVA one-way.	101
Tabela 18 - Dimensões importantes na comunicação médico-utente por escolaridade. Teste Scheffe.	102
Tabela 19 - Dimensões importantes na comunicação médico-utente por grupos profissionais. Teste ANOVA one-way.	103
Tabela 20 - Dimensões importantes na comunicação médico-utente por grupos profissionais. Teste Scheffe.	105
Tabela 21 - Correlação entre os aspectos importantes na comunicação médico-utente e o número de filhos.	106
Tabela 22 - Dimensões importantes na comunicação médico-utente e a situação " Sofrer de doença". Teste <i>t</i> -student.	106

Tabela 23 - Correlação entre aspectos importantes na comunicação médico-utente e a situação "no último ano quantas vezes foi ao médico".	107
Tabela 24 - Correlação entre aspectos importantes na comunicação médico-utente e a situação "nas últimas duas semanas número de dias de cama por doença".	108
Tabela 25 - Correlação entre aspectos importantes na comunicação médico-utente e há quanto tempo/dias foi a uma consulta médica.	109
Tabela 26 - Dimensões importantes na comunicação médico-utente por natureza da consulta médica. Teste ANOVA one-way.	109
Tabela 27 - Aspectos importantes na comunicação médico-utente por natureza da consulta médica. Teste Scheffe.	110
Tabela 28 - Aspectos importantes na comunicação médico-utente e a especialidade médica. Teste <i>t</i> -student.	111
Tabela 29 - Satisfação do utente com a comunicação M-U por sexo. Teste <i>t</i> -student.	115
Tabela 30 - Correlação entre satisfação do utente com a comunicação M-U e a idade.	116
Tabela 31 - Satisfação do utente com a comunicação M-U por grupos profissionais. Teste ANOVA one-way.	117
Tabela 32 - Correlação entre satisfação do utente com a comunicação M-U e o número de filhos.	118
Tabela 33 - Satisfação do utente com a comunicação M-U e a situação "sofrer de doença". Teste <i>t</i> -student.	118
Tabela 34 - Satisfação do utente com a comunicação M-U e a situação "está a tomar medicamentos". Teste <i>t</i> -student.	119
Tabela 35 - Satisfação do utente com a comunicação M-U e a situação no último ano quantas vezes foi ao médico. Teste ANOVA one-way.	120
Tabela 36 - Satisfação do utente com a comunicação M-U por natureza da consulta médica. Teste ANOVA one-way.	121
Tabela 37 - Satisfação do utente com a comunicação M-U por especialidade médica. Teste <i>t</i> -student.	122
Tabela 38 - Satisfação global com a consulta médica. Estatística descritiva.	125
Tabela 39 - Satisfação global com a última consulta médica por sexo. Teste <i>t</i> -student.	126
Tabela 40 - Correlação entre a satisfação global com a última consulta médica e a idade.	127
Tabela 41 - Correlação entre a satisfação global com a última consulta médica e o número de filhos.	127
Tabela 42 - Satisfação global com a última consulta médica e a situação "sofre de alguma doença". Teste <i>t</i> -student.	128
Tabela 43 - Satisfação global com a última consulta médica e a situação "nas últimas duas semanas quantos dias esteve doente". Teste ANOVA one-way.	128
Tabela 44 - Satisfação global com a última consulta médica e a situação "nas últimas duas semanas quantos dias esteve doente". Teste Scheffe.	129

Tabela 45 - Satisfação global com a última consulta médica por tipo de instituição. Teste ANOVA one-way.	129
Tabela 46 - Satisfação global com a última consulta médica por tipo de instituição. Teste Scheffe.	130
Tabela 47 - Correlação entre as dimensões da importância da comunicação e as dimensões da satisfação com a comunicação.	131
Tabela 48 - Importância da Comunicação Médico-Utente. Estatística descritiva.	162
Tabela 49 - Satisfação com a comunicação Médico-Utente. Estatística descritiva.	164

INTRODUÇÃO

A consulta entre o utente e o médico é o espaço e o processo, centro de toda a prática clínica médica em que o instrumento mais utilizado é a comunicação.

A comunicação implica interacção, inter-relação, há troca de informação entre duas pessoas e acção de uma sobre a outra. Para que, neste processo, a acção de um não se sobreponha à reacção do outro (e reciprocamente), é necessário que, de uma forma explícita ou implícita, exista definição de papéis e de regras e um equilíbrio entre custo-benefício, inerente ao processo de dar-receber, de partilhar informação. Para que haja interesse na continuação do processo de comunicação, é necessário que na experiência anterior tenha havido prazer.

Ao falarmos de comunicação no contexto de saúde-doença transpomos todo este conteúdo inerente ao conceito de comunicação e passamos a falar de troca de informação entre profissionais de saúde-utentes, de direitos e deveres, de consentimento livre e esclarecido, de processo de tomada de decisão, de eficiência, de eficácia, de humanização de cuidados, de equidade, de prestador-consumidor, de satisfação e de qualidade.

No exercício da medicina, a importância da comunicação tem sido salientada desde Hipócrates. A comunicação pode ser considerada como a ligação entre a arte e a ciência.

Desde que os limites da tecnologia médica estão na ordem do dia, as questões ligadas à comunicação parecem ter sido redescobertas pelos médicos e outros profissionais da saúde, utentes/doentes, cientistas e também pelos políticos.

A comunicação é o principal “instrumento” da relação profissional de saúde (PS)-utente (U). A comunicação funcional e eficaz/eficiente entre estes dois elementos no contexto de saúde-doença é fundamental, pois deste processo se vai extrair a informação pertinente, necessária e suficiente para a formulação do diagnóstico, prognóstico e elaboração de um plano de intervenção.

Por *Comunicação nos Cuidados de Saúde* entende-se a comunicação entre prestadores de cuidados e utentes/doentes numa variedade de contextos clínicos (ex.: cuidados de saúde primários, hospitalares, institucionais, continuados)

A comunicação profissional de saúde-utente é um tema de grande importância nos cuidados de saúde porque a comunicação afecta tanto a qualidade de vida como os resultados biológicos de uma dada intervenção.

A insatisfação do doente com a comunicação, no encontro com o médico na consulta, é um tema recorrente no dia-a-dia, para aqueles que, por diferentes circunstâncias procuram os cuidados médicos.

As necessidades, desejos e expectativas dos utentes dos serviços de saúde face à prestação de cuidados nesses serviços, evoluem em função das condições globais de

vida das comunidades, dos contextos socio-culturais, de diferentes aspectos da economia ou da política e dos progressos científicos percebidos na área das ciências da saúde, nomeadamente da medicina.

A ideia de “satisfação” e a sua medição em relação aos cuidados de saúde é complexa e é um assunto que irá continuar em debate. No entanto, considera-se que a satisfação do doente é um resultado major da interacção doente-médico e é uma medida de qualidade dos cuidados.

Os julgamentos sobre a qualidade são o resultado de um processo cognitivo que precede a formação da dimensão afectiva de satisfação. As percepções sobre qualidade são uma crença e a satisfação é a resposta emocional a essa crença. Estudos sobre percepção centram-se na experiência percebida do receptor de cuidados de saúde em relação à prestação dos cuidados e sobre a forma como essa prestação pode ser favoravelmente percebida.

Alguns estudos sobre comunicação médico-utente têm sido realizados utilizando diversas metodologias nomeadamente a observação naturalista da interacção em consulta e a sua análise qualitativa do processo e do conteúdo da comunicação. Acresce também o facto de que grande parte dos estudos são realizados em contexto (hospitais, centros de saúde, etc.) e situação de doença (ex. doença oncológica e cardiovascular). Vários também são os estudos que se preocupam e procuram medir o grau de satisfação do utente com a comunicação. No entanto, em grande parte deles esta variável é apenas uma num conjunto maior de variáveis de satisfação com os cuidados de saúde, sendo por isso formulada e trabalhada de uma forma genérica ou abrangente.

Para além das atitudes e crenças em relação à saúde e à doença, a percepção do utente sobre o seu papel e o do profissional de saúde no processo de prestação de cuidados é fundamental e vai condicionar a interacção e comunicação inerentes à consulta e ter efeitos na adesão ao tratamento e na satisfação com a consulta.

É sabido que os utentes revelam diferenças relativamente à quantidade de informação que pretendem (aspectos relacionados com o processo de *coping*) e que apresentam níveis diferentes de conhecimento biomédico, baseados sobretudo na experiência anterior, assim como revelam expectativas diferentes face ao médico em função do tipo/natureza de consulta e da especialidade médica.

Conscientes da complexidade e da interligação entre vários dos aspectos mencionados, numa perspectiva centrada no utente, quizémos em primeiro lugar conhecer a sua opinião/percepção sobre os aspectos importantes na comunicação médico-utente inerentes ao processo de consulta em geral, isto é, sem ser num contexto nem numa situação de doença específica. Em segundo lugar pedimos ao utente que se concentrasse na última consulta médica a que teve necessidade de recorrer e que avaliasse o seu grau de satisfação com a consulta, relativamente aos mesmos aspectos da comunicação.

As áreas temáticas de desenvolvimento deste trabalho são: (A) os aspectos da comunicação / interacção médico-utente na consulta, na perspectiva do grau de importância desses aspectos para o utente e (B) a satisfação do utente com a consulta, incidindo nos (mesmos) aspectos da comunicação/interacção médico-utente na consulta.

Pretende-se estudar a comunicação médico-utente em geral, i.e., não considerando *a priori*, uma doença ou um grupo de doentes específico (neste sentido utilizaremos a designação de utente e não de doente), nem os cuidados prestados por um clínico geral/médico de família *versus* médico especialista.

Face à temática de estudo, levantam-se algumas questões de investigação, nomeadamente:

- Que importância têm para o utente, no encontro/consulta com o médico, diferentes aspectos da comunicação verbal e não verbal, inerentes ao processo de consulta?

- Qual o nível de satisfação do utente face à (última) consulta, no que diz respeito a aspectos directamente relacionados com o processo de comunicação verbal e não verbal?

- Haverá alguma relação entre o grau de importância dos diferentes aspectos da comunicação verbal e não verbal e a satisfação do utente com a consulta?

Após uma revisão da literatura sobre o tema procedeu-se à análise documental da Carta dos Direitos das Pessoas Doentes (WHO, 1996), do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (Revista da Ordem dos Médicos, nº3/85, Março), da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (Ministério da Saúde-Direcção Geral da Saúde, 1998) e dos Fundamental Elements of the Patient-Physician Relationship (Council on Ethical and Judicial Affairs of The American Medical Association, 1994).

Paralelamente elaborou-se um guião de entrevista sobre o tema de pesquisa e realizaram-se 20 entrevistas.

Baseado na análise de conteúdo dos *instrumentos* acima referidos e nas categorias do RIAS (Roter Interaction Analysis System, 1997) elaborou-se um questionário/escala que foi aplicado a 25 indivíduos, para pré-teste. Após a análise dos resultados foram reformuladas algumas questões e acrescentadas outras, resultando o questionário/escala “Comunicação/Interação Médico-Utente” (CIMU).

A versão final do questionário foi aplicada a uma amostra de 530 pessoas de Portugal continental, Região Autónoma dos Açores, e Região Autónoma da Madeira. Estes aspectos serão desenvolvidos no capítulo Métodos.

O capítulo de Revisão de Literatura aborda o tema da comunicação em geral e a comunicação nos cuidados de saúde, os direitos e deveres dos consumidores dos cuidados de saúde e a comunicação relacionada com a qualidade e satisfação com os cuidados de saúde.

No capítulo Resultados apresentamos a análise da validade e da fidelidade do questionário, caracterizamos os participantes no estudo e analisamos as associações entre variáveis.

No capítulo de Discussão fazemos o resumo dos resultados assim como a sua interpretação e discussão.

Pretende-se assim com este estudo conhecer quais os aspectos da comunicação/interacção, na consulta médica, que o utente considera importantes e com quais ficou satisfeito na última consulta médica realizada.

I. COMUNICAÇÃO

A comunicação interpessoal (efectiva) é importante por várias razões, incluindo o acesso e a livre troca de informação, a discussão aberta de ideias e a negociação mais adequada de argumentos e conflitos, e o suporte emocional em situação de stress, entre outras.

A comunicação só por si pode ser a forma mais efectiva de aliviar o sofrimento psicológico, como acontece em situações de pessoas com cancro ou em lutos recentes (Weinman & Giles, 1989). Também foi provado que tanto o envelhecimento como a morte em si são aceleradas pela falta de oportunidades de comunicação.

A falta de satisfação e de qualidade na comunicação pode ter sérias implicações no nosso bem-estar psicológico e saúde física, conduzindo por vezes a estados de solidão crónica que leva à depressão, alcoolismo e abuso de drogas (Peplau e Perlman, 1982 apud Weinman e Giles, 1989).

Os pensamentos, factos e opiniões que não são ouvidos ou que não são compreendidos podem reduzir seriamente a sensatez lógica de uma decisão.

Ao colocarmo-nos numa situação de tomada de decisão, em que as nossas ideias, sensações e *inputs* parecem ser ignoradas ou não ser consideradas seriamente pelos outros, não será difícil apercebermo-nos dos sentimentos que esta situação irá criar e que tornarão difícil a nossa acção em conformidade com uma decisão que daí

resulte, pois sentiremos que fomos deixados de fora (“ele(s) decidiu(ram)” *versus* “nós decidimos”).

A comunicação interpessoal efectiva é importante para garantir a aceitação de certas decisões. A comunicação interpessoal efectiva é essencial para construir a confiança necessária que faça despoletar as preocupações de modo a permitir lidar com elas efectivamente.

É já lugar comum a noção de que "é impossível não comunicar". Mesmo quando se tenta não comunicar, as acções ou a falta delas são tidas como mensagens.

Por comunicação entende-se o processo pelo qual é trocada informação entre um emissor e um receptor com o objectivo de atingirem compreensão mútua.

A figura 1 descreve um modelo de comunicação proposto por Sandholtz (1995).

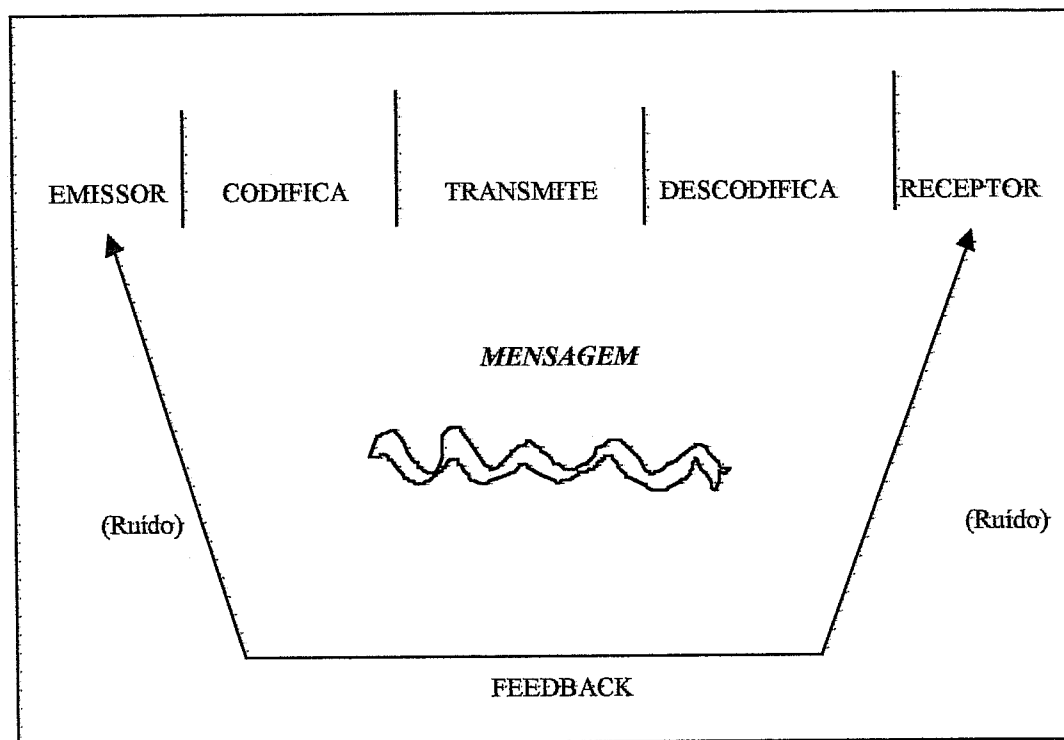
O emissor:

- (1) pensa no que tem que enviar /transmitir a outra pessoa;
- (2) codifica essa mensagem - coloca-a numa forma verbal e/ou não-verbal;
- (3) transmite ao receptor.

O receptor:

- (1) recebe a mensagem;
- (2) descodifica a mensagem - coloca-a de uma forma que tenha significado para ele.

Figura 1- Modelo de Comunicação de Sandholtz, 1995.



O potencial de distorção deste processo é muito grande. Primeiro, a forma como o emissor codifica a mensagem pode não reflectir de uma forma rigorosa a mensagem que ele ou ela queria transmitir. Segundo, a forma de transmissão da mensagem pode não ter sido bem sucedida. Terceiro, a forma como o receptor decodificou a mensagem está fortemente relacionada com o passado/antecedentes e a personalidade do indivíduo.

Os comunicadores mais efectivos são “orientados para o receptor” (“*receiver oriented*”) porque eles engrenam/transmitem as suas mensagens para o (colocando-se na posição do) receptor (Sandholtz, 1995). Eles perguntam a si mesmos - “Se eu fosse o receptor, como é que esta mensagem iria atingir-me? Como é que eu a interpretaria?”.

Tanto a codificação como a descodificação são fortemente influenciadas por factores individuais, tais como a educação, a personalidade, o nível socio-económico, o desenvolvimento infantil e familiar, as experiências pessoais, a cultura, a história profissional e o papel das organizações/instituições onde se encontram ou por onde passaram.

Um facto inerente ao processo de comunicação é que as pessoas percebem as mensagens de diferentes maneiras e poderemos assim afirmar que o significado está/encontra-se nas pessoas, não nas palavras. Quanto melhor se conhece a outra pessoa e se percebe/compreende o seu contexto pessoal, mais fácil se torna "ler" adequadamente as suas comunicações.

O sexo é outro factor que influencia o modo como codificamos e descodificamos a comunicação e a forma como transmitimos mensagens e conversamos (Sandholtz, 1995).

Outra fonte de distorção no processo de comunicação é o “ruído”, que pode ser definido como interferência com/na mensagem desejada/projectada.

Segundo Sandholtz (1995), existem três tipos de ruído que impedem uma escuta efectiva:

- 1 - ambiental (sala barulhenta, telefones que tocam, etc.)
- 2 - fisiológico (cefaleias, dor aguda, “aflição”, etc.)
- 3 - emocional (preocupação, medo, ansiedade).

O resultado normal de uma tentativa para comunicar é uma não compreensão parcial devida à imparidade/singularidade do emissor e do receptor.

Porque o processo de comunicação está cheio de potencial de/para distorção, é crucial o papel do *feedback* no modelo de comunicação. O *feedback* refere-se às tentativas do receptor, pedindo clarificação e parafraseando as palavras do emissor, para confirmar se a mensagem que descodificou é realmente aquela que o emissor pretendia transmitir. A menos que se confirme com o interlocutor, podemos erradamente assumir que determinada comunicação ocorreu quando afinal assim não foi. O *feedback* é uma forma de evitar ou ultrapassar falhas na comunicação.

O objectivo da comunicação é a compreensão mútua. Quando a comunicação falha, com frequência as pessoas perdem tempo e energia tentando descobrir de quem foi a culpa, provocando uma reacção defensiva que no futuro poderá inibir a compreensão mútua. A atitude defensiva é a barreira mais comum a uma boa comunicação, é habitualmente causada por habilidades comunicativas fracas do emissor ou por um baixo auto-conceito do receptor. Se aceitarmos as falhas de compreensão como uma realidade básica da comunicação, podemos parar de tentar descobrir culpas/culpados e começar a procurar formas melhores e mais eficazes de comunicar.

Sandholtz (1995) refere que estudos sobre comunicação revelaram que 80% das respostas enquadram-se em cinco categorias/estilos, como se pode observar na figura 2.

Figura 2- Relação entre diferentes estilos de resposta e a atitude defensiva. Adaptado de Sandholtz, 1995.

ESTILOS DE RESPOSTA	Conceito	Significado para o Interlocutor
AVALIATIVA	Uma resposta avaliativa indica que o ouvinte/receptor fez um julgamento da relativa boa qualidade, adequação, eficácia e correção da exposição ou problema do falante/emissor.	"o que deve fazer"
INTERPRETATIVA	A resposta interpretativa indica que a intenção do ouvinte/receptor é ensinar, dizer ao emissor o que é que a sua exposição ou problema significa realmente e como o emissor sente sobre a situação.	"o que deve pensar"
DE SUPORTE	A resposta de suporte/apoio indica que a intenção do ouvinte é de encorajar, reafirmar, tranquilizar e reduzir a intensidade dos sentimentos do emissor.	"não precisa sentir-se assim"
EXPLORATIVA	A resposta explorativa indica que a intenção do ouvinte é procurar mais informação, provocar discussão/debate dentro de uma determinada linha e questionar o emissor.	"deve desenvolver ou discutir a questão/perspectiva, no futuro"
DE COMPRENSÃO (COMPREENSIVA)	A resposta de compreensão/compreensiva indica que a intenção do ouvinte é somente de perguntar ao emissor se o ouvinte compreendeu correctamente aquilo que o emissor está dizendo/transmitindo, como o emissor sente sobre o problema e como vê o problema.	"nenhum, para além da preocupação de que a mensagem esteja a ser adequadamente recebida"

Como ouvintes/receptores, há uma tendência natural para avaliar e julgar o que os outros nos dizem. Assim o estilo de resposta mais frequente é a avaliativa, mas nem sempre é o tipo de resposta mais eficaz para ser usada. Aliás, nenhum dos estilos de resposta descritos é apropriado para todas as situações, nenhum pode ser considerado bom ou mau na sua essência. Perante determinadas circunstâncias certo tipo de

resposta será mais apropriado e eficaz do que outro. Um bom comunicador está atento ao tipo de resposta que deve ser usado em cada situação.

Um estilo assertivo, nem muito agressivo nem muito passivo, parece ser aquele que produz resultados mais desejados para fazermo-nos notar, expressar sentimentos honestos ou exercitar os nossos direitos. Por assertividade entende-se a habilidade para comunicar claramente e directamente o que nós precisamos ou queremos de outra pessoa, de uma forma que não negue ou infrinja os direitos do(s) outro(s).

As respostas a mensagens comunicam não somente palavras mas também uma mensagem acerca da relação entre duas pessoas.

Somente a resposta *Compreensiva* comunica que o ouvinte/receptor posicionou-se ao mesmo nível do falante/emissor. Este tipo de resposta é usada na escuta activa.

Carl Rogers (apud Sandholtz, 1995) refere que, em sessões de terapia, a comunicação defensiva pode ser evitada sendo descritivo mais do que avaliativo e assumindo um posicionamento igualitário mais do que superior.

Gibb (apud Sandholtz, 1995) apresentou quatro formas para evitar provocar comunicação defensiva:

1 - assumir uma orientação de resolução de problemas mais do que tentar controlar a situação,

2 - ser espontâneo mais do que estratégico,

3 - mostrar empatia mais do que neutralidade, e

4 - ser provisório mais do que certo.

O conteúdo daquilo que se comunica relaciona-se primeiramente com pensamentos e/ou sentimentos.

Os pensamentos são o produto da nossa mente/intelecto. Imaginamos e meditamos, lembramos ou reflectimos sobre os nossos pensamentos. Experimentamos pensamentos como percepções, ideias, razões, fundamentos, lógicas. Temos pensamentos sobre aquilo que vemos, ouvimos, tocamos, cheiramos e sentimos.

Os sentimentos são reacções emocionais que temos dentro de nós próprios em relação aos pensamentos, acções e sentimentos nossos e dos outros. Na comunicação interpessoal os sentimentos são a parte do afecto.

Geralmente, a facilidade para expressar, ouvir e lidar com os pensamentos é muito maior do que com os sentimentos. Pensamentos e sentimentos estão claramente entrelaçados e a habilidade para distingui-los é uma competência comunicativa importante (Sandholtz, 1995).

Quando se fala de processo de comunicação, referimo-nos a *o quê* se comunica - pensamentos e sentimentos e a *como* se comunica - verbal e/ou não-verbal.

Os pensamentos e sentimentos, com grande frequência, são expressos através das palavras e frases quando falamos. Essas palavras podem ser concretas e directas ou indirectas e vagas. Associam-se às palavras outros elementos importantes na comunicação, como sejam o tom de voz, as inflexões, o ênfase e a acentuação, enfim todos os aspectos prosódicos e suprasegmentais.

Sandholtz (1995) refere que no significado que se retira na comunicação 7% vem das palavras, 55% vem da expressão facial e da postura, enquanto 38% vem da entoação e inflexão vocal.

Uma parte importante da comunicação é expressada por via não-verbal. Na comunicação, quando se está a fazer uso das palavras, muitos significados e até mesmo outros significados podem ser retirados a partir dos sinais não-verbais. Genericamente, podemos dizer que os sinais não-verbais relacionam-se com o nível dos sentimentos de *o quê* (conteúdo) está a ser comunicado.

Segundo Fiske (1990), a comunicação não-verbal realiza-se através de códigos apresentativos como os gestos, os movimentos dos olhos ou os tons de voz. Estes códigos apenas podem transmitir mensagens acerca do aqui e agora. O meu tom de voz pode indicar a minha presente atitude relativamente ao tema e ao meu ouvinte, mas não pode emitir uma mensagem sobre a minha disposição da semana passada. Os códigos apresentativos estão, pois, limitados à comunicação face-a-face ou à comunicação onde o comunicador está presente.

Os códigos apresentativos têm duas funções. A primeira é, como vimos, a de veicular informação indicial. Trata-se de informações sobre o orador e a sua situação, através das quais o ouvinte fica a conhecer a sua identidade, emoções, atitudes, posição social, etc.. A segunda é a da gestão da interacção. Os códigos são utilizados para gerir o tipo de relação que o codificador quer ter com o outro. Ao usar certos gestos, posições e tom de voz, eu posso tentar dominar os meus parceiros, ser conciliador em relação a eles ou desligar-me deles. Posso usar códigos para indicar que acabei de falar e que é a vez de outra pessoa o fazer, ou para indicar que é meu

desejo encerrar a reunião. Estes códigos continuam a ser, em certa medida, indiciais, mas são usados para veicular informação sobre a relação, mais do que sobre o orador.

Já vimos anteriormente que uma importante competência comunicativa é a habilidade para diferenciar os pensamentos dos sentimentos. Uma segunda competência que realça a eficácia da comunicação interpessoal envolve o conceito de congruência. Assim, os sinais verbais e não-verbais que são transmitidos têm de ser congruentes com os pensamentos e/ou sentimentos que estão a ser experienciados no interior de cada um e consistentes uns com os outros, então os sinais verbais não comunicam mensagens diferentes dos sinais não-verbais.

A escuta activa é uma habilidade dinâmica na comunicação interpessoal. Entende-se por escuta activa o ter como responsabilidade pessoal a garantia de que as mensagens enviadas são adequadamente decodificadas e, se alguma distorção fôr descoberta, deve ser clarificada antes de continuar com a conversação. A escuta activa envolve um alto nível de atenção para com o falante/emissor.

Sandholtz (1995) sugere um conjunto de comportamentos que, sendo colocados em prática, geram atitudes de tolerância e compreensão que facilitarão a empatia e a aceitação não-avaliativa da outra pessoa:

1 - ser não-avaliativo;

2 - parafrasear o conteúdo exposto ou manifesto (pensamentos e/ou sentimentos);

3 - reflectir sobre as implicações;

4 - reflectir sobre os sentimentos subjacentes;

5 - convidar/sugerir contribuições adicionais;

6 - usar resposta de escuta não-verbal.

Habilidades e competências de escuta activa implementadas num clima de preocupação/cuidado e aceitação genuína, numa troca interpessoal, ajudam a ambas as partes a compreender, o mais completamente possível, o conteúdo relevante - factos e sentimentos, que andam à volta, em cima e por debaixo da mesa (Sandholtz, 1995).

Hartley (1993), numa abordagem descritiva da comunicação interpessoal, refere que esta envolve:

- encontro face-a-face entre dois participantes,
- duas pessoas em regras e relações variadas, uma com a outra,
- sempre um fluxo de comunicação com dois sentidos,
- criação e troca de significado,
- intenção parcial ou total,
- um processo de atitudes, comportamentos (dinâmico), mais do que um acontecimento ou uma série de acontecimentos;
- acumulação ao longo do tempo.

Quando tentamos compreender completamente a comunicação, devemos ter conhecimento do significado que a pessoa associa aos acontecimentos, factos e ao ambiente circundante.

Na comunicação interpessoal os participantes têm objectivos ou intenções que querem comunicar.

Na prática, com frequência, é difícil conseguir uma distinção precisa entre um comportamento informativo e um comportamento comunicativo.

Os cientistas sociais que se têm interessado pela comunicação interpessoal, normalmente adoptam uma das seguintes abordagens (Hartley, 1993):

- . desenvolver um modelo de comunicação interpessoal - tentando identificar os componentes do processo;

- . identificar os comportamentos que estão associados à comunicação interpessoal efectiva - definindo as habilidades/perícias da comunicação interpessoal.

Na prática estas duas abordagens estão inevitavelmente interligadas, pois não se consegue identificar habilidades sem uma boa compreensão do processo.

Comunicação efectiva significa que as duas partes retiraram o mesmo significado da interacção. Quando isto não acontece são inevitáveis os mal-entendidos e o conflito.

Na comunicação interpessoal existem vários componentes interligados (Hartley, 1993), como sejam:

- as características da situação social influenciam a nossa identidade social (como nos vemos a nós próprios);

- como vemos a nós próprios influencia o como vemos os outros - percepção social;

- este processo mental ou cognitivo influencia como nós agimos/actuamos - como nós codificamos e descodificamos a nossa comunicação.

A figura 3 pretende sintetizar algumas habilidades da comunicação interpessoal.

Figura 3 - Habilidades/perícias da comunicação interpessoal (Adaptado de Hartley, 1993).

Comunicação Não-Verbal	Também por vezes designada de comunicação corporal, inclui um conjunto de sinais não verbais, como: expressão facial, olhar, gestos, postura, contacto corporal, forma de vestir e a aparência, vocalizações não-verbais, cheiro, etc.
Reforço	Comportamentos que encorajam a outra pessoa a continuar ou repetir o que está a fazer ou a dizer.
Questionar	Fazer a pergunta certa no tempo certo. As perguntas podem ser abertas (encorajam a pessoa a falar e a abrir-se) ou fechadas (encorajam respostas rápidas e curtas).
Reflectir	Fazer com que a outra pessoa fale em pormenor acerca dos seus sentimentos e atitudes. Funciona como uma ajuda para elaborar ou aumentar o que a pessoa tem estado a dizer. Existem diferentes formas de reflexão que podem provocar diferentes reacções: <ul style="list-style-type: none"> . <i>Palavras-chave</i> - o ouvinte identifica uma palavra ou frase chave, que irá encorajar o falante a dizer mais. . <i>Parafrasear</i> - o ouvinte sumariza aquilo que ouviu por suas próprias palavras. . <i>Reflexão de sentimentos</i> - o ouvinte identifica os sentimentos que o falante dá a entender na forma como fala.
Iniciar e Terminar	Refere-se à forma como se estabelece o início e o fim de uma determinada interacção. A forma como se inicia uma situação formal é muito importante, pode estabelecer uma atmosfera positiva ou negativa. De entre várias formas de iniciar uma interacção destacamos: <ul style="list-style-type: none"> . <i>abertura social</i> - o entrevistador/ouvinte tenta garantir que dá ao outro uma recepção (<i>bem-vindo</i>) positiva e que passa algum tempo em conversação social ("quebrando o gelo") antes de iniciar o assunto específico. . <i>abertura factual</i> - o entrevistador/ouvinte começa com uma clara descrição dos factos importantes, talvez explicando como vê o seu papel, ou como vê os objectivos da entrevista/interacção ou sumarizando o que aconteceu anteriormente. . <i>abertura motivacional</i> - o entrevistador/ouvinte começa com uma tentativa de motivar o entrevistado/falante talvez introduzindo algumas formas de ajuda para estimular o interesse. Há também uma variedade de formas de terminar ou concluir uma interacção, das quais salientamos o garantir que o entrevistado/falante teve oportunidade(s) de clarificar e esclarecer qualquer dúvida e que conhece o processo de entrevista /interacção assim como o seu resultado.
Explicar	Garantir ao entrevistado/falante todas as explicações e esclarecimentos necessários relativos ao conteúdo e processo da interacção.

Ouvir	<p>Por ouvir entende-se escuta activa, conscientes de que há:</p> <p>1 - problemas típicos ou <i>barreiras à escuta efectiva</i> - distrações externas, falta de interesse, "batalhas verbais", "caça aos factos", etc.</p> <p>2 - <i>diferentes padrões de comportamento de escuta</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> > <u>ouvintes simuladores</u> - parece que estão atentos e fazem sinais não-verbais apropriados mas o seu pensamento está noutra lado; > <u>ouvintes limitados</u> - Dão, somente, atenção limitada aquilo que se diz - focam-se em tópicos específicos ou comentários e podem distorcer ou interpretar incorrectamente tudo ou outras coisas que estão a ser ditas; > <u>ouvintes auto-centrados</u> - estão apenas preocupados ou focados com as suas próprias opiniões ou perspectivas e podem simplesmente estar a querer a concordância do outro. <p>Falar com alguém que utiliza um ou mais destes estilos pode ser muito frustrante.</p> <p>3 - <i>comportamentos que parecem ajudar a outra pessoa a expressar-se e os quais ajudam-nos a ouvi-la.</i></p> <p>Um bom ouvinte é aquele que utiliza escuta activa. A escuta pode ser subdividida num conjunto específico de habilidades, como: prestar atenção, seguir/compreender e reflectir.</p> <p>Os comportamentos que parecem estar associados com escuta efectiva envolvem comunicação corporal e pensamento interior, que inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> > ser receptivo com a outra pessoa - mostrando que se está preparado para ouvir e se aceita o que está a ser dito. Os sinais não verbais são muito importantes e é necessário evitar quaisquer sinais de tensão ou impaciência > manter a atenção - usando contacto visual, aceno de cabeça e expressão facial apropriada > remover distrações > atrasar ou evitar a avaliação do que foi ouvido até ter compreendido completamente.
<p>"Self-disclosure"</p> <p>Auto-revelação</p>	<p>Refere-se ao processo de partilha de informação sobre nós próprios (quem somos, como sentimos), com outra pessoa.</p>

Na escuta activa o ouvinte tem que absorver e processar internamente a informação que recebeu, tem de encorajar a outra pessoa a falar e tem também de mostrar claramente que está a prestar atenção (Hartley,1993).

A auto-revelação ("self-disclosure") é uma das perícias de comunicação interpessoal e uma forma de a explicar é através do diagrama conhecido por Johari Window (de Joe Luft e Harry Ingham, 1970 apud Hartley,1993), como pode ser observado na figura 4.

Figura 4 - “Johari Window” (de Joe Luft e Harry Ingham, 1970 apud Hartley, 1993).

ABERTO	CEGO
ESCONDIDO	DESCONHECIDO

Várias janelas podem ser descortinadas neste esquema:

Aberto - Contém informação acerca de mim, que eu sei e que os outros sabem/conhecem sobre mim.

Escondido - É informação que eu sei sobre mim e que não estou preparado para revelar aos outros.

Cego - É informação que os outros sabem/conhecem sobre mim e da qual eu não estou desperto/consciente. Esta área pode conter informação muito importante.

Desconhecido - Esta informação, no presente, não é conhecida nem por mim nem pelos outros, mas pode vir à superfície em alguma situação futura.

Quando se faz auto-revelação, aumentamos o segmento aberto e diminuimos os outros segmentos. Se recebemos *feedback* dos outros então podemos também aumentar o segmento aberto e diminuir o segmento cego.

Uma das mais importantes implicações práticas da auto-revelação são os seus efeitos nas nossas relações, pois quando iniciamos ou procuramos manter uma relação com alguém é necessário auto-revelação.

Esta temática, de quanta informação revelamos aos outros é também um problema muito real para certos grupos profissionais, nomeadamente alguns profissionais de saúde.

Uma pessoa com habilidades/perícias/competências sociais é aquela que escolhe os comportamentos apropriados para adequar à situação em que está e que realiza estes comportamentos numa combinação e sequência adequadas.

Decidir que comportamentos são mais efectivos envolve uma compreensão detalhada dos participantes e do seu contexto social e é por esta razão que é necessário simultaneamente uma compreensão teórica e uma análise prática da comunicação interpessoal.

As competências sociais e comunicativas são aspectos que se revestem de grande importância para profissões como as da área da saúde, nomeadamente a medicina. Os seus julgamentos e decisões podem ter efeitos dramáticos na vida das outras pessoas. A maior parte da informação que têm deriva da comunicação interpessoal e assim sendo, a qualidade das suas decisões depende das suas competências comunicativas. No entanto estes profissionais recebem muito pouco treino nesta área.

A abordagem de competências sociais deve depender de teorias e modelos de comunicação caso contrário pode correr o risco de tornar-se e descer ao nível de regras mecânicas de etiqueta.

A abordagem de competências sociais sugere que em situações sociais as pessoas perseguem objectivos. No entanto, estes objectivos podem não ser totalmente partilhados pelos participantes numa interacção.

II . COMUNICAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE

A – Modelos de Saúde e Doença

Os modelos que têm surgido como alternativa ao modelo biomédico defendem que a medicina não pode continuar a apoiar-se apenas na vertente biológica sendo esta uma perspectiva redutora das diversas dimensões da pessoa - psicológica, social e cultural. Os diferentes modelos alternativos propõem mudanças de nível conceitual, metodológico e relacional na abordagem da saúde e da doença e dos seus *actores*.

Uma diferença importante entre a medicina tradicional e a medicina holística refere-se, concretamente, ao papel que é atribuído ao paciente e ao médico/terapeuta na relação/interacção comunicativa entre os dois interlocutores. A relação é desigual e mesmo assimétrica. Na medicina tradicional, o paciente tem um papel passivo e o médico/terapeuta veicula uma posição paternalista, representando a autoridade epistemológica. Assume-se que os seus raciocínios “são sempre melhores do que os do paciente” e, sendo assim as significações deste deverão ser substituídas.

A participação da pessoa na acção terapêutica e/ou preventiva implica que a relação entre os dois interlocutores seja igualitária e de participação mútua (Reis,1998). Ainda segundo o mesmo autor, quer o paciente quer o terapeuta, e não apenas este como acontece tradicionalmente, devem identificar as representações, significações ou interpretações que cada um faz dos sintomas, ou da etiologia, da evolução e / ou da

prevenção da doença. Neste sentido, existe uma abertura conceptual que leva em consideração as capacidades de construção de significações da pessoa nomeadamente no que se refere aos recursos de confronto pessoais para lidar com problemas de saúde (Reis,1998).

O médico/terapeuta poderá ter um melhor conhecimento de aspectos médicos ou científicos, mas o paciente também tem o seu conhecimento e as suas teorias. Reis (1998) refere que, as significações do paciente sobre a sua doença, as suas causas e sobre os procedimentos curativos constituem a sua “realidade”, a qual, habitualmente, resiste a formas autoritárias de mudança ou de confronto.

Na figura 5 que a seguir apresentamos podemos comparar concepções e características dos diferentes modelos de saúde e doença: biomédico, psicossomático, biopsicossocial e holístico.

Modelos de Saúde e Doença

Modelos de Saúde e de Doença	Asserções Fundamentais	Definição de Saúde / Doença	Autonomia Conceitual-Afectiva do Paciente	Relação Médico-Paciente
Biomédico	A doença pode ser explicada na base de desvios da norma de variáveis biológicas (somáticas) mensuráveis. Os índices biológicos constituem o único critério para a definição de doença.	Dicotómica: doença como problema biológico e saúde como ausência de doença.	Não considerada: promoção de um papel passivo e obediente.	Baseada na autoridade epistemológica do médico / terapeuta.
Psicossomático	A perturbação física envolve factores emocionais e psicológicos: a perturbação emocional (conflitos psicológicos) pode levar a doença somática.	Ausência (saúde) ou presença (doença) de distúrbios físicos e mentais/emocionais.	Negligência: promoção de um papel passivo e obediente.	Baseada na autoridade epistemológica do médico / terapeuta.
Biopsicossocial	Interações entre factores biológicos, psicológicos e sociais estão subjacentes ao diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças. O paciente, o seu contexto social e o sistema de cuidados de saúde são tidos em conta nas acções curativas e preventivas. Saúde e doença dependem do contexto psicossocial.	Ausência (saúde) ou presença (doença) de distúrbios físicos e mentais/emocionais e sociais. A interação entre estas dimensões explica o estado de saúde: a saúde e a doença não podem ser definidas com base estrita em uma ou duas dimensões.	Negligência: promoção de um papel passivo e obediente.	Baseada na autoridade epistemológica do médico / terapeuta.
Holístico	Pessoa concebida como um todo imbuída no seu ambiente total. Saúde e doença conceptualizadas e definidas no contexto dessas totalidades. A doença pode ser uma oportunidade para o crescimento pessoal. A experiência de doença pode ser utilizada criativamente para reavaliação dos objectivos e valores pessoais.	Significações pessoais são um componente fundamental das concepções de saúde e doença, as quais se definem ao longo de uma dimensão contínua. Saúde e doença expressam-se na totalidade da pessoa e do seu ambiente e não apenas numa das suas partes; doença como processo de <i>feedback</i> de alteração dessa totalidade; saúde é um processo teleonómico no contexto da existência individual.	Promoção da autonomia (de pensamento, emoção e acção) do paciente. O paciente pode ter papel activo.	"Parceria epistemológica". Terapeuta promove a autonomia da pessoa no acompanhamento do seu estado de saúde. Promove na pessoa, a reflexão e o exercício metacognitivo, no sentido de uma maior abertura e flexibilidade conceptuais. Acompanha a pessoa no processo de tomada de decisão relativa ao processo clínico ou preventivo.

Figura 5 - Concepções e Características de diferentes modelos de Saúde e Doença (Cruz Reis, 1998).

B – Modelos de Relação Médico-Utente

É amplamente aceite que a qualidade da relação M-U é muito importante no que diz respeito aos resultados do tratamento médico.

Segundo Meeuwesen et al. (1991), no caso de queixas de difícil diagnóstico médico (cerca de 20%), apresentadas mais frequentemente por mulheres do que por homens, as qualidades relacionais constituem com frequência o único tratamento que o médico tem à sua disposição.

Podemos considerar três visões teóricas da relação M-U (figura 6).

Segundo Meeuwesen et al. (1991) duas delas competem - o modelo consensual de Parsons (1951) e o modelo de discrepância de Freidson (1961, 1970). Não obstante as suas diferenças, ambas as teorias postulam uma relação assimétrica entre médico e utente onde o médico é quem lidera, estrutura a conversação médica e dá conselhos, enquanto o paciente dá a informação biográfica em função das queixas. No modelo de discrepância de Freidson, assume-se que a doença é menos objectiva do que se pensava e que as reacções do ambiente, incluindo do médico, são muito importantes no processo de saúde e doença.

Outros modelos de relação médico-utente têm sido estudados. Veatch (1972), do Instituto Kennedy de Ética propôs uma classificação baseada em quatro modelos: Modelo Sacerdotal, Modelo Engenheiro, Modelo Colegial e Modelo Contratualista.

Figura 6 - Modelos teóricos da Relação Médico-Doente (Utente). Adaptado de Meeuwesen, Schaap e Van Der Staak, 1991.

	Relação / Interação	Papel do Médico	Papel do Doente
Modelo de Consenso de Parsons	Relação harmoniosa em que o médico é líder e o doente seguidor.	Caracterizado estatuto alto e controlo <i>vis-a-vis</i> do paciente. Há um padrão normativo de confiança: o médico será atencioso às necessidades do doente e actuará no interesse do paciente.	O doente tem que cooperar e fazer tudo o que o médico aconselha para ficar saudável o mais rapidamente possível.
Modelo de Discrepância de Freidson	A conversação M-D é dinâmica e interaccional. Há uma discrepância inerente entre as expectativas do D e aquilo que o M pode realmente oferecer. O processo de negociação é um resultado, pelo menos parcial, do processo interaccional entre M e D.	O M também usa o controlo para manter a sua autoridade institucionalizada. Apenas uma parte do do controlo M é usada para promover os interesses do doente. As reacções do médico são importantes no processo de saúde e doença	O doente é visto como uma parte activa na interacção.
Abordagem Centrada no Doente	A relação é uma parte essencial desta abordagem que considera o D como uma pessoa com necessidades únicas e com uma história de vida. A relação centra-se no doente como pessoa e não exclusivamente na doença (abordagem centrada na doença).	O médico interessa-se activamente pelo ponto de vista do D.	O D dá o seu ponto de vista.

O Modelo Sacerdotal é o mais tradicional, pois baseia-se na tradição hipocrática. Neste modelo o médico assume uma postura paternalista com relação ao

paciente. Em nome da beneficência a decisão tomada pelo médico não leva em conta os desejos, crenças ou opiniões do paciente. O médico exerce não só a sua autoridade, mas também o poder na relação com o paciente. O processo de tomada de decisão é de baixo envolvimento, baseando-se em uma relação de dominação por parte do médico e de submissão por parte do paciente. Em função deste modelo e de uma compreensão distorcida da origem da palavra "paciente" este termo passou a ser utilizado com conotação de passividade. A palavra paciente tem origem grega, significando "aquele que sofre", *padece*.

O Modelo Engenheiro, ao contrário do Sacerdotal, coloca todo o poder de decisão no paciente. O médico assume o papel de transmissor de informações e executor das ações propostas pelo paciente. O médico preserva apenas a sua autoridade, abrindo mão do poder, que é exercido pelo paciente. É um modelo de tomada de decisão de baixo envolvimento, que se caracteriza mais pela atitude de acomodação do médico que pela domínio ou imposição do paciente. O paciente é visto como um cliente que pede uma prestação de serviços médicos.

O Modelo Colegial não diferencia os papéis do médico e do paciente no contexto da sua relação. O processo de tomada de decisão é de alto envolvimento. Não existe a caracterização da autoridade do médico como profissional, e o poder é compartilhado de forma igualitária. A maior restrição a este modelo é a perda da finalidade da relação médico-paciente, equiparando-a a uma simples relação entre indivíduos iguais.

O Modelo Contratualista estabelece que o médico preserva a sua autoridade, enquanto detentor de conhecimentos e habilidades específicas, assumindo a

responsabilidade pela tomada de decisões técnicas. O paciente também participa activamente no processo de tomada de decisões, exercendo o seu poder de acordo com o estilo de vida e valores morais e pessoais. O processo ocorre num clima de efectiva troca de informações e a tomada de decisão pode ser de médio ou alto envolvimento, tendo por base o compromisso estabelecido entre as partes envolvidas.

Em 1992, Ezequiel Emanuel e Linda Emanuel propuseram uma alteração na denominação para dois modelos, chamando o modelo sacerdotal de paternalístico (neste modelo o médico é visto como guardião/tutor) e o modelo do engenheiro de informativo (em que o médico é visto como *expert*, tecnicamente competente). Não se referem ao modelo colegial e subdividem o modelo contratualista em dois outros, interpretativo (médio envolvimento, em que o papel do médico é visto como de advogado, conselheiro ou consultor) e deliberativo (alto envolvimento, em que o papel do médico é visto como amigo ou professor/educador), de acordo com o grau de autonomia do paciente. Estes autores chegam a comentar a possibilidade de um quinto modelo que seria o modelo instrumental, onde o paciente seria utilizado pelo médico apenas como um meio para atingir uma outra finalidade. Dão como exemplo a utilização abusiva de pacientes em projetos de pesquisa.

A relação M-U centrada-no-doente (*patien-oriented*) parece ser a abordagem mais adequada, especialmente nos casos de doentes com queixas psicossociais. Contudo, há fortes indicações de que a abordagem centrada-na-doença é ainda predominante (Thomassen, 1986 apud Meeuwesen et al. 1991).

Argyle (1985, apud Hartley, 1993), sugere que as enfermeiras e os doentes quando interagem focalizam-se em determinados objectivos como sendo os mais importantes (figura 7).

Figura 7 - Objectivos na interacção da enfermeira e do doente, segundo Argyle (1985, apud Hartley, 1993).

Enfermeira	Doente
<ul style="list-style-type: none"> • aceitação mútua • cuidar do outro • olhar para o eu (<i>looking after self</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • aceitação mútua • obter informação • o seu bem-estar

Neste caso há uma fonte potencial de conflito, em que o doente quer informação e a enfermeira não vê importância neste objectivo. Talvez a noção da enfermeira de “prestar cuidados” possa excluir qualquer possibilidade de troca de informação. A frustração e insatisfação existirá para os dois - o doente pode irritar-se porque o seu objectivo continua insatisfeito, a enfermeira fica frustrada porque esta pressão distrai-a do seu objectivo major na prestação de cuidados.

Como refere Hartley (1993), o importante sobre os objectivos não são somente as suas implicações em interacções específicas - estes objectivos representam a definição de papéis particulares que foram desenvolvidos por uma sociedade particular numa altura/tempo particular.

Mudanças na sociedade e o aumento de informação têm vindo a enfraquecer o poder da autoridade médica.

C – Bioética

Na medicina tradicional a relação médico-doente é assimétrica, fundamentada sobre princípios que agora se reconhecem como paternalistas, cujo denominador era o predomínio do princípio da beneficência.

O exercício do princípio da autonomia subverte a relação assimétrica da relação M-U sobre a qual assentava a prática paternalista do princípio da beneficência.

O exercício do princípio da autonomia implica assumir que a maioria dos utentes são competentes para aceitar, compreender e recusar uma prova diagnóstica ou um tratamento.

A perspectiva mais realista da relação Médico-Utente é a de que os utentes são portadores de informação muito valiosa para as necessidades do médico e os médicos, por sua vez, possuem uma informação imprescindível para o utente. É nesta relação de fluxo duplo que assenta a noção de consentimento informado.

Na relação profissional de saúde-utente (PS-U) cada parte tem a sua especificidade moral. A ética do profissional de saúde rege-se pelo princípio da não-malificência e a do utente pelo princípio da autonomia. Mas além da ética do utente e do profissional de saúde, na relação PS-U intervêm outros factores, cada um com uma dimensão moral específica (Gracia, 1992). Em primeiro lugar está a família que traz para a relação um princípio distinto dos de autonomia e de não-malificência, é o chamado princípio de beneficência. Em segundo lugar está a sociedade depositária e garante do princípio de justiça. Se a ética do profissional de saúde se expressa sobre a

forma de indicação e a do doente sobre a forma de eleição/escolha, a ética da sociedade é a da distribuição de recursos e a instituição familiar como meio em que se realizam os ideais da vida das pessoas, é o lugar da ética da perfeição e das decisões de substituição (Gracia, 1992). Estes quatro momentos são necessários e complementam-se.

Tom Beauchamp e James Childress apresentaram em 1979, no livro “Principles of Biomedical Ethics”, o modelo “princípioalista” que é um dos modelos de análise bioética mais divulgado. Segundo Neves (1996), os autores propõem a existência de quatro princípios morais para a aplicação no domínio da investigação científica, da medicina e dos cuidados de saúde, nos quais se fundamentam algumas regras que visam contribuir para a promoção das relações entre os profissionais de saúde e os utentes. Os quatro princípios - da beneficência, da não maleficência, da justiça e da autonomia não obedecem a qualquer disposição hierárquica e são válidos *prima facie* , o mesmo ocorrendo com as regras (cit. Neves, 1996) que neles se fundamentam .

Na figura 8 apresenta-se a definição dos vários princípios assim como as regras inerentes aos mesmos e a forma de os operacionalizar.

Figura 8 - Modelo Principlista (Adaptado de Neves, 1996).

<u>Princípio</u>	<u>Definição</u>	<u>Regra</u>	<u>Aplicação</u>
<i>Autonomia</i>	afirma a capacidade que a pessoa tem de se auto-determinar.	- Veracidade	. Consentimento informado
<i>Beneficência</i>	enuncia a obrigatoriedade do profissional de saúde ou investigador de promover, primeiramente e sempre, o bem do paciente.	- Confidencialidade	Ponderação acerca dos: . Custos . Riscos . Benefícios
<i>Não Maleficência</i>	determina o não infligir de qualquer mal	- Fidelidade	. Princípio do duplo efeito
<i>Justiça</i>	impõe que todas as pessoas sejam tratadas de igual modo, não obstante as suas diferenças	- Privacidade	. Diferentes modelos de justiça distributiva em função das várias teorias de justiça: igualitária, libertária e utilitária.

D . Processamento de Informação na Comunicação Médico-Utente

Vários têm sido os modelos que tentam reflectir e explicar o processo de comunicação entre médico e utente.

Frederikson (1993), como resultado de muitos modelos actuais de compreensão da comunicação médico-doente, construiu um modelo baseado nas relações entre *inputs* (que tanto o doente como o médico trazem para a consulta), no processo (relacionado com a natureza do encontro) e no resultado (efeitos no doente a curto e longo prazo), que podemos observar na figura 9.

1 - Factores de Input na Comunicação

Os factores de input que influenciam a consulta incluem aspectos relacionados com o médico e com o doente assim como o contexto e o cenário (*setting*) no qual a consulta ocorre.

1 . 1 - Factores de Input do Doente

A pessoa/doente quando chega a uma instituição de saúde traz consigo diferentes níveis de conhecimento biomédico, baseados na sua experiência. Estudos realizados mostram que os pacientes apresentam diferentes expectativas em relação a consultas específicas e que a sua representação da doença influencia a sua decisão de procurar ajuda e a sua expectativa em relação à doença.

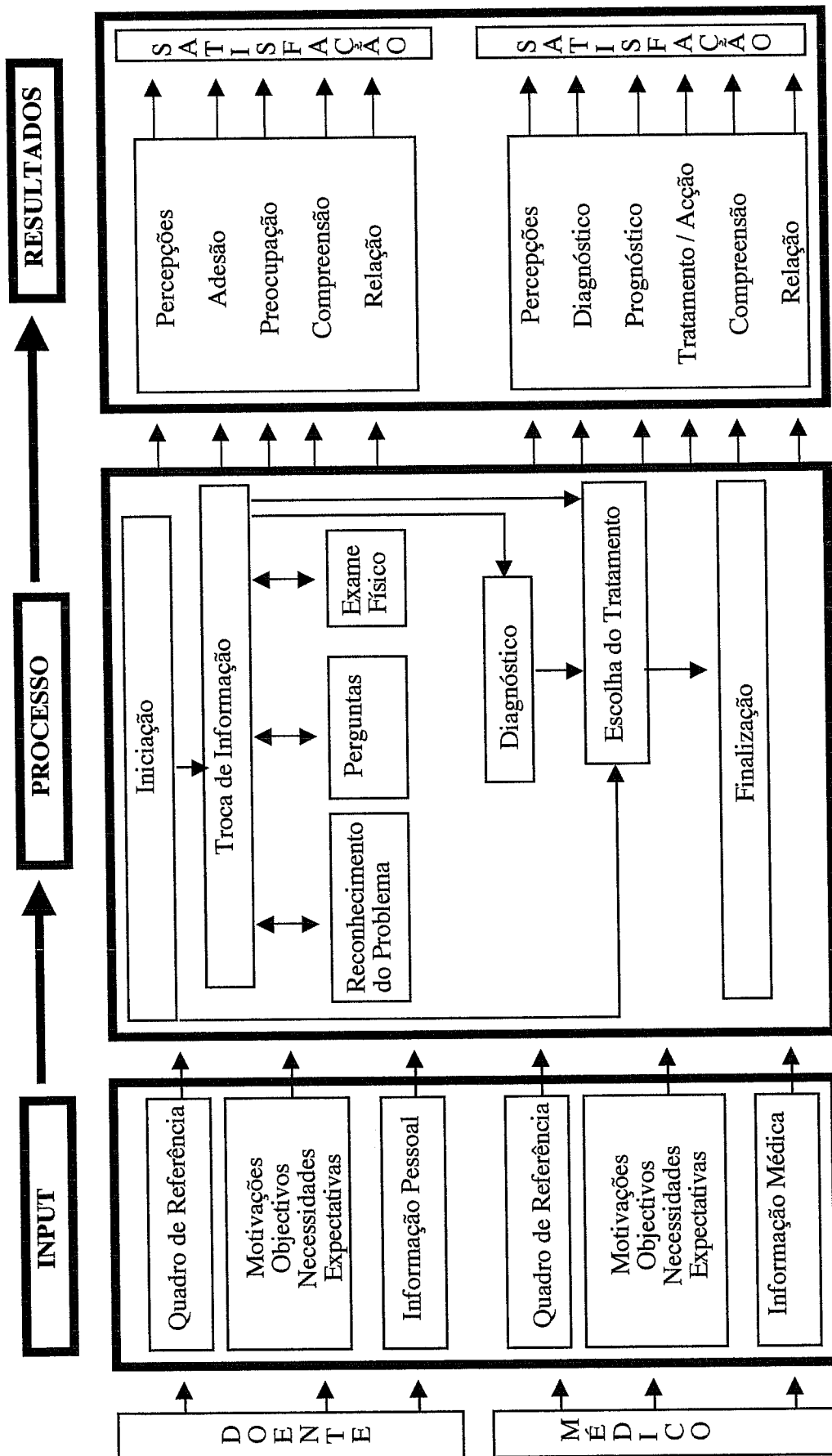
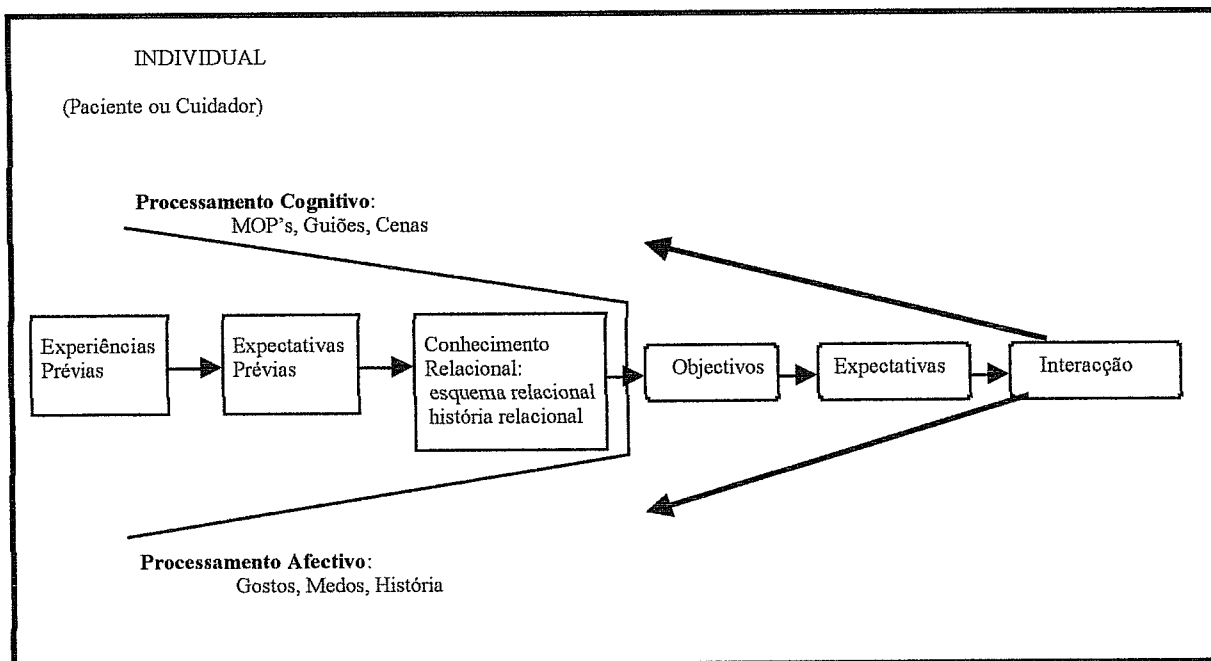


Figura 9 - Modelo de Processamento da Informação na Consulta Médica. Traduzido e adaptado de Frederikson, 1993.

Um dos estudos apresenta um modelo de expectativas relacionais (O'Hair, Allman e Moore, 1996) que apresentamos esquematicamente na figura 10. Outros estudos mostram que os doentes adaptam-se às ameaças sobre a saúde de diferentes formas e mostram diferenças consistentes na forma como querem estar envolvidos no processo dos cuidados de saúde, assim como diferem na quantidade de informação que querem receber sobre o seu problema de saúde.

Figura 10 - Modelo de Expectativas Relacionais.

Traduzido e adaptado de O'Hair, Allman et Moore, 1996.



1.2 - Factores de *Input* do Profissional dos Cuidados de Saúde

Os diferentes profissionais de saúde têm diferentes atitudes e crenças relativamente ao seu papel e ao papel do doente, assim como à função e à condução do processo de consulta. A orientação teórica que seguem, as suas características pessoais e as crenças sobre a forma de participação do doente no processo de tomada-de-

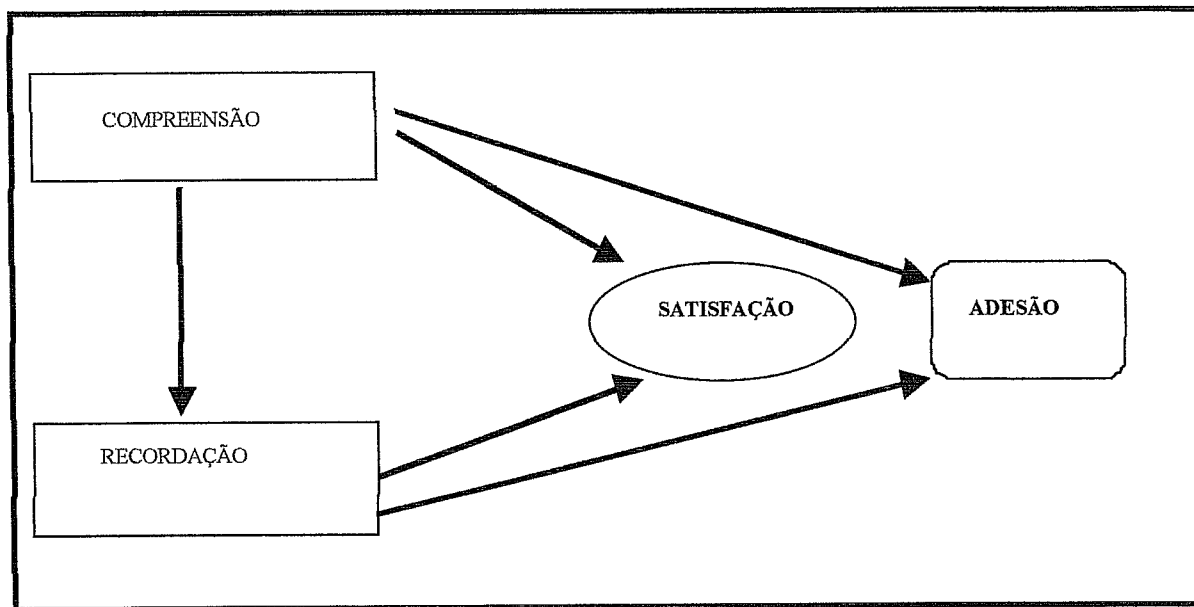
decisão relativo ao seu problema clínico, bem como a abordagem do doente de forma mais técnica ou mais psicossocial, são alguns dos aspectos a ter em consideração.

2 - O Processo de Consulta

O processo de consulta pode ser mais centrado-no-doente - dando-lhe espaço para colocar as suas preocupações, necessidades e prioridades, o que envolve o uso de mais questões de resposta aberta, ou pode ser mais centrado-no-profissional de saúde, processo usado com maior frequência, e no qual se utilizam questões fechadas e em que a direcção da consulta é determinada pelo profissional de saúde, orientada tipicamente para os problemas médicos. No entanto, Starfield et al. (1981, apud Weinman,1998) referem que apesar de ter havido uma tendência para considerar preferível a abordagem mais centrada-no-doente/focada-na-emoção, o que parece ser importante, tanto para o doente como para o PS, é a concordância sobre a natureza do problema e o melhor curso de acção.

Os estudos de Ley et al. (1988, apud Weinman,1998) concentraram-se no conteúdo informativo da consulta e na qualidade de informação fornecida pelo médico e mostraram que a compreensão e lembrança da consulta, por parte do doente, pode ter uma influência directa na adesão aos tratamentos e pode influenciar a adesão, via os seus efeitos na satisfação. O Modelo Cognitivo de Ley (1988), representado na Figura 11, mostra as relações entre a compreensão do doente, *o recordar (recall)* e a satisfação com a consulta e subsequente adesão ao tratamento.

Figura 11 - Modelo Cognitivo de Ley (1988).



3 - Resultados da Comunicação nos Cuidados de Saúde

A eficácia de qualquer comunicação precisa ser avaliada em relação aos seus efeitos nos resultados. Os resultados podem-se considerar de três níveis.

3.1. Resultados Cognitivos

Podem ser conhecidos através da avaliação das mudanças no conhecimento, compreensão e lembrança do doente da informação relevante fornecida na consulta.

3.2. Resultados Afetivos: Satisfação do Paciente.

A satisfação do doente é um conceito multidimensional (Fitzpatrick, 1997, apud Weinman, 1998), dado que os pacientes têm diferentes pontos de vista de diferentes aspectos do seus cuidados de saúde, tais como o comportamento do PS em relação a eles, a informação fornecida, as habilidades técnicas do PS, a acessibilidade e a qualidade dos serviços de cuidados de saúde.

A satisfação é um indicador da qualidade dos cuidados, em conjunto com outros, como sejam a acessibilidade, a relevância para a necessidade, a eficácia, a equidade e a eficiência.

Níveis de satisfação mais altos estão relacionados com outros importantes resultados da consulta particularmente a adesão ou *compliance* com os tratamentos ou orientações/aconselhamento.

3.3. Resultados Comportamentais: Adesão

A forma e extensão com que o doente adere ao aconselhamento/orientação ou ao tratamento proposto pelo PS, é o resultado comportamental mais estudado da consulta nos cuidados de saúde.

Os prestadores dos cuidados de saúde se esperam facilitar a adesão, têm de considerar a perspectiva e expectativas do doente, tais como (Turk e Meichenbaum, 1991):

- expectativas sobre o encontro clínico,
- crenças e má concepção sobre a causa, severidade ou sintomas da doença e susceptibilidade para complicações ou exacerbações,
- percepções dos objectivos do tratamento,
- percepções do custo e riscos *versus* os benefícios do tratamento,
- existência de conhecimentos, habilidades e práticas relacionados com a saúde,
- grau de adaptação à doença,

- sentimentos de desespero ou falta de auto-eficácia,
- limitações de aprendizagem e
- envolvimento da família.

A comunicação é um processo com duas vias que assenta em informação verbal e não-verbal. O comportamento não-verbal do paciente pode fornecer informação importante acerca do seu humor e preocupações subjacentes e a resposta não-verbal do médico pode fornecer ao doente mensagens claras acerca do nível de interesse e empatia do médico, o que por sua vez pode influenciar o que é revelado durante a consulta (Weinman, 1998).

Segundo Meeuwesen et al.(1991), os estudos da comunicação M-U têm lidado quase exclusivamente com doentes apresentando queixas somáticas, havendo muito poucos estudos da conversação entre médicos e doentes com queixas psicossociais, como é o caso do estudo de Bain (1976 e 1979).

Em diversos estudos com referências aos problemas psicossociais na prática médica, Bain (1976 e 1979), Nordmeyer et al. (1982) e Byrne (1976) (apud Meeuwesen et al.1991), indicam que doentes com queixas psicossociais tentam exercer maior controlo ao longo da conversação e que as entrevistas levam mais tempo comparativamente com as entrevistas com doentes com queixas somáticas.

Relativamente ao sexo dos doentes, as mulheres apresentam mais queixas e têm mais tendência para falar de uma forma aberta e pessoal acerca das suas queixas do que os homens. Estes apresentam as suas queixas de uma forma mais concisa e reservada (Meeuwesen et al.1991).

Quanto à preocupação do médico, as mulheres médicas investigam mais e são mais sensíveis aos aspectos relacionais da conversação e aos aspectos psicossociais das queixas (Meeuwesen et al.1991).

III. COMUNICAÇÃO E DIREITOS E DEVERES DOS CONSUMIDORES DOS CUIDADOS DE SAÚDE

O acesso aos cuidados de saúde é um direito constitucionalmente consignado na

Em Portugal, em Abril de 1968, um Decreto-Lei, relativo ao Estatuto dos Hospitais, garantia pela primeira vez, alguns direitos aos doentes, nomeadamente o direito ao doente receber o tratamento científico mais completo e apropriado, em função dos conhecimentos e recursos disponíveis.

Na Lei do Serviço Nacional de Saúde nº56/79 de 15 de Setembro de 1979, foram mais precisamente definidos os direitos dos consumidores dos serviços de saúde. A lei estabelecia o direito de cada cidadão poder escolher o seu prestador de cuidados.

O direito à informação foi incluído no Decreto-Lei relativo ao Estatuto dos Hospitais e no Código de Ética Médico (1985). Na Constituição da República Portuguesa, todos os cidadãos têm o direito constitucional à informação e à protecção legal.

No início dos anos 90, o Conselho de Ministros criou e nomeou a Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida e a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde.

Em 1998, a Direcção Geral da Saúde edita a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, trabalho iniciado por volta de 1993 e que tem como instrumentos de base a

Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto) e no Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968).

Na referida Lei de Bases da Saúde podemos encontrar na Base XIV os direitos e deveres dos utentes que a seguir se transcreve:

"Direitos:

1. O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana.
2. O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas.
3. O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais.
4. O doente tem direito à prestação de cuidados continuados.
5. O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados.
6. O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde. O doente pode desejar não ser informado do seu estado de saúde,
7. O doente tem o direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde.
8. O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico.
9. O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam.
10. O doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico.
11. O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico.
12. O doente tem direito por si, ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.

1 O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde. Isto significa que deve procurar garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive.

Deveres:

- 1- *O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde. Isto significa que deve procurar garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive.*
- 2 *O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento.*
- 3- *O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes.*
- 4- *O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e, por si, livremente aceites.*
- 5- *O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde.*
- 6- *O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários."*

Os direitos do doente e os cuidados centrados-no-doente (*patient-centered*) são, actualmente, conceitos correntes e enfatizados na maioria dos países da Europa e nos EUA. A situação em cada um dos países, relativamente a estas questões, depende de factores culturais, administrativos, financeiros e legais e da forma como os cuidados de saúde estão organizados.

Em 18 de Junho de 1996, na Eslovénia, o *Regional Office for Europe* da Organização Mundial de Saúde, aprovou formalmente a “Carta dos Direitos das Pessoas Doentes” (WHO, 1996; Serrão 1996).

Segundo WHO (1996), os direitos dos doentes são a combinação da legislação e de princípios, incluindo orientações éticas, para diferentes grupos profissionais. A parte judicial do termo inclui os direitos civis para os doentes, tanto material como de conduta e os deveres do pessoal dos cuidados de saúde.

Quanto ao movimento dos direitos do doente, na Europa, e as suas implicações nas reformas dos cuidados de saúde o *Regional Office for Europe* da WHO (1996), considera que são evidentes três afirmações:

- 1) os serviços de saúde estão no seu caminho, em direcção a uma comunicação mais democrática em termos iguais com os doentes;
- 2) maior ênfase será colocado na qualidade dos cuidados com o reconhecimento do direito dos doentes à informação e à escolha do prestador (médico e hospital);
- 3) as organizações de doentes terão oportunidade de influenciar a definição de prioridades assim como os princípios, protocolos e processos dos cuidados.

IV. COMUNICAÇÃO, QUALIDADE E SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE SAÚDE

A satisfação com os cuidados de saúde pode ser medida a partir de três grandes perspectivas (WHO, 1996):

1 - cidadão em geral (“o público”)

2 - utilizador activo dos serviços de saúde

3 - utilizador que está fortemente dependente do sistema dos cuidados de saúde (ex.: doentes crónicos, pessoa deficiente e o idoso doente).

Num estudo (WHO, 1996) feito nos países membros da União Europeia sobre a satisfação dos cidadãos e utilizadores dos serviços de saúde, o cidadão em geral, da população portuguesa é um dos que se mostrou menos satisfeito. No que diz respeito à eficiência e aos aspectos inter-pessoais o público mostrou estar relativamente satisfeito.

Com base neste mesmo estudo, para os utilizadores activos, os critérios por eles utilizados quando avaliam os cuidados de saúde, variam de acordo com o estabelecimento de prestação de cuidados de saúde. Contudo, foram enfatizados pelos utilizadores activos outros aspectos relacionados com a qualidade da relação médico-doente, incluindo o modo e as capacidades comunicativas dos médicos. O tempo

despendido na consulta e nos tratamentos, assim como a proximidade física dos serviços dos cuidados de saúde, foi também referenciada. Encontrou-se um padrão consistente de relação entre características socio-demográficas e os níveis de satisfação, baseado na idade. Geralmente, conforme a idade aumenta, também aumenta a satisfação (WHO,1996).

No terceiro grupo relativo ao utilizador dependente, para os doentes crónicos e para as pessoas com deficiência, a acessibilidade aos cuidados de saúde e sociais foi o determinante mais importante.

A evidência consistente de que para o doente, e com grande frequência, o processo e os resultados da consulta eram não satisfatórios tornou a consulta médica objecto de investigação. Nesta, a técnica que tem sido referida como a mais utilizada tem sido a gravação audio e video, permitindo aos investigadores “introduzir-se” na consulta, observando e analisando o seu processo e tentando relacionar variáveis ou características do processo com os resultados da consulta. Muitos destes estudos têm sido importantes na medida em que têm identificado áreas e temas de grande interesse para o conhecimento do processo e desenvolvimento do estudo e investigação, mas nem sempre têm sido bem sucedidos na tentativa de fazer ligações claras entre processo e resultados (Stiles, 1989 apud Weinman, 1998). Uma razão para isto é que os doentes variam nas suas expectativas relativamente ao tipo de consulta e mostram diferenças relativamente ao tipo e quantidade de informação requerida (Weinman, 1998).

A investigação revelou (Weinman, 1998) que níveis altos de não-satisfação do doente estavam frequentemente associados com informação insuficiente, baixo nível de

compreensão dos conselhos médicos e subsequente relutância ou inabilidade para seguir os tratamentos ou as orientações recomendadas (Korsch e Negrete, 1972). Estes primeiros estudos mostraram que muitos doentes queixavam-se de que não lhes era dada informação suficiente acerca da natureza do seu problema, do tratamento e dos resultados desejados. Estudos semelhantes indicam que estes problemas não estão relacionados com o tempo despendido pelo PS.

Outra problemática ligada ao uso da informação é a utilização do jargão médico que implica para o doente a não compreensão ou a distorção da mensagem. Uma outra queixa dos doentes é que o PS não parece estar interessado nos seus problemas presentes/reais ou nas suas preocupações sobre eles e isto está associado com baixos níveis de satisfação na consulta (Williams & Calnan, 1991 apud Weinman, 1998).

Os doentes frequentemente referem o sentimento de que eles não estiveram suficientemente envolvidos no processo de tomada de decisão o qual devia ter ocorrido na consulta.

Roter e Hall (1989, apud Weinman, 1998), num levantamento sobre investigação nesta área revelaram que a satisfação do doente era alta após as consultas em que o PS se envolvia em mais conversação social, comportamentos verbais e não-verbais positivos e construção de parceria.

A visão do paciente é uma dimensão e um componente essencial da avaliação da qualidade dos cuidados de saúde.

Diferentes perspectivas podem ser encontradas quando se levanta a questão de como deve ser avaliada a qualidade dos cuidados de saúde.

Fitzpatrick (1993) refere duas perspectivas, a defendida por Doll que considera três critérios distintos e a de Maxwell que distingue seis dimensões em que a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde deve ser feita, conforme figura 12 .

Figura 12 - Critérios (Doll) e dimensões (Maxwell) da avaliação dos cuidados de saúde. Adaptado de Fitzpatrick, 1993.

CRITÉRIOS (Doll, 1973)	DIMENSÕES (Maxwell, 1984)
<ul style="list-style-type: none"> • resultados médicos • eficiência económica • aceitabilidade social 	<ul style="list-style-type: none"> • acesso/acessibilidade • relevância da necessidade • eficácia (<i>effectiveness</i>) • equidade • eficiência • aceitabilidade social

Os componentes incluídos nestas duas perspectivas, são considerados e objecto de discussão actual, relativamente à qualidade dos cuidados de saúde. O termo aceitabilidade social é uma expressão alternativa para satisfação do paciente.

Satisfação do paciente é um termo, actualmente bastante difundido e utilizado a vários níveis, embora nem sempre com a mesma conotação ou abrangência, sendo por isso necessário uma definição mais precisa e uma análise teórica fundamentada.

Qualidade e satisfação são dois construtos relacionados mas separados. A satisfação do doente é muitas vezes mencionada como um *input* na qualidade de prestação de cuidados.

Pascoe (1983, cit. Fitzpatrick, 1993) considera satisfação como um recipiente de reacções a aspectos salientes dos cuidados de saúde e da sua experiência dos serviços. A satisfação envolve uma avaliação cognitiva e uma reacção emocional aos cuidados de saúde. Linder-Pelz (1982, cit. Fitzpatrick, 1993) refere que a satisfação do

paciente envolve a expressão de uma atitude e a avaliação em relação aos cuidados de saúde.

Muitos dos estudos sobre avaliação da satisfação dos pacientes, têm sido centrados em áreas dos serviços de saúde responsáveis pela intervenção administrativa, como por exemplo as comodidades físicas e aspectos hoteleiros dos cuidados, sendo que áreas como a actividade clínica e a medição dos resultados de saúde são com frequência consideradas assuntos contenciosos para o envolvimento directivo ou da administração.

O interesse na avaliação da prestação dos cuidados de saúde do ponto de vista dos utentes/pacientes distribui-se por três áreas, conforme se pode observar na figura 13.

Figura 13 – Avaliação da prestação dos cuidados de saúde pelo utente.

	Objectivo	Método
Autoridades e Administrações de Saúde	Identificar problemas na provisão dos cuidados, que podem ser melhorados por intervenção de gestão administrativa.	- Relato descritivo dos níveis de satisfação com diferentes aspectos dos cuidados de saúde incluídos no levantamento Outros métodos: participação em grupos de doentes, reuniões públicas, métodos qualitativos de pesquisa, etc.
Clínica (investigação)		Qualitativos e quantitativos
Serviços de Saúde de Base Universitária	Usar a satisfação dos doentes para responder a questões de uma forma mais definitiva. Espera-se que os resultados sejam de importância científica geral.	- Instrumentos de medida - estabelecimento das suas propriedades. Demonstração de relações estatísticas entre a satisfação do doente e aspectos relevantes dos cuidados de saúde.

Um estudo realizado em Portugal, da iniciativa da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte (McIntyre e Silva, 1999), utilizando o Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente (QUASU), revelou que as dimensões do QUASU que constituem o melhor preditor da avaliação global dos cuidados, são: (1) acesso; (2) relações interpessoais; (3) comunicação/informação, (4) coordenação da equipa, (5) qualidade técnica e (6) despesas. Os preditores mais importantes da satisfação global do utente são as variáveis de acesso e a componente mais humana dos cuidados, isto é, relações interpessoais e comunicação/informação. Curiosamente a dimensão técnica dos cuidados não é o melhor preditor da satisfação global. Tem interesse realçar alguns resultados, nomeadamente:

- os utentes avaliam a qualidade dos cuidados recebidos como “razoáveis”,
- o acesso e as relações interpessoais tendo maior peso preditivo, são duas dimensões que suscitaram valores elevados de insatisfação,
- a satisfação global do utente aumenta com a idade.

O interesse major da avaliação da prestação dos cuidados de saúde por parte do utente é a sua avaliação e regulação constante, ajustada às necessidades dos consumidores, numa procura constante do máximo de qualidade associada à humanização dos cuidados de saúde.

MÉTODOS

Após um longo período de pesquisa bibliográfica e de diversos contactos e pesquisas nacionais e estrangeiras, não se encontrou um instrumento de medida que satisfizesse os nossos objectivos, assim decidiu-se pela construção de um instrumento original.

Os objectivos do presente trabalho são:

1. Conhecer quais os aspectos da comunicação/interacção com o médico, numa consulta, que o utente considera mais importantes.
2. Conhecer quais os aspectos da comunicação/interacção com o médico, com que o utente ficou mais satisfeito, na última consulta que teve.
3. Identificar quais as variáveis demográficas e de saúde, dos utentes, que influenciam a importância dada aos aspectos de comunicação na consulta médica.
4. Identificar quais as variáveis demográficas e de saúde, que influenciaram a satisfação dos utentes, com os aspectos de comunicação na última consulta médica a que recorreram.
5. Saber se existe alguma relação entre o grau de importância atribuído a diferentes aspectos da comunicação médico-utente e a satisfação do utente com a consulta.

O presente estudo é observacional-descritivo e analítico-retrospectivo, utilizou um método de sondagem focando-se na população utente em geral. Divide-se em três partes, que passaremos a descrever relativamente aos participantes, material e procedimento: (1) entrevistas, (2) estudo piloto, (3) aplicação do questionário.

Utiliza metodologia qualitativa e quantitativa de investigação. A metodologia qualitativa refere-se à análise de conteúdo dos documentos e das entrevistas. A entrevista teve como objectivo a recolha de informação junto das pessoas, perceber qual a reacção das mesmas perante esta temática para poder optar sobre a melhor forma de aplicação do questionário final, conhecer quais os aspectos ou comportamentos comunicativos mais referidos com vista à definição de conceitos/construtos para posterior análise e organização tendo em vista a elaboração do questionário final.

A metodologia quantitativa é exploratória, descritiva e analítica tendo sido utilizada correlação, *t*-student, ANOVA, análise factorial e Alfa de Cronbach.

O estudo piloto teve como objectivo a apreciação do impacto das questões, da forma como as pessoas interpretavam as afirmações, da forma do registo das respostas na escala, para poder tomar decisões sobre as afirmações que deveriam ser acrescentadas, reformuladas ou suprimidas, sobre a escala e sobre a forma de apresentação, preenchimento e devolução do questionário.

É importante quando se investiga o ponto de vista dos utilizadores, que as questões genéricas sobre a satisfação sejam complementadas por questões específicas sobre aspectos particulares do processo e/ou serviço e, quando praticável, que sejam utilizados métodos qualitativos mais profundos para deduzir informação (WHO,1996).

Ware e Hays (1988 apud Bowman et al., 1992) referem que um bom instrumento para medir a satisfação do doente deve considerar o impacto do comportamento do médico, assim como deve reunir os seguintes critérios: (1) deve ser apropriado para uso no ambiente onde os cuidados são fornecidos; (2) ter tanto questões positivas como negativas; (3) ter validade e fidedignidade aceitáveis; (4) ter itens múltiplos, ainda que seja suficientemente curto para encorajar um grande número de respostas; (5) permitir um conjunto de classificação desde “pobre” a “excelente”; (6) ter opções de resposta suficientes para permitir variabilidade para diferenciar dentro dos grupos distintos em consideração; (7) permitir que a avaliação seja específica em diferentes tipos de visitas.

PARTICIPANTES

A população alvo deste estudo é o cidadão em geral, "o público", independentemente de ser um utilizador mais ou menos activo dos serviços de saúde, com idade superior a 18 anos. Devido ao procedimento relativo à forma de preenchimento do instrumento final, considerou-se a necessidade dos participantes terem o 4º ano como escolaridade mínima.

A amostra é não-probabilística accidental, tipo *bola de neve*. Após o contacto com algumas pessoas que se mostraram interessadas em participar no estudo, as mesmas disponibilizaram-se a entregar alguns questionários a outras pessoas suas conhecidas que consideravam poder estar também interessadas em participar.

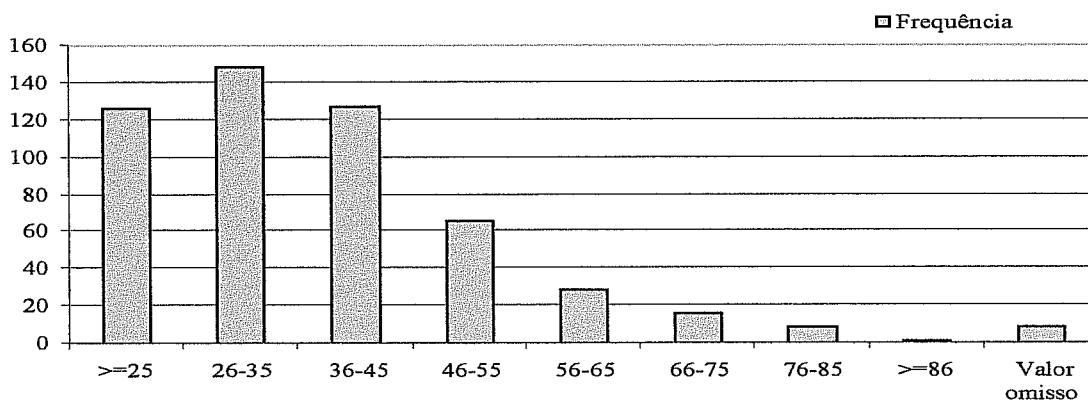
Conseguiram-se assim respostas de todos os distritos do país incluindo as Regiões Autónomas.

O estudo realizou-se com uma amostra constituída por 530 participantes 35,3% do sexo masculino e 60,9% do sexo feminino, que foi recolhida em 11 distritos do país, incluindo as Regiões Autónomas da Madeira (R.A.M.) e dos Açores (R.A.A.).

Estes distritos foram agrupados em quatro zonas do país (Lisboa, Ilhas, Sul e Norte) sendo os participantes maioritariamente de Lisboa (43,6%). Nas ilhas (23%) a maior percentagem é da R.A.M. (17,1%). O Sul (19%) é representado maioritariamente por Beja (7,6%) e o Norte (14%) é representado maioritariamente por Leiria (7,2%).

A idade mínima dos participantes foi a estipulada nesta pesquisa - 18 anos e a máxima foi 87 anos (figura 14).

Figura 14 - Idade. Distribuição de frequências.



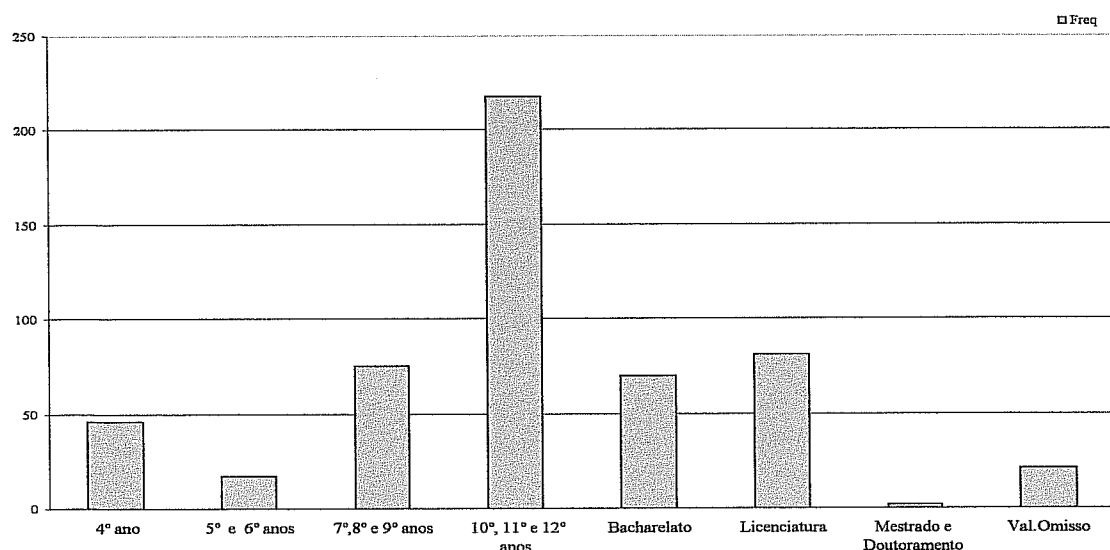
A população é jovem, estando 75,7% entre os 18 e os 45 anos, dos quais 27,9% encontra-se entre o grupo etário dos 26 a 35 anos, como podemos verificar na figura 14. A idade média é $\underline{M}=36,95$ ($\underline{DP}=14,04$).

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes (53%) são casados. O segundo grupo mais representado é o dos solteiros (37%).

O número de filhos varia entre o mínimo de 0 (24%) e o máximo 8 (0,4%). Com dois filhos temos 23,6% dos participantes, seguido de 16,2% com um filho. O número médio de filhos é $\underline{M}=1,32$ ($\underline{DP}=1,26$).

A nível de escolaridade mais representativo é o 10º a 12º anos (41,1%), seguem-se a licenciatura (15,3%), o 7º,8º e 9º anos (14,2%) e o bacharelato (13,2%), como podemos verificar na figura 15.

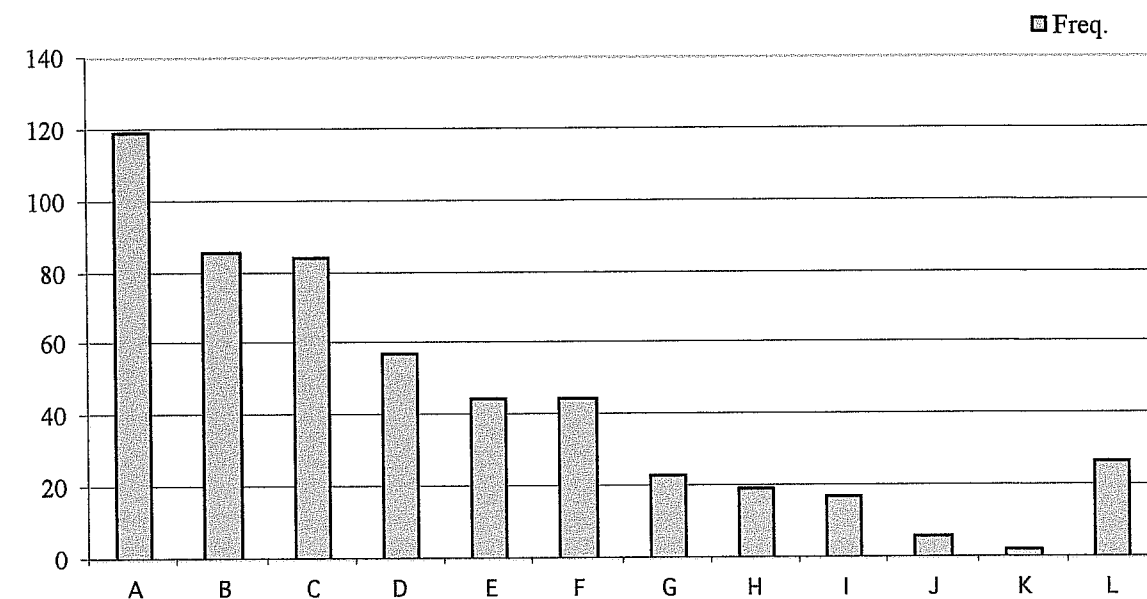
Figura 15 - Escolaridade. Distribuição de frequências.



As oitenta e sete profissões referidas pelos participantes foram organizadas, numa primeira fase, nos grandes grupos das categorias da Classificação Nacional das Profissões-94 (I.E.F.P., 1998), havendo posterior necessidade de salientar e distinguir as profissões de saúde e de educação, devido à temática e características da pesquisa.

O grupo socio-profissional (figura 16) mais representado foi o pessoal administrativo (22,5%), seguido do grupo de profissionais de saúde (16,2%) representado maioritariamente por enfermeiros (9,6%). O grupo designado por pessoal de comércio, economia e gestão (8,5%) era maioritariamente representado por bancários (4,5%). As profissões de educação (8,5%) estão mais representadas pelos professores (5,5%).

Figura 16- Grupos profissionais. Distribuição de frequências.



Legenda da figura:

A - Pessoal Administrativo

B - Profissões de Saúde

C - Estudante

D - Pessoal de Comércio, Economia e Gestão

E - Profissões de Educação

F - Pessoal de Serviços

G - Doméstica

H - Reformado

I - Profissões Científicas e Técnicas (outras)

J - Desempregado

K - Agricultor

L - Valor Omisso

É de salientar que como grupo isolado, os estudantes representam uma percentagem importante (15,8%) da população estudada, sendo maioritariamente das áreas das ciências sociais e humanas e das ciências da saúde.

MATERIAL

O questionário “Comunicação/Interacção Médico-Utente” (CIMU) de avaliação dos aspectos importantes da comunicação médico-utente e da satisfação com a comunicação médico-utente, numa consulta médica foi desenvolvido e elaborado a partir da pesquisa teórica sobre o tema e das entrevistas realizadas.

Os questionários eram anónimos, de auto-preenchimento e incluíam:

- . questionário demográfico: distrito onde reside, sexo, idade, escolaridade, profissão, estado civil e número de filhos.

- . questionário de saúde: sofre de alguma doença, está a tomar medicamentos, doença no último ano (quantos dias esteve doente, sem ir trabalhar, esteve na cama por doença e quantas vezes foi ao médico), doença nas últimas duas semanas (quantos dias esteve doente, sem ir trabalhar, esteve na cama por doença e quantas vezes foi ao médico) e relativamente à última consulta médica, há quanto tempo foi, natureza da consulta, o médico e o tipo de instituição a que recorreu.

- . questionário de avaliação dos aspectos importantes da comunicação médico-utente (ICM-U), constituído por 49 itens.

- . questionário de avaliação da satisfação com a comunicação médico-utente (SCM-U), constituído por 50 itens.

A resposta aos dois últimos questionários (ICM-U e SCM-U) é dada segundo uma escala de tipo Likert entre "sem nenhuma importância" (1), "um pouco/sem importância" (2), "neutro" (3), "importante"(4), "muito importante" (5), para ICM-U e

entre "muito insatisfeito" (1), "um pouco insatisfeito" (2), "neutro" (3), "satisfeito" (4), "muito satisfeito" (5) para SCM-U.

A elaboração das afirmações para os questionário / escala ICM-U e SCM-U (anexo B) teve como base as Categorias RIAS – conteúdo, afectiva, processo (Roter & al., 1997) tendo ainda sido acrescentada uma nova categoria/dimensão - a ética, conforme se pode observar na figura 17 onde estão assinaladas as afirmações/questões (Q) correspondentes a cada dimensão ou construto teórico.

Figura 17 - Dimensões teóricas dos itens do questionário/escala ICM-U e SCM-U, por cada questão (Q).

Grupo Funcional	Comportamentos Comunicativos
CONTEÚDO	Condição Médica: - “queixas”, sinais e sintomas >Q2, Q11, - medicação que fez (doses) >Q3, Q12, - exame físico >Q20 - medicação a fazer (doses) >Q31
Informação biomédica Q37	Regime Terapêutico: >Q6, Q14, Q31, Q32, - doses - adesão
Competência técnica Q45	Promoção de saúde > Q39 Prevenção da doença > Q39
Trocas Psico-sociais >Q4, Q5, Q13, Q17, Q18,	- problemas do dia-a-dia > Q7, Q23, Q17, - relações sociais >Q8, Q24, - sentimentos > Q9, Q28, - emoções >Q9, Q28,

AFECTIVA	“Conversa” positiva / negativa	<ul style="list-style-type: none"> - concordância / discordância >Q21 - aprovação / desaprovação> Q21 - riso > Q27 - anedotas > Q27 - suporte, apoio > Q34 - crítica > Q43 - correcção
	“Conversa” social	<ul style="list-style-type: none"> - assuntos não-médicos >Q1, Q16, Q17, Q18, Q49

PROCESSO	Facilitação Q29	<ul style="list-style-type: none"> - perguntar a opinião do doente > Q18, Q25 - compreensão do doente > Q26 - paráfrase
	Orientação > Q30	<ul style="list-style-type: none"> - direcções - instruções - acessibilidade > Q38

ÉTICA Q44, Q46, Q47	<ul style="list-style-type: none"> - Respeito > Q1, Q10, Q15, Q16, Q17, Q22, Q29, Q33 - Autonomia > Q18, Q19, Q25, Q42, - Beneficência > Q19, Q26, Q32, Q34, Q35, Q36, Q37, Q40, Q41, Q47 - Não- Malificência > Q27, Q43 - Consentimento Informado > Q31, Q32, Q35, Q42 - Confidencialidade > Q17, Q15, Q48
-------------------------------	---

Para além das dimensões extraídas da documentação teórica consultada e analisada qualitativamente, revelaram-se de grande importância e pertinência os conteúdos explícitos retirados das entrevistas prévias à elaboração do material. Assim algumas das afirmações que se encontram no questionário, reflectem a forma como os entrevistados falaram sobre o tema em estudo. Foi também a partir das entrevistas que se sentiu necessidade de acrescentar uma quarta dimensão teórica, a ética, de forma a realçar e/ou acrescentar esta visão sobre aspectos interaccionais no encontro médico-utente.

O questionário/escala foi organizado em três partes:

- I. Grau de importância de diferentes aspectos da comunicação/interacção médico-utente, durante uma consulta médica - em geral.
- II. Questões relativas à caracterização da população - Variáveis demográficas e de saúde.
- III. Grau de satisfação relativamente aos diferentes aspectos da comunicação/interacção médico-utente, durante a última consulta médica a que recorreu.

PROCEDIMENTO

O presente estudo desenvolveu-se em várias fases, que tiveram início num longo período de pesquisa bibliográfica, seguido do planeamento de investigação até à sua operacionalização.

Com o objectivo de identificar os conceitos/construtos teóricos pertinentes com vista à elaboração do questionário e utilizando uma metodologia qualitativa foi feita a análise dos conteúdos dos documentos:

- revisão bibliográfica, nomeadamente as categorias RIAS (Roter & al., 1997);
- Carta dos Direitos das Pessoas Doentes (WHO, 1996);
- Código Deontológico da Ordem dos Médicos (Revista da Ordem dos Médicos, nº3/85, Março);
- Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde, 1998);
- Fundamental Elements of the Patient-Physician Relationship (Council on Ethical and Judicial Affairs of The American Medical Association, 1994).

Identificados e analisados os conceitos teóricos considerou-se pertinente conhecer a visão dos utentes sobre a temática em estudo e antes de elaborarmos uma versão do questionário, considerámos os mesmos utentes como fontes privilegiadas de

informação. Assim neste trabalho destacam-se três etapas fundamentais – entrevistas, pré-teste e aplicação do questionário, que passaremos a descrever.

A - Entrevistas

Identificadas algumas dimensões teóricas dos comportamentos comunicativos na interacção médico-utente em consulta médica, revelou-se igualmente pertinente o conhecimento da opinião de algumas pessoas, sobre o mesmo tema, para análise e comparação das dimensões encontradas e para que, desta forma o questionário a elaborar reflectisse uma maior amplitude de informação.

Elaborou-se um guião de entrevista (Anexo A), que era constituído por três questões fundamentais:

1. Durante a consulta médica, que aspectos considera **importantes/positivos** na interacção /comunicação com o seu médico?
2. Durante a consulta médica, que aspectos considera **negativos** na interacção /comunicação com o seu médico?
3. Que aspectos considera necessário estarem reunidos, para poder afirmar que ficou **bastante satisfeito** com a consulta médica?

Do guião também constavam algumas questões (demográficas e de saúde) que se consideraram pertinentes para a caracterização dos participantes (sexo, idade,

escolaridade, profissão, há quanto tempo foi a uma consulta médica, especialidade médica, tipo de instituição a que recorreu).

Explicado o objectivo do estudo e tendo a pessoa decidido participar no mesmo, eram colocadas as três questões principais e o entrevistador registava a resposta. Alguns participantes preferiram ser eles a escrever depois de terem conversado sobre as questões.

As entrevistas foram realizadas com 20 participantes, 75% do sexo feminino, com idade média de 37,6 anos (\underline{DP} =11,55) e 25% do sexo masculino, com idade média de 34,6 anos (\underline{DP} = 12,87).

O nível de escolaridade mais representado era a licenciatura (10), seguido do 10º,11º e 12º ano (6).

O tempo médio de ida a uma consulta médica foi de 10,4 dias (\underline{DP} =21,03) para os homens e de 7,8 dias (\underline{DP} =8,10) para as mulheres. O médico a que recorreram foi de clínica geral ou médico de família (10) e especialista (7), sendo a instituição onde decorreu a consulta privada (13) e pública (6).

As entrevistas decorreram em Fevereiro de 1999, com a duração média de uma hora.

Nas entrevistas foram identificados comportamentos comunicativos importantes que não estavam explícitos nos documentos analisados, nomeadamente aspectos do foro ético.

B - Elaboração do questionário e pré-teste

Ultrapassadas as etapas anteriores, fundamentais neste estudo, procedeu-se à elaboração da primeira versão do questionário " Comunicação/Interacção Médico- Utente", para aplicação em pré-teste.

Para a primeira parte do questionário "Importância da Comunicação Médico- Utente" (ICM-U), constituída por quarenta e sete itens, utilizou-se uma escala tipo Likert a que correspondia: 0 -sem nenhuma importância,1 -um pouco/sem importância, 2 - neutro, 3 - moderadamente importante, 4 - muito importante.

A segunda parte do questionário destinava-se às questões de caracterização da população a nível demográfico e de saúde.

Para a terceira parte do questionário "Satisfação com a Comunicação Médico- Utente" (SCM-U), constiuída por 47 itens, utilizou-se uma escala tipo Likert correspondia: 0 - muito insatisfeito, 1 - um pouco insatisfeito, 2 - neutro, 3 - moderadamente satisfeito, 4 - muito satisfeito.

Os conteúdos dos quarenta e sete itens do questionário eram idênticos, para a primeira (ICM-U) e terceira parte (SCM-U).

Explicado o objectivo do estudo, garantido o anonimato e confidencialidade e tendo a pessoa decidido participar no mesmo, era pedido que respondesse ao questionário utilizando reflexão falada.

O pré-teste da primeira versão do questionário foi realizado com 25 participantes (60% do sexo feminino e 40% do sexo masculino), sendo a idade média \underline{M} = 40,84 anos (\underline{DP} =13,13, Máx.=66 e Mín.=24).

A escolaridade manteve o mesmo perfil das entrevistas, mais representada por licenciados (9), seguido do 10º, 11º, 12º ano (8) e agora mais representada pelo 4º ano (5).

O tempo médio de ida a uma consulta médica foi de 138,13 dias (Mín.=8, Máx.=1035, DP =251,68). O médico a que recorreram foi de clínica geral ou médico de família (13) e especialista (10), sendo a instituição onde decorreu a consulta pública (12), correspondendo a Centro de Saúde, Hospital ou outra e privada (9), correspondendo a clínica ou consultório.

Com base na reflexão falada foi feita a reformulação do instrumento que constou de:

I. (ICM-U) Grau de importância de diferentes aspectos da comunicação/interacção médico-doente, durante uma consulta médica - em geral.

↳ Acrescentar questões:

48 - O médico zelar pela confidencialidade relativa à minha situação

49 - O médico atender-me sem ser apressadamente (mostrar que tem tempo disponível para mim)

II. Questões relativas à caracterização da população:

↳ Acrescentar:

. distrito onde reside

↳ Clarificar que as questões A, B ,C e D referem-se à última consulta médica.

↳ Melhorar o aspecto gráfico/estético

III. (SCM-U) Grau de satisfação relativamente aos diferentes aspectos da comunicação/interacção médico-doente, durante a última consulta médica a que recorreu

↳ Acrescentar questões:

48 - O médico zelar pela confidencialidade relativa à minha situação

49 - O médico atender-me sem ser apressadamente (mostrar que tem tempo disponível para mim)

50 - Globalmente, o meu nível de satisfação em relação à última consulta médica foi ...

Relativamente à escala tipo Likert, (a) para a primeira parte do questionário, mudar: 1 -sem nenhuma importância, 2 -um pouco/sem importância, 3 - neutro, 4 - moderadamente importante, 5 - muito importante; (b) para a terceira parte do questionário, mudar: 1 - muito insatisfeito, 2 - um pouco insatisfeito, 3 - neutro, 4 - moderadamente satisfeito, 5 - muito satisfeito.

O pré-teste decorreu entre Março e Abril de 1999 e o preenchimento de cada questionário com reflexão falada teve a duração média de 45 minutos.

D - Aplicação do questionário

Das reformulações feitas após pré-teste, resultou o instrumento final - Questionário “Comunicação/Interação Médico-Utente” (CIMU) (Anexo B).

Às pessoas contactadas eram explicados os objectivos gerais do estudo. Caso estivessem interessadas em participar era-lhes fornecido um exemplar do questionário e um envelope e garantido o anonimato e confidencialidade. O questionário era de auto-preenchimento e individual, solicitando-se que após o preenchimento fosse introduzido dentro do envelope que deveria ser devidamente fechado.

A versão final do questionário ICM-U (I Parte) ficou com 49 itens distribuídos por quatro dimensões – conteúdo, afectiva, processo e ética. A nota (*score*) varia entre 49 e 245 para o questionário total, sendo que a nota mais elevada indica maior importância para o utente.

O questionário SCM-U (II Parte), na sua versão final, ficou com 50 itens, 49 itens distribuídos por quatro dimensões – conteúdo, afectiva, processo e ética e um item relacionado com a satisfação global com a consulta. Considerou-se que este último item deveria ser tratado isoladamente. Assim, a nota (*score*) varia entre 49 e 245 para o questionário total, sendo que a nota mais elevada indica maior satisfação do utente, e para o item 50 a nota varia entre 1 e 5, correspondendo o cinco ao maior grau de satisfação global com a última consulta médica.

A aplicação e recolha dos questionários decorreu nos meses de Maio, Junho e Julho de 1999 e calculou-se como tempo médio de preenchimento entre 15 e 20 minutos. Foram distribuídos 550 questionários e devolvidos 530 que constituem a nossa amostra.

RESULTADOS

Conhecidas as características demográficas da amostra, pretende-se neste capítulo descrever, analisar e relacionar as variáveis em estudo e avaliar a validade e fidelidade do questionário/escala construído e das dimensões encontradas.

Os resultados são apresentados em sete partes distintas:

1. Questionário dos aspectos importantes na interação/comunicação médico-utente(ICM-U): a) Estatística descritiva, b) Análise de componentes principais - análise dos construtos (análise factorial), c) Análise da consistência interna - fidelidade (Alfa de Cronbach)
2. Questionário de satisfação do utente com a interação/comunicação médico-utente (SCM-U): a) Estatística descritiva, b) Análise de componentes principais - análise dos construtos (análise factorial), c) Análise da consistência interna - fidelidade (Alfa de Cronbach)
3. Caracterização da amostra relativamente às variáveis de saúde – Estatísticas descritiva

4. Associação entre variáveis demográficas e de saúde e os aspectos importantes na interação/comunicação médico-utente.
5. Associação entre variáveis demográficas e de saúde e a satisfação do utente com a interação/comunicação médico-utente
6. Nível de Satisfação Global em Relação à última Consulta Médica: a) Estatística descritiva, b) Associação com as variáveis demográficas e de saúde
7. Relação entre as dimensões importantes na comunicação médico-utente e a satisfação com a comunicação na consulta médica.

1 - Questionário dos aspectos importantes na interacção/comunicação médico-utente numa consulta médica

Com este questionário pretendíamos conhecer qual o grau de importância para o utente, de diferentes aspectos da comunicação verbal e não verbal médico-utente, inerentes ao processo de consulta médica.

a) **Estatística descritiva**

A estatística descritiva utilizada refere-se à média e ao desvio padrão que passaremos a apresentar na tabela 1 e a fazer a sua interpretação. Os dados mais detalhados que incluem o mínimo, máximo poderão ser consultados no anexo C.

Tabela 1

Importância da Comunicação na consulta médica - Média e desvio padrão.

ICM-U Itens	<u>M</u>	<u>DP</u>	Itens	<u>M</u>	<u>DP</u>
Imp 1	4.37	0.64	Imp 26	4.44	0.64
Imp 2	4.75	0.47	Imp 27	4.13	0.83
Imp 3	4.55	0.66	Imp 28	3.45	1.03
Imp 4	4.07	0.80	Imp 29	4.37	0.66
Imp 5	3.42	0.99	Imp 30	4.45	0.65
Imp 6	4.16	0.77	Imp 31	4.48	0.65
Imp 7	3.33	1,00	Imp 32	4.58	0.60
Imp 8	2.85	1.08	Imp 33	4.68	0.54
Imp 9	3.13	1.11	Imp 34	4.31	0.69
Imp 10	3.87	0.96	Imp 35	4.62	0.59
Imp 11	4.42	0.69	Imp 36	4.50	0.64
Imp 12	4.28	0.74	Imp 37	4.49	0.68
Imp 13	3.37	1,00	Imp 38	4.48	0.67
Imp 14	3.90	0.88	Imp 39	4.68	0.55
Imp 15	4.41	0.84	Imp 40	4.37	0.67
Imp 16	4.21	0.77	Imp 41	4.05	0.78
Imp 17	4.41	0.73	Imp 42	3.61	1.02
Imp 18	4.14	0.79	Imp 43	3.96	0.94
Imp 19	4.44	0.77	Imp 44	4.09	0.85
Imp 20	4.23	0.81	Imp 45	4.67	0.58
Imp 21	3.30	0.89	Imp 46	4.11	0.82
Imp 22	3.82	1,00	Imp 47	4.32	0.78
Imp 23	3.23	1.03	Imp 48	4.58	0.67
Imp 24	2.92	1.02	Imp 49	4.67	0.58
Imp 25	3.78	0.94			

As respostas ao questionário sobre os aspectos importantes (Imp) na interação/comunicação médico-utente revelam uma boa adesão ao nível mínimo de 98%, nas questões 20 e 24, relacionadas com a realização do exame físico e o médico deixar o utente falar sobre as suas relações sociais, respectivamente. A adesão máxima de respostas é de 99,8% nas questões 3, 33, 39, 46, 48 e 49, relacionadas, respectivamente, com o médico fazer perguntas sobre os medicamentos que o utente está a tomar, o utente ser tratado com respeito, o médico aconselhar o utente sobre como evitar/prevenir a doença e como manter-se saudável, o médico ser conselheiro e zelar pela confidencialidade relativa à situação do utente e o médico atender a pessoa mostrando que tem tempo disponível para ela.

Em oito questões (2, 17, 26, 32, 35, 37, 39 e 45) as respostas variam entre 2 e 5, isto é, não foram assinaladas na escala 1- sem nenhuma importância, na comunicação numa consulta médica. As mesmas questões revelam uma média alta, concentrada à volta de 4,5, havendo também pouca dispersão de respostas sendo o desvio padrão igual ou inferior a 0,70. As duas questões que se revelam muito importantes para o doente (média mais alta) e com maior concentração de respostas (menor desvio padrão) referem-se ao médico fazer perguntas sobre sinais e sintomas (2) e ao médico aconselhar o utente em como evitar/prevenir as doenças e a manter-se saudável (39). Seguem-se as questões: mostrar competência técnica (45), informar sobre o diagnóstico (4), explicar porque determinado tratamento é recomendado (32), informar/explicar e discutir os resultados do exame físico, dos exames complementares

de diagnóstico e do tratamento (37), esforçar-se/mostrar interesse para que o utente compreenda (26) e finalmente o utente sentir-se como se pudesse falar de qualquer tipo de problema sem quaisquer receios (17).

As respostas que oscilam entre a escala 3-neutro e 4-moderadamente importante revelam médias e desvios padrões semelhantes entre:

(a) o médico fazer perguntas (5) e deixar-me falar (13) sobre a minha situação social, familiar e profissional;

(b) o médico fazer perguntas (7) e deixar-me falar (23) sobre os meus problemas do dia-a-dia; e

(c) o médico fazer perguntas (9) e deixar-me falar (28) sobre os meus sentimentos e emoções.

Relativamente ao último aspecto- sentimentos e emoções, é mais importante o médico deixar o utente falar do que fazer perguntas ao utente sobre esses temas. Outros aspectos que se enquadram entre a escala 3-4, são: o médico posicionar-se ao mesmo nível enquanto fala com o utente (10), tratar o utente pelo nome (22), perguntar a opinião do utente (25), o médico mostrar interesse em que seja o utente a decidir sobre o tratamento que quer realizar (42) e o médico não criticar o utente por este ter ido consultar outro médico e pedir uma segunda opinião (43).

Foi encontrado apenas duas afirmações cujas médias das respostas oscilam entre a escala 2- um pouco sem importância e a 3- neutra: o médico fazer perguntas

(8) e deixar-me falar (24) sobre as minhas relações sociais, observando-se também alguma dispersão nas respostas, com desvio padrão superior a 1.

Na tabela 2, podemos observar por ordem decrescente as médias e desvios padrão das questões com respostas igual ou superior a 4,5, consideradas como muito importantes na comunicação numa consulta médica.

Tabela 2

Aspectos mais importantes ($\geq 4,5$) na comunicação médico-utente, numa consulta médica. Médias e desvio padrão.

ICM-U	N	M	DP
2-O médico fazer perguntas sobre as minhas queixas (sinais e sintomas).	528	4,75	0,47
33- O médico tratar-me com respeito	529	4,68	0,54
39-O médico aconselhar-me como evitar/prevenir a doença e manter-me saudável.	529	4,68	0,55
45-O médico mostrar competência técnica/ter conhecimentos sobre o meu problema.	527	4,67	0,58
49-O médico atender-me sem ser apressadamente (mostrar que tem tempo disponível para mim).	529	4,67	0,58
35-O médico informar o que é o meu problema (diagnóstico) ou as hipóteses de diagnóstico e dar-me toda a informação sobre ele.	525	4,62	0,59
32-O médico explicar as razões porque determinado tratamento é recomendado para mim.	528	4,58	0,60
48-O médico zelar pela confidencialidade relativa à minha situação.	529	4,58	0,67
3-O médico fazer perguntas sobre os medicamentos que estou a tomar (quais e em que doses).	529	4,55	0,66
36-O médico informar sobre o que é possível prever sobre o meu problema (prognóstico).	528	4,50	0,64

b) Análise de componentes principais - análise dos construtos

Para o cálculo da validade de construto da escala e validação das dimensões encontradas, recorreu-se à análise factorial como técnica para reduzir as dimensões medidas na escala, utilizando a análise de componentes principais (ACP), com rotação ortogonal-varimax com normalização de Kaiser, valor próprio (*eigenvalue*) igual ou superior a um.

Da escala de importância da comunicação (N=480) resultaram dez factores que explicam 60,5% da variância total (tabela 3). Retirou-se o décimo factor, por conter apenas um item, e a variância explicada passou a ser de 58,43%.

A tabela 3 mostra as saturações factoriais consideradas (>0,40) a partir das quais pudemos identificar os factores/dimensões. Os itens 18, 33, 34 e 48 apresentam valores inferiores a 0,40, não tendo sido por isso considerados.

Aos nove factores identificados, constituídos por diversos itens do questionário ICM-U, atribuímos uma designação, como pode ser observado na tabela 4. Nesta tabela também incluímos uma afirmação exemplo da temática dos diferentes itens.

Tabela 3

Importância da comunicação na consulta médica. Análise de componentes principais com rotação ortogonal varimax, com normalização Kaiser. Saturações factoriais.

ICM-U	Factor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Imp 1-O médico cumprimentar-me,saudar-me					0,41						
Imp2-O médico fazer perguntas sobre as minhas queixas (sinais e sintomas)										-0,43	
Imp 3-O médico fazer perguntas sobre os medicamentos que estou a tomar (quais e em que doses)									0,73		
Imp 4-O médico fazer perguntas sobre a minha situação psicológica	0,42								0,48		
Imp 5-O médico fazer perguntas sobre a minha situação social, familiar e profissional	0,73										
Imp 6-O médico fazer perguntas sobre outras formas de terapêutica que fiz ou estou a fazer									0,52		
Imp 7-O médico fazer perguntas sobre os meus problemas do dia-a-dia	0,77										
Imp 8-O médico fazer perguntas sobre as minhas relações sociais	0,82										
Imp 9-O médico fazer perguntas sobre os meus sentimentos e emoções	0,77										
Imp 10-O médico posicionar-se ao mesmo nível (ex: sentado) enquanto fala comigo					0,57						
Imp 11-O médico deixar-me falar sobre as minhas queixas (sinais e sintomas)								0,64			
Imp 12-O médico deixar-me falar sobre os medicamentos que estou a tomar (quais e em que doses)								0,73			
Imp 13-O médico deixar-me falar sobre a minha situação social, familiar e profissional	0,71										
Imp 14-O médico deixar-me falar sobre outras formas de terapêutica que fiz ou estou a fazer	0,41							0,62			
Imp 15-O médico promover todas as condições possíveis para a minha privacidade					0,67						
Imp 16-O médico manter um contacto visual adequado enquanto fala para mim					0,69						
Imp 17-O médico fazer-me sentir como se eu pudesse falar de qualquer tipo de problema sem quaisquer receios					0,57						
Imp 19-O médico informar-me dos riscos, custos e benef dos exames complementares de diagnóstico e do tratamento			0,55								
Imp 20-O médico fazer um exame físico										0,69	
Imp 21-O médico aprovar/concordar com as minhas opiniões							0,66				

	Factor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Imp 22-O médico tratar-me pelo nome							0,65				
Imp 23-O médico deixar-me falar sobre os meus problemas do dia-a-dia		0,64					0,43				
Imp 24-O médico deixar-me falar sobre as minhas relações sociais		0,73									
Imp 25-O médico perguntar a minha opinião		0,464					0,47				
Imp 26-O médico esforçar-se / mostrar interesse em que eu compreenda			0,54								
Imp 27-O médico estar bem disposto e, adequadamente, manter o sentido de humor							0,53				
Imp 28-O médico deixar-me falar sobre os meus sentimentos e emoções		0,64									
Imp 29-O médico prestar atenção/escutar e dar respostas apropriadas enquanto eu descrevo a minha situação			0,52								
Imp 30-O médico dar uma explicação do que vai acontecendo durante o exame/observação			0,69								
Imp 31-O médico informar-me sobre os vários tratamentos (medicamentos ou outro tipo de tratamentos) disponíveis e/ou possíveis.			0,78								
Imp 32-O médico explicar as razões porque determinado tratamento é recomendado para mim			0,76								
Imp 35-O médico informar o que é o meu problema (diagnóstico) ou as hipóteses de diagnóstico e dar-me toda a informação sobre ele			0,53			0,53					
Imp 36-O médico informar sobre o que é possível prever sobre o meu problema (prognóstico)			0,45			0,61					
Imp 37-O médico informar/explicar e discutir comigo os resultados do exame físico, dos exames complementares de diagnóstico e do tratamento			0,57			0,45					
Imp 38-O médico informar como tenho acesso a ele e a sua disponibilidade futura (ou de outro colega para me ajudar quando preciso)						0,46					
Imp 39-O médico aconselhar-me como evitar/prevenir a doença e manter-me saudável				0,43							
Imp 40-O médico mostrar-se interessado no meu problema e saber colocar-se na minha situação				0,57							
Imp 41-O médico mostrar interesse sobre a minha satisfação com a consulta				0,40						0,45	
Imp 42-O médico mostrar interesse em que seja eu a decidir sobre o tratamento que quero realizar							0,41			0,45	
Imp 43-O médico não me criticar por ter ido consultar outro colega /pedir uma segunda opinião										0,45	
Imp 44-O médico ser amigo e educador				0,61							
Imp 45-O médico mostrar competência técnica /ter conhecimentos sobre o meu problema						0,56					
Imp 46-O médico ser conselheiro				0,75							
Imp 47-O médico saber o que é melhor para mim				0,78							
Imp 49-O médico atender-me sem ser apressadamente (mostrar que tem tempo disponível para mim)						0,72					

Tabela 4

Aspectos importantes na comunicação médico-utente. Factores e Variância explicada.

Factores / Designação	%Var. Total	Itens ICM-U	Afirmação Exemplo
Escutar situação pessoal (ESP)	27,34	4, 5, 7, 8, 9, 13, 14, 23, 24, 25, 28	<i>O médico fazer-me perguntas ou deixar-me falar sobre a minha situação e relações familiar, social e profissional.</i>
Informar sobre terapêutica (IT)	9,48	19, 26, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37	<i>O médico informar-me sobre os vários tratamentos (medicamentos ou outro tipo de tratamentos) disponíveis e/ou possíveis e explicar as razões porque determinado tratamento é recomendado para mim.</i>
Aconselhar (A)	4,76	39, 40, 41, 44, 46, 47	<i>O médico ser conselheiro/saber o que é melhor para mim.</i>
Parceria (P)	3,77	1, 10, 15, 16, 17	<i>O médico saudar-me, posicionar-se ao mesmo nível e manter um contacto visual adequado, promovendo todas as condições possíveis à minha privacidade.</i>
Disponibilidade (D)	3,08	35, 36, 37, 38, 45, 49	<i>O médico atender-me sem ser apressadamente (mostrar que tem tempo disponível para mim) e informar-me sobre o diagnóstico e prognóstico do meu problema.</i>
Respeito (R)	2,93	21, 22, 23, 25, 27, 42	<i>O médico considerar a minha identidade, as minhas opiniões e decisões.</i>
Escutar a situação clínica (ESC)	2,49	11, 12, 14	<i>O médico escutar as minhas queixas (sinais e sintomas), a medicação e outras formas de terapêutica que fiz ou estou a fazer.</i>
Questionar sobre a terapêutica (QT)	2,32	3, 4, 6	<i>O médico questionar sobre a medicação e outras formas de terapêutica que fiz ou estou a fazer e a minha situação psicológica.</i>
Satisfação com a consulta (SC)	2,21	2, 41, 42, 43	<i>O médico mostrar interesse sobre a minha satisfação com a consulta.</i>

c) Análise da consistência interna

Para averiguar da fidelidade de cada uma das dimensões/factores encontradas procedeu-se a uma análise da consistência interna utilizando Alpha de Cronbach.

Tabela 5
Aspectos importantes na comunicação médico-utente. Fidelidade Alpha de Cronbach

ICM-U	<u>N</u>	N de Items	Alpha de Cronbach
Escutar situação pessoal	509	11	0,90
Informar sobre a terapêutica	517	10	0,87
Aconselhar	524	6	0,80
Parceria	521	4	0,70
Disponibilidade	520	6	0,80
Respeito	514	6	0,77
Escutar situação clínica	524	3	0,72
Questionar sobre a terapêutica	527	3	0,66
Satisfação com a consulta	523	3	0,66

Pela análise da tabela 5 verifica-se que todas as dimensões têm consistência interna satisfatória, sendo maior em escutar a situação pessoal, seguida de informar sobre a terapêutica, disponibilidade e aconselhar.

2 - Questionário de satisfação do utente com a comunicação/interacção médico- utente na última consulta médica

Com este questionário pretendíamos conhecer qual o grau de satisfação do utente, em relação a diferentes aspectos da comunicação verbal e não verbal do médico, inerentes ao processo de consulta, relativamente à última consulta médica a que recorreu.

a) Estatística descritiva

A estatística descritiva utilizada refere-se à média e ao desvio padrão que passaremos a apresentar e a fazer a sua interpretação. Os dados mais detalhados que incluem o máximo e o mínimo poderão ser consultados no Anexo D.

As respostas ao questionário sobre a satisfação (Sat) na interacção/comunicação médico-utente numa última consulta médica revelam uma boa adesão ao nível mínimo de 95,47%, na questão 43, relacionada com o médico não criticar o utente por este ter ido consultar outro colega ou pedir uma segunda opinião. A adesão máxima de respostas é de 98% na questão 1 relacionada com o médico cumprimentar/saudar o doente.

Todas as respostas variam na escala entre 1 e 5. Na tabela 6 podemos observar as médias e desvios padrão relativos a cada item do questionário.

Tabela 6

Satisfação com a comunicação na consulta médica - Média e desvio padrão.

SCM-U Itens	<u>M</u>	<u>DP</u>	Itens	<u>M</u>	<u>DP</u>
Sat 1	4.17	0.84	Sat 26	4.03	0.98
Sat 2	4.25	0.81	Sat 27	3.98	0.98
Sat 3	3.93	1.00	Sat 28	3.37	1.01
Sat 4	3.47	1.09	Sat 29	4.03	0.92
Sat 5	3.17	1.01	Sat 30	4,00	1.03
Sat 6	3.63	1.02	Sat 31	3.92	1.03
Sat 7	3.15	1.03	Sat 32	4.01	1.03
Sat 8	2.93	0.95	Sat 33	4.44	0.74
Sat 9	3.09	1,00	Sat 34	3.94	0.95
Sat 10	3.98	0.90	Sat 35	4.09	1,00
Sat 11	4.12	0.92	Sat 36	3.96	1,00
Sat 12	3.89	0.93	Sat 37	3.94	1.05
Sat 13	3.22	1.01	Sat 38	3.94	1.15
Sat 14	3.58	1.02	Sat 39	4.07	1.03
Sat 15	4.14	0.94	Sat 40	3.86	1.07
Sat 16	4.07	0.88	Sat 41	3.73	1.09
Sat 17	4.01	1,00	Sat 42	3.34	1.07
Sat 18	3.72	1.07	Sat 43	3.69	0.99
Sat 19	3.86	1.09	Sat 44	3.78	1,00
Sat 20	3.89	1.01	Sat 45	4.30	0.90
Sat 21	3.49	0.92	Sat 46	3.83	1.03
Sat 22	3.90	1.02	Sat 47	4.01	0.97
Sat 23	3.27	1.05	Sat 48	4.20	0.85
Sat 24	3.05	0.97	Sat 49	4.03	1.15
Sat 25	3.53	1.08			

As respostas que oscilam entre a escala 3-neutro e 4- satisfeito revelam médias e desvios padrão semelhantes entre:

- (a) o médico fazer perguntas (5) e deixar-me falar (13) sobre a minha situação social, familiar e profissional;

- (b) o médico fazer perguntas (7) e deixar-me falar (23) sobre os meus problemas do dia-a-dia;
- (c) o médico fazer perguntas (9) e deixar-me falar (28) sobre os meus sentimentos e emoções;
- (d) o médico fazer perguntas (6) e deixar-me falar (14) sobre outras formas de terapêutica que fiz ou estou a fazer; e
- (e) o médico fazer perguntas (3) e deixar-me falar (12) sobre os medicamentos que estou a tomar (quais e em que doses).

No entanto, relativamente a (a), (b), (c) - itens relacionados com os aspectos socio-psico-emocionais, os participantes no estudo ficaram satisfeitos com o médico deixá-los falar sobre esses temas mais do que fazer perguntas sobre os mesmos, enquanto que relativamente a (d) e (e) - itens relacionados com os aspectos médicos e de doença, ficaram satisfeitos com o facto do médico fazer perguntas sobre esses temas mais do que deixá-los falar sobre os mesmos.

Foi encontrado apenas uma afirmação cuja média das respostas oscila entre a escala 2- um pouco insatisfeito e a 3- neutro: o médico fazer perguntas (8) e deixar-me falar (24) sobre as minhas relações sociais; observando-se alguma dispersão nas respostas, com desvio padrão próximo de 1. No entanto, as respostas concentraram-se mais no neutro.

Tabela 7

Itens de maior satisfação (entre 4 e 4,5) com a comunicação médico-utente, na última consulta médica. Médias e desvio padrão.

SCM-U	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>
33- O médico tratar-me com respeito	515	4,44	0,74
45-O médico mostrar competência técnica/ter conhecimentos sobre o meu problema.	515	4,30	0,90
2-O médico fazer perguntas sobre as minhas queixas (sinais e sintomas).	519	4,25	0,81
48-O médico zelar pela confidencialidade relativa à minha situação.	510	4,20	0,85
1-O médico cumprimentar-me, saudar-me.	520	4,17	0,84
15-O médico promover todas as condições possíveis para a minha privacidade.	514	4,14	0,94
11-O médico deixar-me falar sobre as minhas queixas (sinais e sintomas)	517	4,12	0,92
35-O médico informar o que é o meu problema (diagnóstico) ou as hipóteses de diagnóstico e dar-me toda a informação sobre ele.	512	4,09	1,00
16-O médico manter um contacto visual adequado enquanto fala para mim.	514	4,07	0,88
39-O médico aconselhar-me como evitar/prevenir a doença e manter-me saudável.	513	4,07	1,03
29-O médico prestar atenção/escutar e dar respostas apropriadas enquanto eu descrevo a minha situação.	513	4,03	0,92
26-O médico esforçar-se/mostrar interesse em que eu compreenda.	515	4,03	0,98
49-O médico atender-me sem ser apressadamente (mostrar que tem tempo disponível para mim).	514	4,03	1,15
47-O médico saber o que é melhor para mim.	512	4,01	0,97
17-O médico fazer-me sentir como se eu pudesse falar de qualquer tipo de problema sem quaisquer receios.	511	4,01	1
32-O médico explicar as razões porque determinado tratamento é recomendado para mim.	512	4,01	1,03
30-O médico dar uma explicação do que vai acontecendo durante o exame/observação.	512	4	1,03

Na tabela 7, podemos observar por ordem decrescente a média e desvio padrão das questões com respostas entre 4 e 4,5 (valor máximo encontrado - 4,44), consideradas como satisfeito com a comunicação na última consulta médica.

É de salientar que o item de maior satisfação na última consulta médica e com maior concentração de respostas refere-se ao facto do médico tratar o utente com respeito.

b) Análise de componentes principais - análise dos construtos

Para o cálculo da validade de construto da escala e validação das dimensões encontradas, recorreu-se à análise factorial como técnica para agrupar as dimensões medidas na escala, utilizando a análise de componentes principais (ACP), com rotação ortogonal-varimax, tendo sido retidos os factores com valor próprio (*eigenvalue*) igual ou superior a um, de acordo com a regra de Kaiser.

Da escala de satisfação com a comunicação (N=462) resultaram cinco factores que explicam 65,23% da variância total (tabela 8).

Tabela 8
Satisfação com a Comunicação na consulta médica. Análise de componentes principais
com rotação ortogonal varimax, com normalização Kaiser. Saturações factoriais.

SCM-U	Factor	1	2	3	4	5
Sat 1- O médico cumprimentar-me,saudar-me					0,62	
Sat 2-O médico fazer perguntas sobre as minhas queixas (sinais e sintomas)				0,49	0,48	
Sat 3-O médico fazer perguntas sobre os medicamentos que estou a tomar (quais e m que doses)				0,67		
Sat 4-O médico fazer perguntas sobre a minha situação psicológica			0,58	0,45		
Sat 5-O médico fazer perguntas sobre a minha situação social, familiar e profissional			0,76			
Sat 6-O médico fazer perguntas sobre outras formas de terapêutica que fiz ou estou a fazer				0,62		
Sat 7-O médico fazer perguntas sobre os meus problemas do dia-a-dia			0,84			
Sat 8-O médico fazer perguntas sobre as minhas relações sociais			0,81			
Sat 9-O médico fazer perguntas sobre os meus sentimentos e emoções			0,76			
Sat 10-O médico posicionar-se ao mesmo nível (ex. sentado) enquanto fala comigo					0,70	
Sat 11-O médico deixar-me falar sobre as minhas queixas (sinais e sintomas)				0,48	0,43	
Sat 12-O médico deixar-me falar sobre os medicamentos que estou a tomar (quais e m que doses)				0,58		
Sat 13-O médico deixar-me falar sobre a minha situação social, familiar e profissional			0,78			
Sat 14-O médico deixar-me falar sobre outras formas de terapêutica que fiz ou estou a fazer			0,47	0,50		
Sat 15-O médico promover todas as condições possíveis para a minha privacidade					0,65	
Sat 16-O médico manter um contacto visual adequado enquanto fala para mim					0,72	
Sat 17-O médico fazer-me sentir como se eu pudesse falar de qualquer tipo de problema sem qualquer receios	0,46				0,47	
Sat 18-O médico conhecer as minhas expectativas, crenças e necessidades em relação ao meu problema e seu tratamento	0,46			0,48		
Sat 19-O médico informar-me dos riscos, custos e benefícios dos exames complementares de diagnóstico e do tratamento	0,40			0,62		
Sat 20- O médico fazer um exame físico				0,50		
Sat 21-O médico aprovar/concordar com as minhas opiniões			0,40			0,42
Sat 22-O médico tratar-me pelo nome					0,51	
Sat 23-O médico deixar-me falar sobre os meus problemas do dia-a-dia			0,74			

	Factor	1	2	3	4	5
Sat 24-O médico deixar-me falar sobre as minhas relações sociais			0,78			
Sat 25-O médico perguntar a minha opinião			0,44	0,41		
Sat 26-o médico esforçar-se /mostrar interesse em que eu compreenda		0,42		0,49		
Sat 27-O médico estar bem disposto e, adequadamente, manter o sentido de humor		0,46			0,50	
Sat 28-O médico deixar-me falar sobre os meus sentimentos e emoções			0,68			
Sat 29-O médico prestar atenção/escutar e dar respostas apropriadas enquanto eu descrevo a minha situação		0,45		0,44	0,42	
Sat 30-O médico dar uma explicação do que vai acontecendo durante o exame/observação		0,53		0,54		
Sat 31-O médico informar-me sobre os vários tratamentos (medicamentos ou outro tipo de tratamentos) disponíveis e/ou possíveis		0,48		0,67		
Sat 32-O médico explicar as razões porque determinado tratamento é recomendado para mim		0,54		0,58		
Sat 33- O médico tratar-me com respeito		0,50			0,50	
Sat 34-O médico dar-me suporte verbal,emocional e segurança		0,58				
Sat 35-O médico informar o que é o meu problema (diagnóstico) ou as hipóteses de diagnóstico e dar-me toda a informação sobre ele		0,63		0,47		
Sat 36-O médico informar sobre o que é possível prever sobre o meu problema (prognóstico)		0,63		0,49		
Sat 37-O médico informar/explicar e discutir comigo os resultados do exame físico, dos exames complementares de diagnóstico e do tratamento		0,61		0,53		
Sat 38-O médico informar como tenho acesso a ele e a sua disponibilidade futura (ou de outro colega) para me ajudar quando preciso		0,66				
Sat 39-O médico aconselhar-me como evitar / prevenir a doença e manter-me saudável		0,66		0,43		
Sat 40-O médico mostrar-se interessado no meu problema e saber colocar-se na minha situação		0,70				
Sat 41-O médico mostrar interesse sobre a minha satisfação com a consulta		0,67				
Sat 42-O médico mostrar interesse em que seja eu a decidir sobre o tratamento que quero realizar		0,40				0,45
Sat 43-O médico não me criticar por ter ido consultar outro colega /pedir uma segunda opinião		0,43				0,46
Sat 44-O médico ser amigo e educador		0,65				
Sat 45-O médico mostrar competência técnica / ter conhecimentos sobre o meu problema		0,69				
Sat 46-O médico ser conselheiro		0,67				
Sat 47-O médico saber o que é melhor para mim		0,67				
Sat 48-O médico zelar pela confidencialidade relativa à minha situação		0,52			0,45	
Sat 49-O médico atender-me sem ser apressadamente (mostrar que tem tempo disponível para mim)		0,68				

A tabela 8 mostra as saturações factoriais consideradas ($>0,4$) a partir das quais pudemos identificar as dimensões, constituídas por diversos itens do questionário SCM-U e atribuir-lhes uma designação, como pode ser observado na tabela 9. Na mesma tabela apresentamos afirmações exemplo da temática dos factores.

Tabela 9
Satisfação do utente com a comunicação médico-utente. Factores e Variância explicada.

Factores / Designação	%Var. Total	Itens SCM-U	Afirmação Exemplo
Informação geral adequada (IGA)	48,85	17, 18, 19, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49	<i>O médico informar-me sobre todos os aspectos do meu problema (prevenção, diagnóstico, prognóstico) e saber colocar-se na minha situação.</i>
Escutar situação pessoal (ESP)	7,42	4, 5, 7, 8, 9, 13, 14, 21, 23, 24, 25, 28	<i>O médico fazer perguntas ou deixar-me falar sobre a minha situação e relações familiar, social e profissional.</i>
Conhecer e informar-me sobre a terapêutica (CIT)	3,92	2, 3, 4, 6, 11, 12, 14, 18, 19, 20, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 39	<i>O médico fazer perguntas/conhecer a terapêutica que fiz ou estou a fazer e informar-me sobre os vários tratamentos disponíveis e/ou possíveis.</i>
Parceria (P)	2,83	1, 2, 10, 11, 15, 16, 17, 22, 27, 29, 33, 48	<i>O médico saudar-me, posicionar-se ao mesmo nível e manter um contacto visual adequado.</i>
Autonomia (A)	2,20	21, 42, 43	<i>O médico considerar a minha opinião e decisão relativamente ao tratamento a realizar.</i>

c) Análise da consistência interna

Para averiguar da fidelidade de cada uma das dimensões/factores encontradas procedeu-se a uma análise da consistência interna utilizando Alpha de Cronbach.

Tabela 10

Satisfação com a comunicação médico-utente. Alpha de Cronbach

SCM-U	N	N de Items	Alpha de Cronbach
Informação geral adequada.	479	26	0,97
Escutar situação pessoal	489	12	0,94
Conhecer e informar sobre a terapêutica.	488	20	0,96
Parceria	499	12	0,91
Autonomia	500	3	0,73

Pela análise da tabela 10 verifica-se que todas as dimensões têm boa consistência interna, sendo maior na dimensão "informação geral adequada".

3 – Caracterização da amostra quanto às variáveis de saúde

A segunda parte do questionário é constituída por perguntas destinadas a conhecer a amostra relativamente à sua situação de saúde/doença e saber quais foram as suas necessidades de recurso a uma consulta médica, além das questões de caracterização demográfica da amostra, cujos dados apresentámos no capítulo Métodos, relativo aos participantes.

Relativamente às variáveis de saúde 71,6% referem não sofrer de doença, enquanto 28,4% referem sofrer de alguma doença. Quanto à situação de estar a tomar medicamentos, 62,8% referem não estar a fazê-lo, 36,1% referem estar a tomar medicação com receita médica e 1,2% referem estar a tomar medicação sem receita médica.

A tabela 11 apresenta as médias, desvios padrão, mínimo e máximo de outras variáveis de saúde questionadas aos participantes, relacionadas com a situação de doença e o seu impacto pessoal e profissional, no último ano e mais concretamente nas últimas duas semanas, assim como o número de vezes que foi ao médico no mesmo período. Por último, uma questão que se considerou poder ter impacto muito directo sobre o tema em estudo – há quanto tempo (dias) foi a uma consulta médica.

Tabela 11

Variáveis de saúde. Estatísticas descritivas.

Variáveis de Saúde	<u>M</u>	<u>DP</u>	Mín.	Máx.	<u>N</u>
.Dias doente-último ano (u.a.)	9.83	29.02	0	365	385
.Dias sem trabalhar, por doença - último ano	6.31	26.47	0	365	362
.Dias de cama por doença - u.a.	3.85	20.25	0	365	369
.Quantas vezes foi ao médico - último ano	3.30	3.36	0	30	444
.Dias doente - últimas duas semanas (u.d.s.)	1.04	3.06	0	14	332
.Dias sem trabalhar, por doença - últimas duas semanas	0.48	2.20	0	14	320
.Dias de cama por doença - últimas duas semanas	0.43	1.99	0	14	314
.Quantas vezes foi ao médico - últimas duas semanas	0.53	0.93	0	10	353
.Há quanto tempo(dias) foi a uma consulta médica.	198.17	342.64	1	3285	473

No último ano, os participantes referem:

- número de dias que esteve doente - 26% entre 1 a 7 dias e 25,8% nenhum dia.

- número de dias que esteve sem ir trabalhar, por doença - 35,8% referem nenhum dia e 23,2% entre 1 e 7 dias.

- número de dias que esteve de cama, por doença - 36,2 refere nenhum e 26,2 entre 1 a 7 dias.

- número de vezes que foi ao médico - 71,9% refere ter ido entre 1 a 12 vezes e 10,4% nenhuma vez.

Nas últimas duas semanas, os participantes referem:

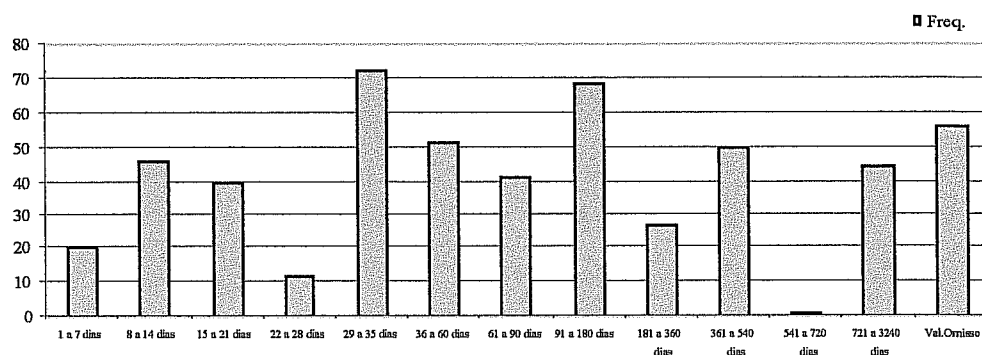
- número de dias que esteve doente - 52,3% nenhum dia e 6,6% entre 1 a 7 dias.

- número de dias que esteve sem ir trabalhar, por doença - 55,3% nenhum dia e 3,6% entre 1 a 7 dias.

- número de dias que esteve de cama, por doença - 54,9% refere nenhum e 3,2 entre 1 a 7 dias.

- número de vezes que foi ao médico - 42,3% refere nenhuma vez, 16,8% uma vez, 5,7% duas vezes e 1,3% três vezes.

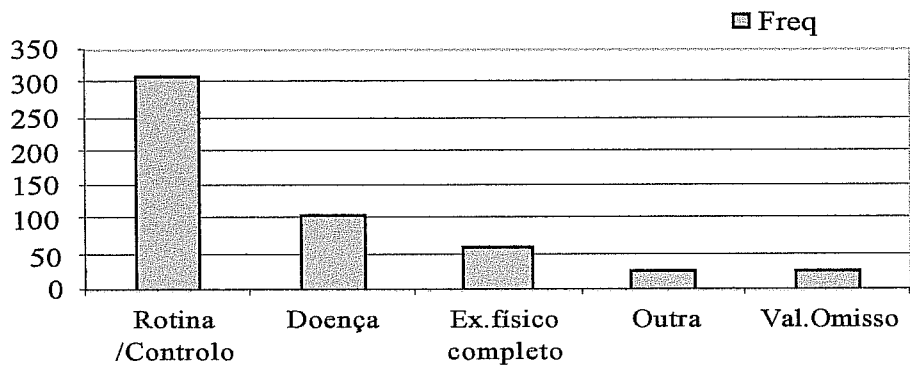
Figura 18- Há quanto tempo/dias foi a uma consulta médica. Distribuição de frequências.



O número de dias que foi à última consulta médica varia entre 1 a 3240 dias (aproximadamente nove anos). No entanto, 36,1% das respostas concentra-se entre 1 e 35 dias, 9,6% entre 36 e 60 dias e 7,7% entre 61 e 90 dias, representando 53,4% da amostra, como pode ser observado na figura 18.

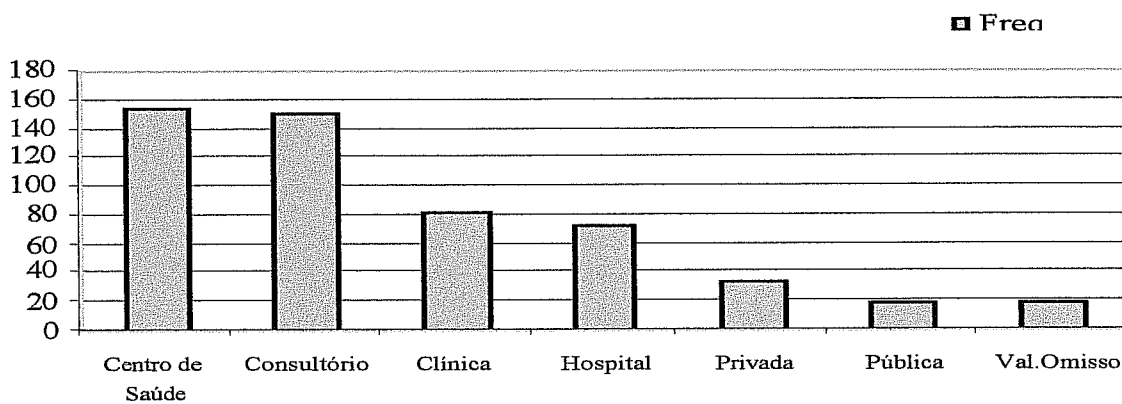
Relativamente à natureza da consulta médica, 58,7% dos participantes recorreram a uma consulta médica de rotina ou para controlo e 20% apresentavam queixas de doença, como mostra a figura 19.

Figura 19 - Natureza da consulta médica. Distribuição de frequências.



Quando recorreram ao médico, o mais procurado pelos participantes neste estudo foi o de clínica geral e/ou de família (51,1%) enquanto que 44% recorreu a diferentes especialidades médicas.

Figura 20 - Instituição. Distribuição de frequências.



A instituição onde recorreram com maior frequência (figura 20) foi o Centro de Saúde (28,9%), seguido do consultório (28,5%), da clínica (15,3%) e do hospital (14%). No entanto se considerarmos o consultório, clínica e privada numa mesma categoria de instituições de tipo privada, esta representará 50,4% das respostas dos participantes.

4 - Associação entre variáveis demográficas e de saúde e as dimensões importantes na interação/comunicação médico-utente

As variáveis demográficas(a) e de saúde (b) consideradas para análise são as que constam da segunda parte do questionário: (a) distrito onde reside, sexo, idade, escolaridade, profissão, estado civil e número de filhos; e (b) sofre de alguma doença, está a tomar medicamentos, doença no último ano (quantos dias esteve doente, sem ir trabalhar, esteve na cama por doença e quantas vezes foi ao médico), doença nas últimas duas semanas (quantos dias esteve doente, sem ir trabalhar, esteve na cama por doença e quantas vezes foi ao médico) e relativamente à última consulta médica, há quanto tempo foi, natureza da consulta, o médico e o tipo de instituição a que recorreu.

Assim foram estudadas as influências de todas as referidas variáveis na importância atribuída pelo utente, a diferentes aspectos da comunicação/interação médico-utente, numa consulta médica.

Tabela 12

Dimensões importantes na comunicação médico-utente - Zonas do país. Teste ANOVA one-way.

ICM-U	<u>M</u>	<u>DP</u>	gl	<u>F</u>
ICF1 - Escutar situação pessoal	23,86	5,21	3,50	3,98*

(*) $p < 0,008$

A análise de variância univariada, com o objectivo de estudar as diferenças entre grupos, neste caso o Norte, Sul, Lisboa e Ilhas, indica que essa diferença é significativa, $F(3,50)=3,98$, $p<0,008$, como se pode observar na tabela 12. O teste de *Scheffe* assinala diferenças significativas entre o grupo do Sul ($M=22,71$) e do Norte ($M=25$), sendo que os participantes do Norte consideram mais importante (média mais elevada) o facto do médico escutar a situação pessoal, conforme tabela 13.

Tabela 13

Escutar situação pessoal - Zona do país. Teste Scheffe.

Zona do País	<u>N</u>	<u>M</u>
Sul	96	22,71
Ilhas	116	23,20
Lisboa	224	24,35
Norte	68	25,00

Para o estudo da variável sexo procedeu-se ao cálculo da estatística *t*-student para amostras independentes, podendo ser observados os resultados obtidos na tabela 14.

Tabela 14

Dimensões importantes na comunicação médico-utente - Sexo. Teste *t*-student.

ICM-U	Sexo	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>t</u>
Informar	Mascul.	182	23,94	2,69	-2,65**
	Femin.	316	24,55	2,34	
Parceria	Mascul.	185	10,48	1,45	-2,37*
	Femin.	317	10,80	1,49	
Escutar a situação terapêutica	Mascul.	184	8,25	1,28	-2,71**
	Femin.	321	8,56	1,20	
Questionar sobre a terapêutica(QT)	Mascul.	185	7,33	1,130	-2,63**
	Femin.	322	7,58	0,86	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Verificamos que existe uma diferença significativa em relação ao sexo em quatro aspectos: (1) as mulheres ($\underline{M}=24,55$) consideram mais importante o médico informar, do que os homens ($\underline{M}=23,94$), $\underline{t} (501)=-2,65$, $p < 0,01$; (2) as mulheres ($\underline{M}=10,80$) consideram mais importante a parceria na relação com o médico, do que os homens ($\underline{M}=10,48$), $\underline{t} (502)=-2,37$, $p < 0,05$; (3) as mulheres ($\underline{M}=8,56$) consideram mais importante o médico escutar a situação terapêutica, do que os homens ($\underline{M}=8,25$), $\underline{t} (505)=-2,71$, $p < 0,01$ e (4) as mulheres ($\underline{M}=7,58$) consideram mais importante o médico questionar sobre a terapêutica, do que os homens ($\underline{M}=7,33$, $\underline{DP}=1,13$), $\underline{t} (507)=-2,63$, $p < 0,01$.

Recorremos à utilização de uma análise de variância univariada para estudo dos oito grupos da variável idade. Esta análise indica que a diferença entre os grupos é significativa, $F(7,50)=2,08$ $p<0,05$ para o aspecto de “aconselhar” e para a dimensão “respeito” por parte do médico $F(7,49)=2,14$, $p<0,05$, sendo a média mais alta para o grupo 66-75 anos e a média mais baixa para o grupo entre os 18 e os 25 anos.

Ao realizar a correlação entre a idade e as dimensões importantes na comunicação médico-utente, podemos verificar pela análise da tabela 15 que existem associações significativas ($p<0,01$) que passaremos a descrever.

Tabela 15

Correlação entre dimensões importantes na comunicação médico-utente e idade.

ICM-U	N	Correlação de Pearson
Escutar a situação pessoal	500	0,11**
Aconselhar	515	0,13**

(**) $p<0,01$.

Há uma correlação linear positiva e significativa entre a idade e os dois factores importantes na comunicação médico -utente, indicando que quanto maior é a idade mais

importante é para o utente a necessidade do médico escutar a situação pessoal, $r(500)=0,11$, $p<0,01$) e de aconselhar ($r(515)=0,13$, $p<0,01$).

Tabela 16

Correlação entre dimensões importantes na comunicação médico-utente e a escolaridade.

ICM-U	N	Correlação de Pearson
Informar	498	0,11*
Aconselhar	503	-0,13**
Parceria	500	0,18**
Disponibilidade	500	0,13**
Respeito	493	-0,10*

(*) $p<0,05$; (**) $p<0,01$.

Os resultados na tabela 16 mostram-nos que há uma correlação linear positiva e significativa entre o nível de escolaridade e os comportamentos comunicativos de informar, $r(498)=0,11$, $p<0,05$), parceria, $r(500)=0,18$, $p<0,01$) e disponibilidade, $r(500)=0,13$, $p<0,01$), indicando que quanto maior o nível de escolaridade mais importante é para o utente os aspectos de informar, de parceria e de disponibilidade.

Relativamente aos aspectos de aconselhar e de respeito, observámos uma correlação linear negativa e significativa, indicadora de que quanto maior é o nível de escolaridade menos importância é dada pelo utente aos aspectos de aconselhar, $r(503)=-0,13$, $p<0,01$), e o respeito, $r(493)=-0,10$, $p<0,05$), por parte do médico.

Tabela 17

Dimensões importantes na comunicação médico-utente -Escolaridade. Teste ANOVA one-way.

ICM-U	<u>M</u>	<u>DP</u>	gl	<u>F</u>
Escutar situação pessoal	23,79	5,20	6,483	4,42***
Parceria	10,66	1,51	6,493	6,45***
Respeito	14,04	2,30	6,486	5,77***
Satisfação com a consulta	7,33	1,00	6,494	3,25**

(***) $p<0,001$; (**) $p<0,01$

Existem diferenças significativas nas dimensões escutar situação pessoal, $F(6,483)=4,42$, $p<0,001$, parceria, $F(6,493)=6,45$, $p<0,001$, respeito, $F(6,486)=5,77$, $p<0,001$ e satisfação com a consulta, $F(6,494)=3,25$, $p<0,01$, para a variável escolaridade, conforme pode ser observado na tabela 17.

O teste *Scheffe* revelou diferenças significativas, conforme se pode observar na tabela 18.

Tabela 18

Dimensões importantes na comunicação médico-utente -Escolaridade. Teste Scheffe.

ICM-U	Escolaridade	N	M
Escutar situação Pessoal	Mestrado e Doutor.	2	17,37
	4º ano	44	25,39
	Bacharelato	68	25,76
Parceria	Mestrado e Doutor.	2	8,90
	Bacharelato	69	11,42
Respeito	Mestrado e Doutor.	2	7,67
	Licenciatura	79	13,65
	5º e 6º anos	15	13,74
	10º, 11º e 12º anos	212	13,83
	7º, 8º e 9º anos	71	14,08
	Bacharelato	69	14,78
Satisfação com consulta	4º ano	45	14,88
	Mestrado e Doutor.	2	5,11
	5º e 6º anos	16	6,85
	Licenciatura	80	7,24
	10º, 11º e 12º anos	215	7,30
	7º, 8º e 9º anos	74	7,40
	4º ano	45	7,40
Bacharelato	69	7,58	

A dimensão "escutar a situação pessoal" é mais importante para as pessoas com bacharelato, seguido dos com 4º ano e depois os com mestrado e doutoramento. A "parceria" é mais importante para as pessoas com bacharelato seguido das com mestrado e doutoramento. O "respeito" segue a seguinte ordem decrescente de importância, relativa à escolaridade: 4ºano, bacharelato, 7º/8º e 9º anos, 10º/11º e 12º anos, 5º e 6º anos, licenciatura e mestrado e doutoramento. A "satisfação com a consulta" a ordem decrescente de importância é : bacharelato, 4ºano, 7º/8º e 9º anos, 10º/11º e 12º anos, licenciatura , 5º e 6º anos e mestrado e doutoramento.

Tabela 19

Dimensões importantes na comunicação médico-utente -Grupos profissionais. Teste ANOVA one-way.

ICM-U	<u>M</u>	<u>DP</u>	gl	F
Escutar situação pessoal	24,05	5,48	2,18	10,03***
Parceria	10,97	1,49	2,18	13,26***
Respeito	14,27	2,19	2,18	6,74***
Escutar situação clínica	8,51	1,23	2,19	6,56*
Questionar sobre a terapêutica	7,55	0,93	2,19	3,91*
Satisfação com a consulta	7,40	1,01	2,18	3,84*

(***) $p < 0,001$; (*) $p < 0,05$

As tabelas 19 e 20, mostram que existem diferenças significativas para os grupos profissionais em relação a seis dimensões relacionadas com os aspectos importantes na comunicação médico-utente:

1 . Escutar situação pessoal, $F(2,186)=10,03$, $p<0,001$, sendo mais importante para os profissionais de saúde e menos para o pessoal administrativo;

2 . Parceria, $F(2,189)=13,26$, $p<0,001$, sendo mais importante para os profissionais de saúde, seguido dos estudantes e menos importante para o pessoal administrativo.

3 . Respeito, $F(2,187)=6,74$, $p<0,001$, sendo mais importante para os profissionais de saúde, seguido dos estudantes e menos importante para o pessoal administrativo.

4 . Escutar situação clínica, $F(2,190)=6,56$, $p<0,013$, sendo mais importante para os profissionais de saúde, seguido dos estudantes e menos importante para o pessoal administrativo.

5 . Questionar sobre a terapêutica $F(2,191)=3,91$, $p<0,021$, sendo mais importante para os profissionais de saúde e menos para o pessoal administrativo.

6 . Satisfação com a consulta $F(2,187)=3,84$, $p<0,023$, sendo mais importante para profissionais de saúde e menos para o pessoal administrativo.

Tabela 20

Dimensões importantes na comunicação médico-utente -Grupos profissionais. Teste Scheffe.

ICM-U	Grupos Profissionais	<u>N</u>	<u>M</u>
Escutar situação Pessoal	Pessoal administrativo	28	20,98
	Profissionais de saúde	79	25,83
Parceria	Pessoal administrativo	28	10,21
	Estudante	84	10,65
	Profissionais de saúde	80	11,56
Respeito	Pessoal administrativo	28	13,76
	Estudante	82	13,80
	Profissionais de saúde	80	14,94
Escutar situação clínica	Pessoal administrativo	28	8,26
	Estudante	83	8,29
	Profissionais de saúde	82	8,81
Questionar sobre terapêutica	Pessoal administrativo	28	7,27
	Profissionais de saúde	82	7,75
Satisfação com consulta	Pessoal administrativo	28	7,13
	Profissionais de saúde	80	7,63

Para o estudo da associação entre as dimensões da comunicação e o número de filhos utilizou-se a correlação de Pearson, como se pode observar na tabela 21.

Tabela 21

Correlação entre dimensões importantes na comunicação médico-utente e número de filhos.

ICM-U	<u>N</u>	Correlação de Pearson
Aconselhar	387	0,10*

(*) $p < 0,05$.

Existe uma correlação linear positiva e significativa indicadora de que quanto maior é o número de filhos mais importante é para o utente o facto do médico aconselhar $r(387)=0,10$, $p < 0,05$.

Tabela 22

Dimensões importantes na comunicação médico-utente - Sofrer de doença.

Teste *t*-student.

ICM-U		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>t</u>
Informar	Não	367	24,23	2,59	-1,08*
	Sim	143	24,49	2,24	

(*) $p < 0,05$

Verificamos que existe uma diferença significativa (tabela 22) em relação à situação da pessoa sofrer ou não de alguma doença, sendo que as pessoas que sofrem de alguma doença ($M=24,49$, $Dp=2,24$) consideram mais importante a informação do médico, do que as pessoas que não sofrem de doença ($M=24,23$, $Dp=2,59$), $t(500)=-1,08$, $p<0,05$.

Tabela 23

Correlação entre dimensões importantes na comunicação médico-utente e número de vezes que foi ao médico no último ano.

ICM-U	N	Correlação de Pearson
Escutar a situação clínica	439	0,11*
Questionar sobre a terapêutica	443	0,10*

(*) $p<0,05$.

Relativamente ao número de vezes que foi ao médico no último ano e a importância dada aos aspectos da comunicação, verifica-se uma correlação linear positiva e significativa indicadora de que quantos mais vezes o utente foi ao médico maior a importância dada ao facto deste escutar a situação clínica, $r(439)=0,11$, $p<0,05$, e questionar sobre a terapêutica, $r(443)=0,10$, $p<0,05$.

Encontrou-se uma correlação linear negativa e significativa indicadora de que quantos mais dias a pessoa esteve doente, nas últimas duas semanas, menos importância dá aos aspectos relativos ao respeito do médico pelo doente, $r(325)=-0,109$, $p < 0,05$.

Quantos mais dias a pessoa esteve sem ir trabalhar por doença, nas últimas duas semanas, menos importância dá aos aspectos relativos à satisfação com a consulta, é o que indica a correlação linear negativa e significativa encontrada, $r(317)=-0,130$, $p < 0,05$.

Tabela 24

Correlação entre as dimensões importantes na comunicação médico-utente e o número de dias que esteve de cama, por doença, nas últimas duas semanas.

ICM-U	N	Correlação de Pearson
Respeito	307	-0,16**
Satisfação com a consulta	312	-0,17**

(**) $p < 0,01$.

Existe uma correlação linear negativa e significativa entre aspectos importantes na comunicação médico-utente e o número de dias que a pessoa esteve de cama por doença, nas últimas duas semanas, indicadora de quantos mais dias menor é a importância dada aos aspectos relativos ao respeito do médico pelo doente, $r(307)=-0,16$, $p < 0,01$, e à satisfação com a consulta por parte do doente, $r(312)=-0,17$, $p < 0,01$, como pode ser observado na tabela 24.

Tabela 25

Correlação entre as dimensões importantes na comunicação médico-utente e “há quanto tempo/dias foi a uma consulta médica”.

ICM-U	N	Correlação de Pearson
Escutar situação pessoal	454	0,12*
Escutar a situação clínica	470	-0,09*

(*) $p < 0,05$.

Quanto aos aspectos importantes na comunicação e o tempo decorrido desde a última consulta (tabela 26 Scheffé os resultados indicam que as pessoas que foram há mais tempo a uma consulta médica consideram mais importante o médico escutar a situação pessoal (correlação linear positiva e significativa – $r(454)=0,12$, $p < 0,05$) e menos importante o médico escutar a situação clínica (correlação linear negativa e significativa – $r(470)=-0,09$, $p < 0,05$).

Tabela 26

Dimensões importantes na comunicação médico-utente -Natureza da consulta médica. Teste ANOVA one-way.

ICM-U	M	DP	gl	F
Informar	24,37	2,47	3,49	3,45*
Respeito	14,00	2,32	3,49	4,13**

(*) $p < 0,05$; (**) $p < 0,01$

A análise de variância univariada mostra (tabela 26 e tabela 27) que relativamente à natureza da consulta médica existem duas diferenças significativas nas dimensões "informar", $F(3,490)=3,45$, $p<0,016$ e "respeito", $F(3,458)=4,13$, $p<0,007$. O teste *Scheffe* apontou diferenças significativas sendo o "informar" mais importante nas consultas de rotina/controlo, seguido de consulta por doença, depois outras e finalmente consulta de exame físico completo. O respeito revelou-se mais importante nas consultas de rotina/controlo.

Tabela 27

Dimensões importantes na comunicação médico-utente -Natureza da consulta médica.
Teste Scheffe.

ICM-U	Natureza da Consulta Médica	<u>N</u>	<u>M</u>
Informar	Exame físico completo	60	23,64
	outra	26	23,97
	doença	102	24,14
	Rotina /controlo	306	24,63
Respeito	outra	27	12,92
	Rotina /controlo	303	14,26

A relação entre a especialidade médica a que recorreu e as dimensões importantes na comunicação foi estudada utilizando o teste *t*-student, como se observa na tabela 28.

Tabela 28

Dimensões importantes na comunicação médico-utente - Especialidade médica.

Teste *T*-student.

ICM-U		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>t</u>
Informar	Cl.Geral/MF	269	24,09	2,65	-2,66**
	Especialista	224	24,69	2,23	
Aconselhar	Cl.Geral/MF	267	15,00	2,15	-2,37*
	Especialista	231	15,42	1,76	
Parceria	Cl.Geral/MF	266	10,48	1,55	-3,27***
	Especialista	230	10,93	1,44	
Disponibilidade	Cl.Geral/MF	270	15,22	1,56	-2,15*
	Especialista	225	15,50	1,29	
Escutar a situação clínica	Cl.Geral/MF	268	8,34	1,32	-2,458*
	Especialista	230	8,61	1,10	

(***) $p < 0,001$; (**) $p < 0,01$; (*) $p < 0,05$

Existem diferenças significativa em relação à especialidade médica, sendo que as pessoas consideram que:

a) é mais importante o médico especialista “informar” ($\underline{M}=24,69$, $\underline{DP}=2,23$) do que o médico de clínica geral ou de família ($\underline{M}=24,09$, $\underline{DP}=2,65$), $t(493)=-2,66$, $p<0,008$;

b) é mais importante o médico especialista “aconselhar” ($\underline{M}=15,42$, $\underline{DP}=1,76$) do que o médico de clínica geral ou de família ($\underline{M}=15,00$, $\underline{DP}=2,15$), $t(498)=-2,37$, $p<0,018$;

c) é mais importante a “parceria” com o médico especialista ($\underline{M}=10,93$, $\underline{DP}=1,44$) do que com o médico de clínica geral ou de família ($\underline{M}=10,48$, $\underline{DP}=1,55$), $t(496)=-3,27$, $p<0,01$;

d) é mais importante o médico especialista “mostrar disponibilidade” ($\underline{M}=15,50$, $\underline{DP}=1,29$) do que o médico de clínica geral ou de família ($\underline{M}=15,22$, $\underline{DP}=1,56$), $t(495)=-2,15$, $p<0,032$; e

e) é mais importante o médico especialista “escutar a situação clínica” ($\underline{M}=8,61$; $\underline{DP}=1,10$) do que o médico de clínica geral/de família ($\underline{M}=8,34$, $\underline{DP}=1,32$), $t(498)=-2,45$, $p<0,05$).

Quanto à análise de variância univariada entre as dimensões da comunicação e o tipo de instituição existem diferenças entre grupos para as dimensões:

- “informar” – $F(5,496)=2,38$, $p<0,037$, sendo mais importante para o hospital ($M=25,08$) seguido do consultório ($M=24,57$), e menos importante para outra instituição pública ($M=23,77$);
- “parceria” – $F(5,498)=2,44$, $p<0,033$, sendo mais importante relativamente ao consultório ($M=10,93$) e menos importante quanto ao hospital ($M=10,63$).

5 - Associação entre variáveis demográficas e de saúde e a satisfação do utente com a interacção/comunicação médico-utente

As variáveis demográficas (a) e de saúde (b) consideradas para análise são as que constam da segunda parte do questionário: (a) distrito onde reside, sexo, idade, escolaridade, profissão, estado civil e número de filhos; e (b) sofre de alguma doença, está a tomar medicamentos, doença no último ano (quantos dias esteve doente, sem ir trabalhar, esteve na cama por doença e quantas vezes foi ao médico), doença nas últimas duas semanas (quantos dias esteve doente, sem ir trabalhar, esteve na cama por doença e quantas vezes foi ao médico) e relativamente à última consulta médica, há quanto tempo foi, natureza da consulta, o médico e o tipo de instituição a que recorreu.

Assim foram estudadas as influências de todas as referidas variáveis na satisfação do utente relativamente a diferentes aspectos da comunicação/interacção médico-utente, na última consulta médica a que recorreu.

A análise do cálculo da estatística *t*-student para amostras independentes mostrou, na tabela 29, que há duas diferenças significativas em relação ao sexo.

As pessoas do sexo masculino mostraram-se mais satisfeitos com a adequação da informação do médico na última consulta, do que as pessoas do sexo feminino ($\underline{M}=57,25$, $\underline{DP}=10,56$), $t(463)=1,44$, $p<0,05$.

Tabela 29

Satisfação do utente com a comunicação M-U - Sexo. Teste *t*-student.

SCM-U	Sexo	N	M	DP	t
Informação adequada	Masc.	170	58,86	10,56	1,44*
	Fem.	293	57,25	12,11	
Conhecer e informar sobre terapêutica	Masc.	173	41,17	7,43	0,91*
	Fem.	299	40,46	8,49	

(*) $p < 0,05$

Relativamente à dimensão "conhecer e informar sobre a terapêutica", também as pessoas do sexo masculino ($M=41,17$, $DP=7,43$) revelam-se mais satisfeitas com o médico, do que as pessoas do sexo feminino ($M=40,46$, $DP=8,49$), $t(472)=0,91$, $p < 0,05$.

A análise de variância univariada revela que existem diferenças significativas entre a variável idade e a satisfação do utente com o médico "escutar a situação pessoal", $F(7,473)=2,28$, $p < 0,03$, sendo o grupo etário entre 46 e 55 anos ($M=28,16$) os mais satisfeitos e o grupo entre os 18 e os 25 anos ($M=24,76$) os menos satisfeitos.

Fez-se o estudo da associação entre as variáveis idade e a satisfação com a comunicação médico-utente, como pode ser observado na tabela 30.

Tabela 30

Correlação entre satisfação do utente com a comunicação M-U e a idade.

SCM-U	N	Correlação de Pearson
Informação adequada	471	0,13**
Escutar situação pessoal	481	0,14**
Conhecer e informar sobre terapêutica	480	0,14**
Autonomia	492	0,10*

(**) $p < 0,01$; (*) $p < 0,05$

Existe uma correlação linear positiva e significativa entre a idade e a satisfação com a consulta, no sentido de que quanto maior a idade mais satisfeito o utente ficou, na última consulta médica, relativamente aos aspectos da comunicação: informação adequada, $r(471)=0,139$, $p < 0,01$, escutar situação pessoal, $r(481)=0,14$, $p < 0,01$, conhecer e informar sobre a terapêutica $r(480)=0,14$, $p < 0,01$ e autonomia $r(492)=0,10$, $p < 0,05$.

Relativamente à escolaridade o teste ANOVA revelou diferenças significativas na dimensão “autonomia” $F(6,474)=3,07$, $p < 0,006$, no sentido de que as pessoas com bacharelato ($M=4,99$) ficaram mais satisfeitas com a autonomia e as com 5º e 6º anos ficaram menos satisfeitas.

A análise de variância univariada revela que existem diferenças significativas na variável grupos profissionais e as dimensões parceria, $F(2,183)=3,30$, $p<0,039$ e autonomia $F(2,181)=3,64$, $p<0,028$, como pode ser observado na tabela 31. São os participantes profissionais de saúde (“parceria”- $M=27,92$; “autonomia”- $M=4,97$) que se mostram mais satisfeitos com estas duas dimensões, enquanto que o pessoal administrativo foi o grupo que se mostrou menos satisfeito com as mesmas dimensões (“parceria”- $M=25,75$; “autonomia”- $M=4,47$).

Tabela 31

Satisfação do utente com a comunicação M-U -Grupos profissionais. Teste ANOVA one-way.

SCM-U	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>gl</u>	<u>F</u>
Parceria	26,98	4,48	2,18	3,30*
Autonomia	4,73	1,07	2,18	3,64*

(*) $p<0.05$

Para a variável estado civil e a dimensão “informação adequada”, a análise de variância univariada também indica diferenças significativas, $F(4,463)=2,62$, $p<0,034$, apresentando as pessoas casadas maior nível de satisfação ($M=59,38$) e as divorciadas menor nível de satisfação ($M=53,99$).

Tabela 32.

Correlação entre a satisfação do utente com a comunicação M-U e o número de filhos.

SCM-U	N	Correlação de Pearson
Informação adequada	354	0,13*
Escutar situação pessoal	366	0,14**
Conhecer e informar-me sobre a terapêutica	364	0,12*
Autonomia	371	0,13**

(**) $p < 0,01$; (*) $p < 0,05$

O coeficiente de correlação de Pearson, conforme tabela 32, mostra que quanto maior o número de filhos, mais satisfeito a pessoa ficou relativamente a: “informação adequada”, $r(354)=0,13$, $p < 0,05$, “escutar situação pessoal”, $r(366)=0,14$, $p < 0,01$, “conhecer e informar-me sobre a terapêutica”, $r(364)=0,12$, $p < 0,05$, e “autonomia”, $r(371)=0,13$, $p < 0,01$.

Tabela 33

Satisfação do utente com a comunicação M-U - Sofrer de doença. Teste *t*-student.

SCM-U	Doença	N	M	DP	t
Informação adequada	Não	337	56,71	11,89	-4,03**
	Sim	134	61,35	9,44	
Parceria	Não	352	26,35	4,44	-3,14*
	Sim	139	27,68	3,51	

(**) $p < 0,01$; (*) $p < 0,05$

Existem duas diferenças significativas em relação ao facto da pessoa sofrer ou não de alguma doença (tabela 33), sendo que as pessoas que referem sofrer de alguma doença ($\underline{M}=61,35$, $\underline{DP}=9,44$) mostram-se mais satisfeitos com a informação adequada do médico, do que as pessoas que referem não sofrer de qualquer doença ($\underline{M}=56,71$, $\underline{DP}=11,89$), $t(471)=-4,03$, $p<0,01$). Também as pessoas que sofrem de alguma doença ($\underline{M}=27,68$, $\underline{DP}=3,51$) revelam-se mais satisfeitas com a dimensão de parceria do médico, do que as pessoas que referem não sofrer de qualquer doença ($\underline{M}=26,35$, $\underline{DP}=4,44$), $t(491)=-3,14$, $p<0,05$.

Tabela 34

Satisfação do utente com a comunicação M-U -Está a tomar medicamentos.

Teste *t*-student.

SCM-U	Medicação	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>t</u>
Informação adequada	Não.	299	56,60	12,01	-2,38*
	Sim, sem receita médica	5	69,45	2,80	

(*) $p<0,05$

As pessoas que referem estar a tomar medicamentos ($\underline{M}=69,45$, $\underline{DP}=2,80$) sem receita médica ficaram mais satisfeitos com a informação adequada do médico na última consulta, do que as pessoas que não estão a tomar medicamentos ($\underline{M}=56,6$, $\underline{DP}=2,8$), $t(304)=-2,38$, $p<0,039$, conforme tabela 34.

A análise de variância univariada revelou que existem diferenças significativas entre o número de vezes que a pessoa foi ao médico no último ano e as dimensões “conhecer e informar-me sobre a terapêutica” $F(2,33)=2,97$, $p<0,05$ (os mais satisfeitos são os participantes que foram ao médico entre uma e 12 vezes, $\underline{M}=40,95$) e “autonomia” $F(2,33)=3,41$, $p<0,05$ (os mais satisfeitos são os participantes que referem não ter ido ao médico, $\underline{M}=4,86$), como se pode observar na tabela 35.

Tabela 35

Satisfação do utente com a comunicação M-U - No último ano quantas vezes foi ao médico. Teste ANOVA one-way.

SCM-U	<u>M</u>	<u>DP</u>	gl	<u>F</u>
Conhecer e informar-me sobre a terapêutica	40,63	8,03	2,33	2,97*
Autonomia	4,71	1,10	2,33	3,41*

(*) $p<0,05$

A tabela 36 mostra que existem diferenças significativas entre a natureza da consulta médica e as dimensões de satisfação com a comunicação, em “escutar a situação pessoal” $F(3,46)=2,71$, $p<0,045$ e “conhecer e informar-me sobre a terapêutica” $F(3,46)=4,10$, $p<0,007$, mostrando-se mais satisfeitos os participantes que referem que a última consulta foi para exame físico completo.

Tabela 36

Satisfação do utente com a comunicação M-U -Natureza da consulta médica. Teste ANOVA one-way.

SCM-U	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>gl</u>	<u>F</u>
Escutar situação a minha situação pessoal	26,14	6,48	3,46	2,71*
Conhecer e informar-me sobre a terapêutica	40,76	8,14	3,46	4,10**

(**) $p<0,01$, (*) $p<0,05$

Tabela 37

Satisfação do utente com a comunicação M-U - Especialidade médica. Teste *T*-student.

SCM-U	Esp. Médica	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>t</u>
Informação adequada	Cl.Geral/MF	246	56,21	12,66	-3,49***
	Especialista	212	59,96	9,82	
Conhecer e informar-me sobre a terapêutica	Cl.Geral/MF	253	39,44	8,89	-3,87**
	Especialista	214	42,33	6,87	
Parceria	Cl.Geral/MF	256	25,97	4,60	-4,20*
	Especialista	222	27,59	3,68	

(***) $p < 0,0001$, (**) $p < 0,01$, (*) $p < 0,05$

Relativamente à satisfação com a comunicação na consulta, em função da especialidade médica, observam-se na tabela 37, três diferenças significativas:

1 - maior satisfação com a "informação adequada" do médico especialista ($M=59,96$, $DP=9,82$) do que com a do médico de clínica geral/médico de família ($M=56,21$, $DP=12,66$), $t(458) = -3,49$, $p < 0,0001$;

2 - maior satisfação com a dimensão "conhecer e informar-me sobre a terapêutica" do médico especialista ($\underline{M}=42,33$, $\underline{DP}=6,57$) do que do médico de clínica geral/médico de família ($\underline{M}=39,44$, $\underline{DP}=8,89$), $t(467) = -3,87$, $p < 0,01$;

3 - maior satisfação com a dimensão "parceria" do médico especialista ($\underline{M}=27,59$, $\underline{DP}=3,68$) do que do médico de clínica geral/médico de família ($\underline{M}=25,97$, $\underline{DP}=4,60$), $t(478) = -4,2$, $p < 0,05$.

A análise de variância univariada, com o objectivo de estudar as diferenças entre os tipos de instituição e as diferentes dimensões de satisfação com a comunicação na consulta médica, indica que há diferenças significativas entre grupos:

- dimensão "informação adequada", $F(5,460) = 5,67$, $p < 0,0001$ (consultório $\underline{M}=61,67$, Centro de Saúde $\underline{M}=54,76$);
- dimensão "conhecer e informar-me sobre a terapêutica", $F(5,469) = 5,07$, $p < 0,0001$ (consultório $\underline{M}=43,29$, Centro de Saúde $\underline{M}=38,70$);
- dimensão "parceria", $F(5,480) = 5,78$, $p < 0,0001$ (consultório $\underline{M}=28,11$, Centro de Saúde $\underline{M}=25,61$);

o que mostra que os participantes ficaram mais satisfeitos com a comunicação/interacção em consultório e menos satisfeitos com a comunicação em Centro de Saúde.

6. Nível de satisfação global em relação à última consulta médica

Com a questão nº50 da escala de satisfação com a comunicação na última consulta médica (SCM-U), pretendia-se que o respondente graduasse a sua satisfação global com a consulta, numa escala de 1 a 5. Devido à sua característica genérica e abrangente, decidiu-se tratar esta questão separadamente, cujos resultados de seguida apresentamos.

a) Estatística descritiva

As respostas relativamente à satisfação global com a comunicação M-U na última consulta médica, variaram entre 1 e 5.

O nível de satisfação em relação à última consulta médica a $\underline{M}=3,98$ ($\underline{DP}=0,99$).

A satisfação global com a consulta é positiva, tendo 74% dos participantes respondido entre o satisfeito e o muito satisfeito. Apenas 11% dos participantes referem que ficaram insatisfeitos com a consulta, como pode ser observado na tabela 38.

Tabela 38

Satisfação global com a última Consulta Médica. Estatística descritiva.

Satisfação global com a Consulta Médica	Freq.	%
(1) Muito Insatisfeito	15	2,8
(2) Insatisfeito	34	6,4
(3) Neutro	62	11,7
(4) Satisfeito	229	43,2
(5) Muito Satisfeito	164	30,9
Não Resposta	26	4,9

b) Associação com as variáveis demográficas e de saúde

As variáveis demográficas (a) e de saúde (b) consideradas para análise são as que constam da segunda parte do questionário: (a) distrito onde reside, sexo, idade, escolaridade, profissão, estado civil e número de filhos; e (b) sofre de alguma doença, está a tomar medicamentos, doença no último ano (quantos dias esteve doente, sem ir trabalhar, esteve na cama por doença e quantas vezes foi ao médico), doença nas últimas duas semanas (quantos dias esteve doente, sem ir trabalhar, esteve na cama por doença e quantas vezes foi ao médico) e relativamente à última consulta médica, há quanto tempo foi, natureza da consulta, o médico e o tipo de instituição a que recorreu.

Assim foram estudadas as influências de todas as referidas variáveis na satisfação global do utente relativamente à comunicação/interacção médico-utente, na última consulta médica a que recorreu.

Tabela 39

Satisfação global com a última consulta médica - Sexo. Teste *t*-student.

Satisfação Global	Sexo	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>t</u>
Globalmente, o meu nível de satisfação em relação à última consulta foi...	Masculino	177	4,03	0,86	0,85***
	Feminino	311	3,95	1,06	

(***) $p < 0,001$

Observam-se diferenças significativas relativamente ao sexo, sendo que os homens ($\underline{M}=4,03$, $\underline{DP}=0,86$) afirmam ter ficado globalmente mais satisfeitos do que as mulheres ($\underline{M}=3,94$, $\underline{DP}=1,06$), $t(488)=0,85$, $p < 0,001$ com a comunicação na última consulta, como se pode verificar na tabela 39.

Tabela 40

Correlação entre satisfação global com a última consulta médica e a idade.

Sat 50	<u>N</u>	Correlação de Pearson
Globalmente, o meu nível de satisfação em relação à última consulta foi...	497	0,15**

(**) $p < 0,01$.

Quanto maior a idade, maior o nível de satisfação global em relação à última consulta, observada pela correlação linear positiva e significativa, $r(497)=0,15$, $p < 0,01$.

Tabela 41

Correlação entre a satisfação global com a última consulta médica e o número de filhos.

Sat 50	<u>N</u>	Correlação de Pearson
Globalmente, o meu nível de satisfação em relação à última consulta foi...	373	0,13 **

(**) $p < 0,01$

Há uma correlação linear positiva e significativa indicadora de que quanto maior o número de filhos, maior o nível de satisfação com a última consulta médica, $t(373)=0,13$, $p<0,01$.

Tabela 42

Satisfação global com a última consulta médica -Sofre de alguma doença. Teste *t*-student.

Sat 50	Doença	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>t</u>
Globalmente, o meu nível de satisfação em relação à última consulta foi...	Não	356	3,87	1,04	-4,32*
	Sim	139	4,29	0,76	

(*) $p<0,05$

Observa-se na tabela 42 que as pessoas que referem sofrer de alguma doença ($\underline{M}=4,29, \underline{DP}=0,76$) ficaram mais satisfeitos com a última consulta do que as pessoas que referem não sofrer de qualquer doença ($\underline{M}=3,87, \underline{DP}=1,04$), $t(495)=-4,32$, $p<0,031$.

Tabela 43

Satisfação global com a última consulta médica -Nas últimas duas semanas quantos dias esteve doente. Teste ANOVA one-way.

Sat 50	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>gl</u>	<u>F</u>
Globalmente, o meu nível de satisfação em relação à última consulta foi...	3,96	1,01	2,31	3,10*

(*) $p<0,05$

A análise de variância univariada mostra-nos (tabela 43) que existem diferenças significativas na variável número de dias doente nas últimas duas semanas, $F(2,314)=3,10$, $p<0,046$ e o grau de satisfação global em relação à última consulta médica, sendo que revelaram-se mais satisfeitos os que estiveram doentes entre 8 a 14 dias, e menos satisfeitos os que estiveram doentes entre 1 a 7 dias (tabela 44).

Tabela 44

Satisfação global com a última consulta médica - Nas últimas duas semanas quantos dias esteve doente. Teste *Scheffe*.

Sat 50		<u>N</u>	<u>M</u>
Nas últimas duas semanas quantos dias esteve doente	1 a 7 dias	34	3,71
	0	264	3,95
	8 a 14 dias	19	4,42

Tabela 45

Satisfação global com a última consulta médica - Instituição. Teste ANOVA one-way.

Sat 50	<u>M</u>	<u>DP</u>	gl	F
Globalmente, o meu nível de satisfação em relação à última consulta foi...	3,99	1	5,48	6,98***

(***) $p<0,001$

A análise de variância mostra-nos (tabela 45) que existem diferenças significativas na variável tipo de instituição, $F(5,48)=6,98$, $p<0,001$ e o grau de satisfação global em relação à última consulta médica, sendo que revelaram-se mais satisfeitas as pessoas que recorreram ao consultório, e menos satisfeitas as que recorreram ao Centro de Saúde (tabela 46).

Tabela 46

Satisfação global com a última consulta médica - Instituição. Teste *Scheffe*.

Instituição	<u>N</u>	<u>M</u>
Centro de Saúde	145	3,71
Consultório	148	4,35

7 – Relação entre as dimensões importantes na comunicação médico-utente e a satisfação com a comunicação na consulta médica

A partir das dimensões encontradas da importância da comunicação (IC) e da satisfação com a comunicação (SC) médico-utente fez-se a análise da correlação entre as duas escala, como podemos observar na tabela 47.

Tabela 47

Correlação entre as dimensões da importância da comunicação e as dimensões da satisfação com a comunicação.

	IC1	IC2	IC3	IC4	IC5	IC6	IC7	IC8	IC9
SC1	0,22**	0,15**	0,31**	0,16**	0,19**	0,28**	0,18**	0,13**	0,25**
SC2	0,51**	0,11*	0,23**	0,24**	0,10*	0,41**	0,21**	0,21**	0,26**
SC3	0,26**	0,15**	0,23**	0,16**	0,18**	0,26**	0,20**	0,15**	0,21**
SC4	0,28**	0,23**	0,30**	0,34**	0,26**	0,29**	0,27**	0,21**	0,24**
SC5	0,36**	0,20**	0,31**	0,23**	0,17**	0,46**	0,25**	0,18**	0,41**

(**) $p < 0,01$; (*) $p < 0,05$

Legenda da tabela:

IC1- Escutar a situação pessoal
 IC2- Informar sobre a terapêutica
 IC3- Aconselhar
 IC4- Parceria
 IC5- Disponibilidade
 IC6- Respeito
 IC7- Escutar a situação clínica
 IC8- Questionar sobre a terapêutica
 IC9- Satisfação com a consulta

SC1- Informação geral adequada
 SC2- Escutar situação pessoal
 SC3- Conhecer e informar-me sobre a terapêutica
 SC4- Parceria
 SC5- Autonomia

O estudo das associações entre as dimensões importantes na comunicação e as dimensões de satisfação com a comunicação, revela correlações lineares positivas e estatisticamente significativas entre os dois grupos de dimensões. As correlações mais elevadas são entre:

- (IC1)-"escutar a situação pessoal" e (SC2)-" escutar a situação pessoal", $r(476)=0,51, p<0,01$;
- (IC6)- "respeito" e (SC5)- "autonomia", $r(492)=0,46, p<0,01$;
- (IC9)- "satisfação com a consulta" e (SC5)- "autonomia", $r(495)=0,41, p<0,01$;
- (IC6)- "respeito" e (SC2)- "escutar a situação pessoal", $r(483)=0,41, p<0,01$;
- (IC4)- "parceria" e (SC4)- "parceria", $r(494)=0,34, p<0,01$.

As correlações mais fracas são entre:

- (IC5)- "disponibilidade" e (SC2)- e "escutar a situação pessoal", $r(483)=0,10, p<0,05$;
- (IC2)- "informar sobre a terapêutica" e (SC2)- "escutar situação pessoal", $r(483)=0,11, p<0,05$.

DISCUSSÃO

A comunicação médico-utente é o tema que nos propusemos estudar neste trabalho de investigação. A análise do processo de investigação e dos resultados e a sua relação com a teoria e com alguns estudos já realizados, fornece-nos alguma informação que consideramos relevante e constitui objecto de discussão neste capítulo.

Este estudo tem como população alvo o cidadão em geral, “o público”, independentemente de ser um utilizador mais ou menos activo dos serviços de saúde. A amostra recolhida inclui participantes de todos os distritos do país, incluindo as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores. No entanto, a maioria dos participantes é do distrito de Lisboa.

A esta amostra foi aplicado um questionário que elaborámos e desenvolvemos, com o objectivo de conhecer, na perspectiva do utente, quais os aspectos mais importantes da comunicação médico-utente inerentes ao processo de consulta, qual o seu nível de satisfação com a comunicação, na última consulta médica e, finalmente, se há alguma relação entre o grau de importância dos diferentes aspectos da comunicação e a satisfação do utente com a consulta.

Conscientes de que estas variáveis estão dependentes e podem ser afectadas por diversos factores inerentes às características da pessoa e à sua condição bio-psico-social, recolhemos juntos dos participantes a informação que julgámos necessária para a sua caracterização quer ao nível dos aspectos demográficos, quer ao nível da sua situação de saúde/doença.

A amostra é jovem, concentrando-se entre os 18 e os 45 anos, maioritariamente casada e com dois filhos. A escolaridade mínima para inclusão no estudo foi o 4º ano e o nível de escolaridade mais representativo desta amostra é o do 10º a 12º anos. O grupo socio-profissional mais representado é o pessoal administrativo, seguido dos profissionais de saúde. O grupo de estudantes representa uma percentagem importante da população estudada, sendo maioritariamente das áreas das ciências sociais e humanas e das ciências da saúde.

Este capítulo de discussão está dividido em cinco partes:

- ◆ Aspectos importantes para o utente na comunicação médico-utente e sua satisfação na consulta médica.
- ◆ Propriedades psicométricas do questionário.
- ◆ Variáveis demográficas e de saúde do utente e sua influência na identificação dos aspectos importantes na comunicação médico-utente e sua satisfação na consulta médica.
- ◆ Implicações do estudo.
- ◆ Recomendações para investigações futuras.

A . Aspectos importantes para o utente na comunicação médico-utente e sua satisfação na consulta médica

A análise da estatística descritiva revela-nos quais os aspectos mais importantes para o utente na comunicação médico-utente, bem como com quais desses aspectos da comunicação com o seu médico ele ficou mais satisfeito, relativamente à última consulta médica a que teve necessidade de recorrer. A figura 21 mostra por ordem decrescente estes aspectos.

Figura 21 - Perspectiva do utente sobre os aspectos da comunicação importantes na consulta médica comparativamente com os aspectos com que ficou menos e mais satisfeito na última consulta médica.

Comunicação / Interação Médico-Utente	
<u>Aspectos mais importantes</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fazer perguntas sobre sinais e sintomas ◆ Tratar o utente com respeito ◆ Aconselhar o utente em como evitar/prevenir as doenças e a manter-se saudável ◆ Mostrar competência técnica ◆ Atender o utente sem ser apressadamente ◆ Informar sobre o diagnóstico ◆ Explicar porque determinado tratamento é recomendado ◆ Informar/explicar e discutir os resultados do exame físico, dos exames complementares de diagnóstico e do tratamento ◆ Esforçar-se/mostrar interesse para que o utente compreenda a mensagem ◆ Fazer o utente sentir-se como se pudesse falar de qualquer tipo de problema sem quaisquer receios 	
<i>Aspectos que não satisfizeram o utente</i>	<i>Aspectos que mais satisfizeram o utente</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fazer perguntas sobre as relações sociais do utente ▪ Deixar o utente falar sobre as suas relações sociais ▪ Fazer perguntas sobre sentimentos e emoções do utente ▪ Fazer perguntas sobre os problemas do dia-a-dia do utente ▪ Fazer perguntas sobre a situação social, familiar e profissional do utente ▪ Deixar o utente falar sobre a sua situação social, familiar e profissional ▪ Deixar o utente falar sobre os seus problemas do dia-a-dia ▪ Mostrar interesse em que seja o utente a decidir sobre o tratamento que quer realizar ▪ Deixar o utente falar sobre os seus sentimentos e emoções. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratar a pessoa com respeito ▪ Mostrar competência técnica ▪ Fazer perguntas sobre sinais e sintomas ▪ Zelar pela confidencialidade relativa à situação ▪ Cumprimentar/saudar o utente ▪ Promover as condições para a privacidade do utente ▪ Deixar o utente falar sobre os seus sinais e sintomas ▪ Informar sobre o diagnóstico ▪ Manter contacto visual adequado ▪ Aconselhar o utente em como evitar / prevenir as doenças e a manter-se saudável ▪ Prestar atenção/escutar e dar respostas apropriadas enquanto o utente descreve a sua situação ▪ Esforçar-se/mostrar interesse em que o utente compreenda ▪ Atender o utente sem ser apressadamente ▪ Saber o que é melhor para o utente ▪ Fazer o utente sentir-se como se pudesse falar de qualquer tipo de problema sem quaisquer receios ▪ Explicar porque determinado tratamento é recomendado ▪ Dar uma explicação do que vai acontecendo durante o exame/observação

B. Propriedades psicométricas do questionário/escala

O questionário Comunicação/Interacção Médico-Utente (CIMU) é constituído por três partes. Focamos agora a nossa atenção apenas na Iª Parte – Importância da Comunicação Médico-Utente (ICM-U) e na IIIª Parte – Satisfação com a Comunicação Médico-Utente (SCM-U).

As 49 afirmações que constituem estas duas partes do questionário são idênticas e distribuem-se por quatro categorias ou dimensões teóricas - conteúdo, afectiva, processo e a ética, relacionadas com a comunicação e interacção relacional no encontro médico-utente na situação de consulta médica. O questionário SCM-U tem uma 50ª afirmação, relacionada com a satisfação global com a comunicação.

Utiliza-se uma escala tipo Likert, como técnica de medição das respostas. A escala ordinal varia entre um e cinco, sendo 1 - “sem nenhuma importância” (ICM-U) / “muito insatisfeito” (SCM-U) e 5 - “muito importante” (ICM-U) / “muito satisfeito” (SCM-U).

O questionário é de auto-preenchimento e individual. São explicados os objectivos gerais do questionário na primeira página e é pedido o anonimato e garantida a confidencialidade.

Para análise da validade de construto das escalas (ICM-U e SCM-U), validação das dimensões encontradas e identificação das relações entre itens, utilizou-se análise factorial (análise de componentes principais) e consistência interna.

Para a escala ICM-U encontraram-se nove factores/dimensões que explicam 58,43% da variância total. A fidelidade de cada uma das dimensões encontradas, analisada através de Alpha de Cronbach, revela que têm consistência interna satisfatória.

Para a escala SCM-U encontraram-se cinco factores/dimensões que explicam 65,23% da variância total. A fidelidade de cada uma das dimensões encontradas, analisada através de Alpha de Cronbach, revela que têm boa consistência interna.

A correlação entre as duas escalas, nas dimensões encontradas, é positiva e significativa.

Figura 22 - Comunicação Médico-Utente. Aspectos importantes na interacção na consulta versus aspectos de satisfação com a consulta médica.

Comunicação Médico-Utente	
<i>Aspectos Importantes na Consulta</i>	<i>Aspectos de Satisfação com a Consulta</i>
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Escutar situação pessoal do utente ◆ Informar sobre terapêutica ◆ Aconselhar ◆ Parceria ◆ Disponibilidade ◆ Respeito ◆ Escutar a situação clínica ◆ Questionar sobre a terapêutica ◆ Satisfação com a consulta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informação geral adequada ▪ Escutar situação pessoal ▪ Conhecer e informar o utente sobre a terapêutica ▪ Parceria ▪ Autonomia

O questionário possui apropriabilidade, aceitabilidade, interpretabilidade e utilidade para medir a importância e satisfação relativamente aos aspectos presentes na comunicação médico-utente, na perspectiva do utente. Pode também ser considerado um instrumento económico de avaliação, dado o seu tempo de preenchimento ser relativamente curto.

C. Variáveis demográficas e de saúde do utente e sua influência na identificação dos aspectos importantes na comunicação médico-utente e sua satisfação na consulta médica

Variáveis Demográficas

Zona da país

Os participantes do Norte consideram mais importante na consulta médica o médico “escutar a situação pessoal” do utente, do que os participantes do Sul. Não se encontrou diferenças relativamente à satisfação com a comunicação.

Sexo

Na comunicação médico-utente as mulheres consideram como dimensões mais importantes a ocorrerem na consulta: informar, parceria na relação, o médico escutar a

situação terapêutica e questionar sobre a terapêutica. Os homens ficam satisfeitos quando ocorrem na consulta as dimensões: informação adequada e conhecer e informar sobre a terapêutica.

Os homens afirmam ter ficado globalmente mais satisfeitos com a comunicação, na última consulta médica, do que as mulheres.

Idade

As pessoas entre os 66 e os 75 anos consideram mais importante o “aconselhar” e o “respeito”, sendo os participantes mais jovens entre 18 e 25 anos os que dão menos valor aos mesmos aspectos. O estudo da correlação mostrou também que quanto maior a idade mais importante é para o utente a necessidade do médico escutar a situação pessoal e de aconselhar.

Quanto à satisfação com a comunicação, a dimensão “escutar a situação pessoal” foi a que mais satisfez o grupo etário compreendido entre os 46 e os 55 anos.

Quanto maior a idade mais satisfeito o utente fica com: informação adequada, escutar a situação pessoal, conhecer e informar sobre a terapêutica e autonomia.

A satisfação global com a comunicação em relação à última consulta é maior quanto maior for a idade.

Escolaridade

A escolaridade é uma variável que também apresentou algumas características distintas e que vale a pena evidenciar:

- quanto maior o nível de escolaridade mais importante é para o utente as dimensões de informar, de parceria e de disponibilidade.

- inversamente quanto maior o nível de escolaridade menos importância é dada pelo utente às dimensões de aconselhar e de respeito por parte do médico.

- são as pessoas com bacharelato que dão maior importância a “escutar a situação pessoal”, “parceria” e “satisfação com a consulta”, enquanto que são as pessoas com o 4º ano que dão maior importância ao “respeito”.

- a satisfação com a comunicação foi maior, na dimensão “autonomia” para as pessoas com bacharelato e menor para aquelas com o 5º e 6º anos.

Grupo profissional

Existem diferenças significativas para três grupos profissionais (profissionais de saúde, pessoal administrativo e estudantes) quanto às dimensões importantes na comunicação, sendo que os profissionais de saúde consideram mais importante “escutar a situação pessoal”, “parceria”, “respeito”, “escutar a situação clínica”, “questionar sobre a terapêutica” e “satisfação com a consulta”, enquanto que o pessoal administrativo valoriza menos estes aspectos.

Os profissionais de saúde mostram-se mais satisfeitos com a "parceria" e "autonomia", contrariamente ao pessoal administrativo que são os menos satisfeitos, de todos os grupos profissionais, com estes aspectos.

Número de filhos

Quanto maior o número de filhos mais importante é para o utente o facto do médico "aconselhar".

Quanto maior o número de filhos mais satisfeita a pessoa ficou relativamente a "informação adequada", "escutar a situação pessoal", "conhecer e informar sobre a terapêutica" e "autonomia".

Quanto maior o número de filhos, maior o nível de satisfação global com a comunicação na última consulta médica.

Variáveis de Saúde

Sofre de alguma doença

As pessoas que sofrem de alguma doença consideram mais importante a "informação" do médico, do que as que não sofrem de doença.

As pessoas que sofrem de alguma doença ficaram mais satisfeitas com a “informação adequada” do médico e “parceria”, do que as que não sofrem de doença.

Igualmente, as pessoas que sofrem de alguma doença ficaram globalmente mais satisfeitas com a comunicação na última consulta.

Está a tomar medicação

As pessoas que referem estar a tomar medicamentos sem receita médica ficaram mais satisfeitos com a “informação adequada” do médico na última consulta, do que as que não estão a tomar medicamentos.

Situação de saúde/doença no último ano

Quanto mais vezes foi ao médico, no último ano, tanto maior a importância dada ao facto deste “escutar a situação clínica” e “questionar sobre a terapêutica”.

Relativamente à satisfação com comunicação a dimensão “conhecer e informar sobre a terapêutica” satisfaz mais os participantes que foram ao médico entre uma a doze vezes e “autonomia” satisfaz mais aqueles que referem não ter ido ao médico.

Situação de saúde/doença nas últimas duas semanas

Quanto mais dias a pessoa esteve doente, nas últimas duas semanas, menos importância dá aos aspectos relativos ao “respeito” do médico pelo doente.

Menos importância é dada aos aspectos relativos à “satisfação com a consulta”, quanto mais dias tiver estado sem ir trabalhar por doença.

Quanto mais dias esteve de cama por doença, menor é a importância dada aos aspectos relativos ao “respeito” e à “satisfação com a consulta”.

As pessoas que referem ter estado doentes entre 8 a 14 dias revelaram-se globalmente mais satisfeitas com a comunicação.

Há quanto tempo foi a uma consulta médica

As pessoas que foram há mais tempo a uma consulta médica consideram mais importante o médico “escutar a situação pessoal” e menos importante o médico “escutar a situação clínica”.

Natureza da consulta médica

As dimensões “informar” e “respeito” foram consideradas mais importantes relativamente a consultas de rotina/controlo.

As pessoas cujo objectivo de ida à última consulta médica foi o exame físico completo, revelaram-se mais satisfeitos com as dimensões “escutar a situação pessoal” e “conhecer e informar sobre a terapêutica”.

Especialidade médica

Em relação à especialidade médica os participantes consideraram mais importantes, para o médico especialista, as dimensões: “informar”, “aconselhar”, “parceria”, “disponibilidade” e “escutar a situação clínica”.

No que diz respeito à satisfação com a comunicação as pessoas mostram-se mais satisfeitas com o médico especialista quanto a “informação adequada”, “conhecer e informar sobre a terapêutica” e “parceria”, do que com o médico de clínica geral/médico de família.

Instituição

Quanto à instituição observam-se diferenças no sentido de que, é mais importante a dimensão “informar” relacionada com o hospital e menos com outras instituições públicas e é mais importante a “parceria” no consultório e menos no hospital.

Em relação à satisfação com a comunicação em função da instituição a que o utente recorreu, nas dimensões em que se encontrou diferenças significativas, “informação adequada”, “conhecer e informar sobre a terapêutica” e “parceria”, os utentes ficaram mais satisfeitos com o consultório e menos satisfeitos com o Centro de Saúde.

As pessoas que recorreram ao médico em consultório mostram-se globalmente mais satisfeitas com a comunicação do que as que recorreram a Centro de Saúde.

D . Implicações do estudo

Este estudo evidencia e chama a atenção para a necessidade de se conhecer as expectativas e necessidades do utente face à comunicação e informação na consulta médica, considerando as suas especificidades pessoais e de saúde e doença.

Outro aspecto significativo é a pertinência da informação da população utente, consumidor dos serviços de saúde, a valorização do seu papel e o reforço da sua importância como elemento fundamental dentro do sistema de saúde, na adequação e melhoria dos cuidados.

Aspectos mais específicos do estudo poderão dar um contributo na organização dos serviços de saúde, nomeadamente de saúde ocupacional e medicina do trabalho, procurando ter em conta as especificidades da população a que o serviço se destina.

Do estudo ressalta a necessidade ou reforço do ensino/educação na formação médica de perícias comunicativas em benefício não só do acto médico como da humanização do processo e do bem estar e satisfação do utente.

O conhecimento por parte de outros profissionais de saúde, com uma abordagem clínica face ao doente (terapeutas, enfermeiros, psicólogos), dos aspectos percebidos pelo utente como essenciais para uma comunicação efectiva representando assim as expectativas do utente face à relação terapêutica, pode ajudar a adequar e eventualmente a melhorar de uma forma consciente a sua actuação.

E. Recomendações para investigações futuras

Algumas das recomendações que apresentamos resultam de limitações encontradas durante esta investigação assim como da reflexão constante ao longo deste percurso sobre aspectos a melhorar ou a adequar.

Para melhor conhecimento do “público” consumidor dos cuidados de saúde seria aconselhável aumentar a amostra tornando-a representativa da população.

É importante conhecer o utilizador activo dos serviços de saúde de diferentes formas, nomeadamente por tipo de patologia/tipo de especialidade médica a que recorre, dado que o tipo de “queixa” (somática, psico-social ou ambas) pode ter influência no padrão comunicacional da entrevista médica.

Conhecer, sobre esta temática do estudo, o utilizador dependente dos serviços de saúde: o doente crónico (por tipo de doença), a pessoa deficiente (por tipo de deficiência) e o idoso.

Concluindo é necessário ter sempre presente que os utentes variam nas suas expectativas, preferências e necessidades e que podem dar conhecimento disso através da comunicação e da linguagem. Para isso é necessário que tenham um interlocutor “à altura”, que saiba observar, escutar e comunicar com intenção.

REFERÊNCIAS

Balint, E.; N.J.S. (Eds.) (1998). Seis Minutos Para o Doente. Interações na consulta de clínica geral. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Bowman, M.A. et al. (1992). Assessment of the Patient-Doctor Interaction Scale for Measuring Patient Satisfaction. Patient Education and Counselling, 19, 75-80.

Burgoon, M. (1996). (Non)Compliance with Disease Prevention and Control Messages. Communication Correlates and Psychological Predictors. Journal of Health Psychology, 1 (3), 279-296 .

Burnard,P. (1992). Effective Communication Skills for Health Professionals. London: Chapman & Hall Medical.

Corney, R.(Ed.) (1991). O Desenvolvimento das Perícias de Comunicação e Aconselhamento na Medicina. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Davis, C.M. (1989). Patient-Practitioner Interaction. An experiential manual for developing the art of health care. Thorofare: SLACK Incorporated.

Emanuel, E.; Emanuel, L. (1992). Four Models of The Physician-Patient Relationship. JAMA, vol.267 (16), 2221-2226

Fiske, J. (1990). Introdução ao Estudo da Comunicação. Trad.

Alves, M.G.R. (1998). Lisboa: ASA Editores.

Fitzpatrick, R. (1993). Scope and measurement of patient satisfaction. In,

Fitzpatrick R.; Hopkins, A. - Measurement of patients' satisfaction with their care.

London: Royal College of Physicians of London.

Gracia, D. (1992). La Relación Clínica. Revista Clínica Espanola, Vol. 191(2), 61-

63.

Hartley, P. (1993). Interpersonal Communication. London: Routledge.

Instituto de Emprego e Formação Profissional (Ed.) (1998). Classificação Nacional

das Profissões – Versão 1994 - Adenda. Lisboa: I.E.F.P..

Jecker, N.; Jonsen, A. (1997). Managed Care: A House of Mirrors. The Journal of

Clinical Ethics, Fall 230-241.

Kaplan, S. H.; Greenfield, S; Ware, J. (1989). Assessing the Effects of Physician-

Patient Interactions on the Outcomes of Chronic Disease. Medical Care, 27 (3) Supl., S110-

S127.

Kendrick, T. (1998). Teaching Communication Skills. In Baum et al., Cambridge

Handbook of Psychology, Health and Medicine (pp. 322-325). U.K.: Cambridge University

Press.

Kent, G.; Dalglish, M. (1996). Psychology & Medical Care. London:

W.B.Saunders Company Ltd.

Lessard-Hebert, M.;Goyette, G.;Boutin, G. (1990). Investigação qualitativa:

fundamentos e práticas. Lisboa: Instituto Piaget.

Leventhal, H.; Diefenbach, M.; Leventhal, E. (1992). Illness Cognition: Using

Common Sense to Understand Treatment Adherence and Affect Cognition Interactions.

Cognitive Therapy and Research, 16 (2), 143-163.

Maguire, P. (1984). Communication Skills and Patient Care. Health Care and

Human Behaviour (pp. 153- 173). :Academic Press.

Marques dos Santos,A.; Ferreira de Almeida,C.; Rebelo de Sousa,M.; Fromont,M.;

Teixeira de Sousa,M.; Nogueira da Rocha; Madeira de Brito,P.; Lobato de Faria,P.; Robin de

Andrade; Sérvulo Correia (1996). - Direito da Saúde e Bioética. Lisboa: Associação

Académica da Faculdade de Direito de Lisboa. Textos das prelecções do II Curso de

Direito da Saúde e Bioética / Fev. 1993.

McIntyre, T; Silva, S.(1999). Estudo Aprofundado da Satisfação dos Utentes dos

Serviços de Saúde na Região Norte. Administração Regional de saúde do Norte e

Universidade do Minho.

Meeuwesen, L.; Schaap, C. et Van Der Staak, C. (1991). Verbal Analysis of

Doctor-Patient Communication. Soc. Sci. Med. Vol.32, Nº10, 1143-1150.

Navarra, T.; Lipkowitz, M.A.; Navarra, J. G. (1990). Therapeutic Communication a guide to effective interpersonal skills for health care professionals. Thorofare: SLACK Incorporated.

Neves, M.C.P. (Coord.) (1996). Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana. Centro de Estudos de Bioética / Pólo Açores.

O'Hair, D.; Allman, J.; Moore, S. (1996). A Cognitive-Affective Model of Relational Expectations in the Provider-Patient Context. Journal of Health Psychology, 1 (3), 307-322.

Pio-Abreu (1998). Comunicação e Medicina. Coimbra: Virtualidade.

Ratzan, S. C. (1996). Effective Decision-Making. A Negotiation Perspective for Health Psychology and Health Communication. Journal of Health Psychology, 1 (3), 323-333.

Reis, J. Cruz (1998). O sorriso de Hipócrates. A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença. Lisboa: Vega.

Roter, D. et al. (1997). Communication Patterns of Primary Care Physicians. JAMA, vol.277(4).

Sandholtk, K. (1995). Interpersonal Communication. In KOLB, D.; OSLAND, J.S.; RUBIN, I.M., Organizational Behavior. An Experimental Approach. New Jersey: Prentice-Hall International.

Serrão, D.(1996). Direitos das Pessoas Doentes. Uma revolução tranquila e benfazeja. BROTÉRIA. Lisboa,5(143), 495-501.

Stewart, M. (1984). What is a Successful Doctor-Patient Interview? A Study of Interactions and Outcomes. Soc. Sc. Med.,19, 167-175.

Turk, D. C.; Meichenbaum, D. (1991). Adherence to Self-Care Regimens. The Patient's Perspective. In Sweet, J.; Rozensky, R.; Tavian, S. (Eds). Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings. London: Plenum Press.

Veatch RM. (1972).Models for ethical medicine in a revolutionary age. Hastings Cent Rep, 2(3),5-7.

Weinmam, J. (1998). Doctor-Patient Communication. In Baum et al., Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine (pp. 284-287). U.K.: Cambridge University Press.

Weinmam, J.(1998). Health Care. In Johnston, M., D.(Eds), Comprehensive Clinical Psychology (Vol.8, pp) Oxford: Elsevier Science (in press)

Weinmam, J.; Giles, H. (1989). Interpersonal Communication. In HEWSTONE,M.; STROEBE, W.; CODOL,J-P; STEPHENSON,G.M. (Eds). Introduction to Social Psychology. A European Perspective (pp.199-221). Massachusetts: Basil Blackwell.

WHO (1996). European Health Care Reforms. Citizen's Choice and Patients' Rights. Copenhagen: WHO - Regional Office for Europe.



Sexo: M F

Idade:

Escolaridade:

Profissão:

Há quanto tempo foi a uma consulta médica?

Médico: Clínica Geral / de Família: Especialista: Especialidade: _____
(Opcional)

Instituição : Pública Privada

1 ➡ Durante uma consulta médica, que aspectos considera importantes / positivos na interação / comunicação com o seu médico?

2 ➡ Durante uma consulta médica, que aspectos considera negativos na interação / comunicação com o seu médico?

3 ➡ Que aspectos considera necessário estarem reunidos, para poder afirmar que ficou bastante satisfeito com a consulta médica?

QUESTIONÁRIO
SOBRE
COMUNICAÇÃO / INTERACÇÃO MÉDICO - UTENTE
(CIMU)

As questões que se seguem pedem-lhe que diga:

I Parte - relativamente a diferentes aspectos da comunicação / interacção médico - doente, **o quanto é importante para si** , que eles ocorram durante uma consulta médica.

II Parte - relativamente à sua última consulta médica, **o quanto ficou satisfeito** com a mesma, ao nível de diferentes aspectos da comunicação / interacção médico - doente.

Leia com atenção cada afirmação e responda o mais honestamente possível. Não há respostas certas ou erradas.

Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

O questionário é anónimo e confidencial.

MUITO OBRIGADO



I PARTE

Para cada uma das afirmações que se seguem, por favor escolha a resposta que melhor descreve a IMPORTÂNCIA que têm para si os diferentes aspectos da comunicação / interação médico - doente, DURANTE UMA CONSULTA MÉDICA.

Assinale a sua resposta com um círculo sobre o número, considerando:
1 - sem nenhuma importância; **2** - um pouco/sem importância; **3** - neutro;
4 - importante; **5** - muito importante.

<u>Relativamente à comunicação, durante uma consulta médica:</u>	Grau de Importância				
1 . O médico cumprimentar-me, saudar-me.	1	2	3	4	5
2 . O médico fazer perguntas sobre as minhas queixas (sinais e sintomas).	1	2	3	4	5
3 . O médico fazer perguntas sobre os medicamentos que estou a tomar (quais e em que doses).	1	2	3	4	5
4 . O médico fazer perguntas sobre a minha situação psicológica.	1	2	3	4	5
5 . O médico fazer perguntas sobre a minha situação social, familiar e profissional.	1	2	3	4	5
6 . O médico fazer perguntas sobre outras formas de terapêutica que fiz ou estou a fazer.	1	2	3	4	5
7 . O médico fazer perguntas sobre os meus problemas do dia-a-dia.	1	2	3	4	5
8 . O médico fazer perguntas sobre as minhas relações sociais.	1	2	3	4	5
9 . O médico fazer perguntas sobre os meus sentimentos e emoções.	1	2	3	4	5
10 . O médico posicionar-se ao mesmo nível (ex.:sentado) enquanto fala comigo.	1	2	3	4	5
11 . O médico deixar-me falar sobre as minhas queixas (sinais e sintomas).	1	2	3	4	5
12 . O médico deixar-me falar sobre os medicamentos que estou a tomar (quais e em que doses).	1	2	3	4	5
13 . O médico deixar-me falar sobre a minha situação social, familiar e profissional.	1	2	3	4	5
14 . O médico deixar-me falar sobre outras formas de terapêutica que fiz ou estou a fazer.	1	2	3	4	5



- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 15 . O médico promover todas as condições possíveis para a minha privacidade. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 . O médico manter um contacto visual adequado enquanto fala para mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 . O médico fazer-me sentir como se eu pudesse falar de qualquer tipo de problema sem quaisquer receios. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 . O médico conhecer as minhas expectativas, crenças e necessidades em relação ao meu problema e seu tratamento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 .O médico informar-me dos riscos, custos e benefícios dos exames complementares de diagnóstico e do tratamento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 .O médico fazer um exame físico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 . O médico aprovar / concordar com as minhas opiniões. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 . O médico tratar-me pelo nome. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. O médico deixar-me falar sobre os meus problemas do dia-a-dia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 . O médico deixar-me falar sobre as minhas relações sociais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 . O médico perguntar a minha opinião. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 . O médico esforçar-se / mostrar interesse em que eu compreenda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. O médico estar bem disposto e, adequadamente, manter o sentido de humor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. O médico deixar-me falar sobre os meus sentimentos e emoções. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. O médico prestar atenção / escutar e dar respostas apropriadas enquanto eu descrevo a minha situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 . O médico dar uma explicação do que vai acontecendo durante o exame / observação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 . O médico informar-me sobre os vários tratamentos (medicamentos ou outro tipo de tratamentos) disponíveis e/ou possíveis. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. O médico explicar as razões porque determinado tratamento é recomendado para mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 . O médico tratar-me com respeito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 34. O médico dar-me suporte verbal, emocional e segurança. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. O médico informar o que é o meu problema (diagnóstico) ou as hipóteses de diagnóstico e dar-me toda a informação sobre ele. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. O médico informar sobre o que é possível prever sobre o meu problema (prognóstico). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. O médico informar / explicar / e discutir comigo os resultados do exame físico, exames complementares de diagnóstico e do tratamento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. O médico informar como tenho acesso a ele e a sua disponibilidade futura (ou de outro colega) para me ajudar quando preciso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. O médico aconselhar-me como evitar / prevenir a doença e manter-me saudável. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. O médico mostrar-se interessado no meu problema e saber colocar-se na minha situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. O médico mostrar interesse sobre a minha satisfação com a consulta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. O médico mostrar interesse em que seja eu a decidir sobre o tratamento que quero realizar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. O médico não me criticar por ter ido consultar outro colega / pedir uma segunda opinião. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. O médico ser amigo e educador. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. O médico mostrar competência técnica / ter conhecimentos sobre o meu problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. O médico ser conselheiro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. O médico saber o que é melhor para mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. O médico zelar pela confidencialidade relativa à minha situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. O médico atender-me sem ser apressadamente (mostrar que tem tempo disponível para mim). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



II PARTE

Distrito onde reside

Sexo: M F Idade: Escolaridade: Profissão /
Ocupação: Estado Civil: Nº de Filhos: Sofre de alguma doença? NÃO SIM

Se SIM, qual _____

Está a tomar medicamentos? NÃO SIM Se SIM, por receita médica? NÃO SIM **> Doença no último ano:**- no ano passado, mais ou menos quantos dias esteve doente? _____- no ano passado, mais ou menos quantos dias esteve sem ir trabalhar por doença? _____- no ano passado, mais ou menos quantos dias esteve de cama por doença? _____- no ano passado, mais ou menos quantas vezes foi ao médico? _____**> Doença nas últimas semanas:**- nas últimas duas semanas, mais ou menos quantos dias esteve doente? _____- nas últimas duas semanas, mais ou menos quantos dias esteve sem ir trabalhar por doença? _____- nas últimas duas semanas, mais ou menos quantos dias esteve de cama por doença? _____- nas últimas duas semanas, mais ou menos quantas vezes foi ao médico? _____**> Relativamente à sua última consulta médica:**A - Há quanto tempo foi a uma consulta médica? B - Natureza da Consulta Médica:Exame físico completo Rotina /Controlo Doença Outra (especifique) _____C - Médico: Clínica Geral / de Família: Especialista: Especialidade: _____D - Instituição : PúblicaCentro de Saúde Hospital

Outra _____

Privada

Clínica Consultório

Outra _____



III PARTE

Para cada uma das afirmações que se seguem, por favor escolha a resposta que melhor descreve a sua SATISFAÇÃO relativamente aos diferentes aspectos da comunicação / interação médico - doente, DURANTE A ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA.

Assinale a sua resposta com um círculo sobre o número, considerando:

1 - muito insatisfeito; 2 - um pouco insatisfeito; 3 - neutro;
4- satisfeito; 5 - muito satisfeito.

<u>Relativamente à comunicação, durante a última consulta médica:</u>	Grau de Satisfação				
1 . O médico cumprimentar-me, saudar-me.	1	2	3	4	5
2 . O médico fazer perguntas sobre as minhas queixas (sinais e sintomas).	1	2	3	4	5
3 . O médico fazer perguntas sobre os medicamentos que estou a tomar (quais e em que doses).	1	2	3	4	5
4 . O médico fazer perguntas sobre a minha situação psicológica.	1	2	3	4	5
5 . O médico fazer perguntas sobre a minha situação social, familiar e profissional.	1	2	3	4	5
6 . O médico fazer perguntas sobre outras formas de terapêutica que fiz ou estou a fazer.	1	2	3	4	5
7 . O médico fazer perguntas sobre os meus problemas do dia-a-dia.	1	2	3	4	5
8 . O médico fazer perguntas sobre as minhas relações sociais.	1	2	3	4	5
9 . O médico fazer perguntas sobre os meus sentimentos e emoções.	1	2	3	4	5
10 . O médico posicionar-se ao mesmo nível (ex.:sentado) enquanto fala comigo.	1	2	3	4	5
11 . O médico deixar-me falar sobre as minhas queixas (sinais e sintomas).	1	2	3	4	5
12 . O médico deixar-me falar sobre os medicamentos que estou a tomar (quais e em que doses).	1	2	3	4	5
13 . O médico deixar-me falar sobre a minha situação social, familiar e profissional.	1	2	3	4	5
14 . O médico deixar-me falar sobre outras formas de terapêutica que fiz ou estou a fazer.	1	2	3	4	5



- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 15 . O médico promover todas as condições possíveis para a minha privacidade. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 . O médico manter um contacto visual adequado enquanto fala comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 . O médico fazer-me sentir como se eu pudesse falar de qualquer tipo de problema sem quaisquer receios. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 . O médico conhecer as minhas expectativas, crenças e necessidades em relação ao meu problema e seu tratamento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 .O médico informar-me dos riscos, custos e benefícios dos exames complementares de diagnóstico e do tratamento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 .O médico fazer um exame físico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 . O médico aprovar / concordar com as minhas opiniões. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 . O médico tratar-me pelo nome. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. O médico deixar-me falar sobre os meus problemas do dia-a-dia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 . O médico deixar-me falar sobre as minhas relações sociais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 . O médico perguntar a minha opinião. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 . O médico esforçar-se / mostrar interesse em que eu compreenda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. O médico estar bem disposto e, adequadamente, manter o sentido de humor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. O médico deixar-me falar sobre os meus sentimentos e emoções. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. O médico prestar atenção / escutar e dar respostas apropriadas enquanto eu descrevo a minha situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 . O médico dar uma explicação do que vai acontecendo durante o exame / observação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 . O médico informar-me sobre os vários tratamentos (medicamentos ou outro tipo de tratamentos) disponíveis e/ou possíveis. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 32. O médico explicar as razões porque determinado tratamento é recomendado para mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 . O médico tratar-me com respeito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34 .O médico dar-me suporte verbal, emocional e segurança. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. O médico informar o que é o meu problema (diagnóstico) ou as hipóteses de diagnóstico e dar-me toda a informação sobre ele. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36 . O médico informar sobre o que é possível prever sobre o meu problema (prognóstico). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37 . O médico informar / explicar / e discutir comigo os resultados do exame físico, exames complementares de diagnóstico e do tratamento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38 .O médico informar como tenho acesso a ele e a sua disponibilidade futura (ou de outro colega) para me ajudar quando preciso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. O médico aconselhar-me como evitar / prevenir a doença e manter-me saudável. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. O médico mostrar-se interessado no meu problema e saber colocar-se na minha situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41 . O médico mostrar interesse sobre a minha satisfação com a consulta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42 . O médico mostrar interesse em que seja eu a decidir sobre o tratamento que quero realizar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. O médico não me criticar por ter ido consultar outro colega / pedir uma segunda opinião. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44 . O médico ser amigo e educador. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. O médico mostrar competência técnica / ter conhecimentos sobre o meu problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. O médico ser conselheiro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47 . O médico saber o que é melhor para mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48 . O médico zelar pela confidencialidade relativa à minha situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49 . O médico atender-me sem ser apressadamente (mostrar que tem tempo disponível para mim). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50 . Globalmente, o meu nível de satisfação em relação à última consulta médica foi ... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Tabela 48

Importância da Comunicação Médico-Utente. Estatística descritiva.

	N	Min.	Max.	Sum.	Média	Desv. Padrão
Imp 1 - O médico cumprimentar-me, saudar-me.	528	1	5	2308	4,37	0,64
Imp 2 - O médico fazer perguntas sobre as minhas queixas (sinais e sintomas).	528	2	5	2506	4,75	0,47
Imp 3 - O médico fazer perguntas sobre os medicamentos que estou a tomar (quais e em que doses).	529	1	5	2408	4,55	0,66
Imp 4 - O médico fazer perguntas sobre a minha situação psicológica.	528	1	5	2148	4,07	0,80
Imp 5 - O médico fazer perguntas sobre a minha situação social, familiar e profissional.	525	1	5	1798	3,42	0,99
Imp 6 - O médico fazer perguntas sobre outras formas de terapêutica que fiz ou estou a fazer.	529	1	5	2196	4,16	0,77
Imp 7 - O médico fazer perguntas sobre os meus problemas do dia-a-dia.	526	1	5	1750	3,33	1
Imp 8 - O médico fazer perguntas sobre as minhas relações sociais.	528	1	5	1506	2,85	1,08
Imp 9 - O médico fazer perguntas sobre os meus sentimentos e emoções.	527	1	5	1647	3,13	1,11
Imp 10 - O médico posicionar-se ao mesmo nível (ex.:sentado) enquanto fala comigo.	526	1	5	2033	3,87	0,96
Imp 11 - O médico deixar-me falar sobre as minhas queixas (sinais e sintomas).	526	1	5	2326	4,42	0,69
Imp 12 - O médico deixar-me falar sobre os medicamentos que estou a tomar (quais e em que doses).	527	1	5	2257	4,28	0,74
Imp 13 - O médico deixar-me falar sobre a minha situação social, familiar e profissional.	527	1	5	1774	3,37	1
Imp 14 - O médico deixar-me falar sobre outras formas de terapêutica que fiz ou estou a fazer.	527	1	5	2056	3,9	0,88
Imp 15 - O médico promover todas as condições possíveis para a minha privacidade.	523	1	5		4,41	0,84
Imp 16 - O médico manter um contacto visual adequado enquanto fala para mim.	526	1	5	2217	4,21	0,77
Imp 17 - O médico fazer-me sentir como se eu pudesse falar de qualquer tipo de problema sem quaisquer receios.	528	2	5	2327	4,41	0,73
Imp 18 - O médico conhecer as minhas expectativas, crenças e necessidades em relação ao meu problema e seu tratamento.	526	1	5	2180	4,14	0,79
Imp 19 - O médico informar-me dos riscos, custos e benefícios dos exames complementares de diagnóstico e do tratamento.	527	1	5	2341	4,44	0,77
Imp 20 - O médico fazer um exame físico.	521	1	5	2205	4,23	0,81
Imp 21 - O médico aprovar / concordar com as minhas opiniões.	522	1	5	1724	3,30	0,89
Imp 22 - O médico tratar-me pelo nome.	527	1	5	2012	3,82	1
Imp 23 - O médico deixar-me falar sobre os meus problemas do dia-a-dia.	523	1	5	1687	3,23	1,03

	N	Min.	Max.	Sum.	Média	DPadr
Imp 24 - O médico deixar-me falar sobre as minhas relações sociais.	521	1	5	1521	2,92	1,02
Imp 25 - O médico perguntar a minha opinião.	523	1	5	1979	3,78	0,94
Imp 26 - O médico esforçar-se / mostrar interesse em que eu compreenda.	526	2	5	2333	4,44	0,64
Imp 27 - O médico estar bem disposto e, adequadamente, manter o sentido de humor.	527	1	5	2176	4,13	0,83
Imp 28 - O médico deixar-me falar sobre os meus sentimentos e emoções.	525	1	5	1810	3,45	1,03
Imp 29 - O médico prestar atenção / escutar e dar respostas apropriadas enquanto eu descrevo a minha situação.	526	1	5	2296	4,37	0,66
Imp 30 - O médico dar uma explicação do que vai acontecendo durante o exame / observação.	528	1	5	2350	4,45	0,65
Imp 31 - O médico informar-me sobre os vários tratamentos (medicamentos ou outro tipo de tratamentos) disponíveis e/ou possíveis.	527	1	5	2363	4,48	0,65
Imp 32 - O médico explicar as razões porque determinado tratamento é recomendado para mim.	528	2	5	2416	4,58	0,60
Imp 33 - O médico tratar-me com respeito.	529	1	5	2478	4,68	0,54
Imp 34 - O médico dar-me suporte verbal, emocional e segurança.	525	1	5	2265	4,31	0,69
Imp 35 - O médico informar o que é o meu problema (diagnóstico) ou as hipóteses de diagnóstico e dar-me toda a informação sobre ele.	525	2	5	2426	4,62	0,59
Imp 36 - O médico informar sobre o que é possível prever sobre o meu problema (prognóstico).	528	1	5	2376	4,50	0,64
Imp 37 - O médico informar / explicar / e discutir comigo os resultados do exame físico, exames complementares de diagnóstico e do tratamento.	527	2	5	2365	4,49	0,68
Imp 38 - O médico informar como tenho acesso a ele e a sua disponibilidade futura (ou de outro colega) para me ajudar quando preciso.	527	1	5	2360	4,48	0,67
Imp 39 - O médico aconselhar-me como evitar / prevenir a doença e manter-me saudável.	529	2	5	2475	4,68	0,55
Imp 40 - O médico mostrar-se interessado no meu problema e saber colocar-se na minha situação.	528	1	5	2307	4,37	0,67
Imp 41 - O médico mostrar interesse sobre a minha satisfação com a consulta.	527	1	5	2133	4,05	0,78
Imp 42 - O médico mostrar interesse em que seja eu a decidir sobre o tratamento que quero realizar.	527	1	5	1903	3,61	1,02
Imp 43 - O médico não me criticar por ter ido consultar outro colega / pedir uma segunda opinião.	527	1	5	2086	3,96	0,94
Imp 44 - O médico ser amigo e educador.	528	1	5	2159	4,09	0,85
Imp 45 - O médico mostrar competência técnica / ter conhecimentos sobre o meu problema.	527	2	5	2463	4,67	0,58
Imp 46 - O médico ser conselheiro.	529	1	5	2172	4,11	0,82
Imp 47 - O médico saber o que é melhor para mim.	528	1	5	2282	4,32	0,78
Imp 48 - O médico zelar pela confidencialidade relativa à minha situação.	529	1	5	2421	4,58	0,67
Imp 49 - O médico atender-me sem ser apressadamente (mostrar que tem tempo disponível para mim).	529	1	5	2469	4,67	0,58

Tabela 49

Satisfação com a Comunicação Médico –Utente. Estatística descritiva.

	N	Min.	Max.	Sum.	Média	Desv. Padrão
Sat 1 - O médico cumprimentar-me, saudar-me.	520	1	5	2166	4,17	0,84
Sat 2 - O médico fazer perguntas sobre as minhas queixas (sinais e sintomas).	519	1	5	2206	4,25	0,81
Sat 3 - O médico fazer perguntas sobre os medicamentos que estou a tomar (quais e em que doses).	515	1	5	2026	3,93	1
Sat 4 - O médico fazer perguntas sobre a minha situação psicológica.	514	1	5	1783	3,47	1,09
Sat 5 - O médico fazer perguntas sobre a minha situação social, familiar e profissional.	513	1	5	1627	3,17	1,01
Sat 6 - O médico fazer perguntas sobre outras formas de terapêutica que fiz ou estou a fazer.	512	1	5	1861	3,63	1,02
Sat 7 - O médico fazer perguntas sobre os meus problemas do dia-a-dia.	510	1	5	1604	3,15	1,03
Sat 8 - O médico fazer perguntas sobre as minhas relações sociais.	508	1	5	1488	2,93	0,95
Sat 9 - O médico fazer perguntas sobre os meus sentimentos e emoções.	510	1	5	1576	3,09	1
Sat 10 - O médico posicionar-se ao mesmo nível (ex.:sentado) enquanto fala comigo.	514	1	5	2047	3,98	0,90
Sat 11 - O médico deixar-me falar sobre as minhas queixas (sinais e sintomas).	517	1	5	2128	4,12	0,92
Sat 12 - O médico deixar-me falar sobre os medicamentos que estou a tomar (quais e em que doses).	513	1	5	1997	3,89	0,93
Sat 13 - O médico deixar-me falar sobre a minha situação social, familiar e profissional.	510	1	5	1641	3,22	1,01
Sat 14 - O médico deixar-me falar sobre outras formas de terapêutica que fiz ou estou a fazer.	513	1	5	1838	3,58	1,02
Sat 15 - O médico promover todas as condições possíveis para a minha privacidade.	514	1	5	2126	4,14	0,94
Sat 16 - O médico manter um contacto visual adequado enquanto fala comigo.	514	1	5	2090	4,07	0,88
Sat 17 - O médico fazer-me sentir como se eu pudesse falar de qualquer tipo de problema sem quaisquer receios.	511	1	5	2050	4,01	1
Sat 18 - O médico conhecer as minhas expectativas, crenças e necessidades em relação ao meu problema e seu tratamento.	512	1	5	1904	3,72	1,07
Sat 19 - O médico informar-me dos riscos, custos e benefícios	510	1	5	1971	3,86	1,09
Sat 20 - O médico fazer um exame físico.	508	1	5	1974	3,89	1,01
Sat 21 - O médico aprovar / concordar com as minhas opiniões.	510	1	5	1782	3,49	0,92
Sat 22 - O médico tratar-me pelo nome.	512	1	5	1995	3,90	1,02
Sat 23 - O médico deixar-me falar sobre os meus problemas do dia-a-dia.	507	1	5	1657	3,27	1,05
Sat 24 - O médico deixar-me falar sobre as minhas relações sociais.	506	1	5	1541	3,05	0,97

	N	Min.	Max.	Sum.	Média	Desv. Padrão
Sat 25 - O médico perguntar a minha opinião.	508	1	5	1793	3,53	1,08
Sat 26 - O médico esforçar-se / mostrar interesse em que eu compreenda.	515	1	5	2076	4,03	0,98
Sat 27 - O médico estar bem disposto e, adequadamente, manter o sentido de humor.	514	1	5	2044	3,98	0,98
Sat 28 - O médico deixar-me falar sobre os meus sentimentos e emoções.	509	1	5	1716	3,37	1,01
Sat 29 - O médico prestar atenção / escutar e dar respostas apropriadas enquanto eu descrevo a minha situação.	513	1	5	2065	4,03	0,92
Sat 30 - O médico dar uma explicação do que vai acontecendo durante o exame / observação.	512	1	5	2050	4	1,03
Sat 31 - O médico informar-me sobre os vários tratamentos (medicamentos ou outro tipo de tratamentos) disponíveis e/ou possíveis.	508	1	5	1992	3,92	1,03
Sat 32 - O médico explicar as razões porque determinado tratamento é recomendado para mim.	512	1	5	2051	4,01	1,03
Sat 33 - O médico tratar-me com respeito.	515	1	5	2286	4,44	0,74
Sat 34 - O médico dar-me suporte verbal, emocional e segurança.	507	1	5	2000	3,94	0,95
Sat 35 - O médico informar o que é o meu problema (diagnóstico) ou as hipóteses de diagnóstico e dar-me toda a informação sobre ele.	512	1	5	2096	4,09	1
Sat 36 - O médico informar sobre o que é possível prever sobre o meu problema (prognóstico).	512	1	5	2025	3,96	1
Sat 37 - O médico informar / explicar / e discutir comigo os resultados do exame físico, exames complementares de diagnóstico e do tratamento.	512	1	5	2016	3,94	1,05
Sat 38 - O médico informar como tenho acesso a ele e a sua disponibilidade futura (ou de outro colega) para me ajudar quando preciso.	511	1	5	2012	3,94	1,15
Sat 39 - O médico aconselhar-me como evitar / prevenir a doença e manter-me saudável.	513	1	5	2089	4,07	1,03
Sat 40 - O médico mostrar-se interessado no meu problema e saber colocar-se na minha situação.	514	1	5	1984	3,86	1,07
Sat 41 - O médico mostrar interesse sobre a minha satisfação com a consulta.	513	1	5	1914	3,73	1,09
Sat 42 - O médico mostrar interesse em que seja eu a decidir sobre o tratamento que quero realizar.	511	1	5	1709	3,34	1,07
Sat 43 - O médico não me criticar por ter ido consultar outro colega / pedir uma segunda opinião.	506	1	5	1867	3,69	0,99
Sat 44 - O médico ser amigo e educador.	515	1	5	1947	3,78	1
Sat 45 - O médico mostrar competência técnica / ter conhecimentos sobre o meu problema.	515	1	5	2214	4,30	0,90
Sat 46 - O médico ser conselheiro.	511	1	5	1957	3,83	1,03
Sat 47 - O médico saber o que é melhor para mim.	512	1	5	2052	4,01	0,97
Sat 48 - O médico zelar pela confidencialidade relativa à minha situação.	510	1	5	2142	4,20	0,85
Sat 49 - O médico atender-me sem ser apressadamente (mostrar que tem tempo disponível para mim).	514	1	5	2069	4,03	1,15