



Pode a idade e o sexo dos médicos afetar a sua predisposição para comunicar com os utentes? Uma avaliação da perceção dos utentes dos serviços de saúde portugueses.

Filipa Alexandre Oliveira Couto

Tese de Doutoramento em Ciências da Comunicação
Especialidade em Comunicação Estratégica

Novembro, 2023

Versão revista

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Comunicação, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Margarida Barreto.

DECLARAÇÕES

Declaro que esta tese é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

A candidata,

Assinado por: Filipa Alexandre Oliveira Couto
Num. de Identificação: 13230763
Data: 2023.11.17 14:32:51+00'00'

Lisboa, 17 de novembro de 2023

Declaro que esta tese se encontra em condições de ser apreciada pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),



Lisboa, 17 de novembro de 2023

AGRADECIMENTOS

“Só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos... Foi o tempo que tu perdeste com a tua rosa que tornou a tua rosa tão importante”, Antoine de Saint-Exupéry.

Esta passagem da obra ‘O Príncipezinho’ reflete o empenho e a atenção que dediquei a este trabalho académico, pois apesar de ser consciente das minhas falhas e limitações, sinto-me orgulhosa pelo trabalho aqui apresentado, com uma verdadeira sensação de dever cumprido.

Deverei aqui referir que muitas foram as dificuldades, os obstáculos e os momentos de desmotivação com que me deparei neste percurso, mas também sei que esses mesmos obstáculos só foram ultrapassados porque contei com o apoio incondicional da minha Orientadora, Professora Doutora Ana Margarida Barreto, que sempre me incentivou a fazer mais e melhor em todo este percurso. Cada conversa, email e orientação permitiram uma nova visão, um aperfeiçoamento das minhas perspetivas e das minhas ideias de forma a colocá-las em prática, sob um ponto de vista académico e científico. Por isso, quero agradecer profundamente por ter aceitado ser minha Orientadora e por ter feito deste um caminho muito mais fácil e prazeroso.

Um agradecimento também especial ao Professor Doutor João Marques Gomes, pois sem a sua motivação e referência não estaria aqui hoje. Uma relação que começou por ser de trabalho e que se transformou em amizade e mentoria.

À ADERMAP - Associação Dermatite Atópica Portugal, na pessoa da Joana Camilo, agradeço por me ter aberto as portas da associação para os estudos que me propus levar a cabo e que são o pilar desta tese de doutoramento.

À família e aos amigos um agradecimento por me terem motivado a continuar este caminho e me terem dado força nos momentos em que as dúvidas e as hesitações eram os maiores entraves aos objetivos de concretização deste trabalho.

Agradeço ainda aos colegas de trabalho que além do seu apoio moral, asseguraram todas as tarefas na minha ausência, permitindo-me a separação necessária entre a vida académica e profissional, para uma maior concentração para a realização desta tese.

Termino agradecendo a todos quantos contribuíram para a concretização deste trabalho acadêmico, permitindo a conclusão desta tão estimulante e desafiante etapa acadêmica.

TÍTULO DA TESE

Pode a idade e o sexo dos médicos afetar a sua predisposição para comunicar com os utentes? Uma avaliação da perceção dos utentes dos serviços de saúde portugueses.

AUTOR

Filipa Alexandre Oliveira Couto

RESUMO

Introdução: Com a presente investigação teve-se como objetivo conhecer a perceção dos utentes dos serviços de saúde público e privado sobre se a idade e o sexo dos médicos (e a combinação de ambos) afetam a predisposição destes profissionais para comunicar com os primeiros e se estes resultados podem ser mediados pelo tipo de serviço de saúde (público ou privado).

Método: Foram aplicados dois estudos a uma amostra composta por pessoas com dermatite atópica. Através do estudo qualitativo seguiu-se a lógica do interpretativismo com a realização de entrevistas coletivas a uma amostra de 19 pessoas com dermatite atópica seguidas no serviço público de saúde e residentes nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto; com o estudo quantitativo focou-se na perspetiva positivista com o desenvolvimento de inquéritos por questionário a uma amostra de 144 pessoas com dermatite atópica seguidas nos serviços público e privado de saúde residentes em todo o país com o objetivo de obter informação de modo a confirmar ou não os resultados do primeiro estudo.

Resultados: Muito embora as entrevistas coletivas tenham revelado que em 19 participantes 63% consideraram que o sexo do médico não tem influência na sua predisposição para comunicar com o utente; e 53% dos entrevistados consideraram que a idade também não tem influência nessa mesma predisposição; no estudo quantitativo os resultados sugerem uma relação entre: a) idade, b) a idade e o sexo, c) o sexo, e a comunicação dos médicos, mediados pelo tipo de serviço de saúde (público ou privado).

Nomeadamente e sem distinção do serviço de saúde (público ou privado), quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes estão disponíveis para comunicar com o utente. De forma geral evidenciam-se que os médicos do sexo feminino são vistos como mais disponíveis a acolher a perspetiva do utente e para esclarecer dúvidas, além de serem mais simpáticos. Contudo, os médicos do sexo masculino também tiveram bons resultados noutras componentes de comunicação.

No que diz respeito ao serviço de saúde, os médicos do sexo masculino dentro do serviço privado são percebidos como mais disponíveis para comunicar com o utente. Também dentro deste serviço de saúde, quanto maior a idade do médico maior a sua disponibilidade para comunicar com o utente.

Já no serviço público de saúde, sucede o inverso e os médicos do sexo feminino são percebidos como estando mais disponíveis.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação médico-utente, Comunicação em saúde, Comunicação centrada no doente; Predisposição para ouvir, Empatia.

TITLE

Can the age and gender of doctors affect their willingness to communicate with patients? An evaluation of the perception of users of Portuguese health services.

AUTHOR

Filipa Alexandre Oliveira Couto

ABSTRACT

Introduction: The aim of this research was to find out how users of public and private healthcare services perceive whether the age and gender of doctors (and the combination of both) affect their willingness to communicate with patients, and whether these results can be mediated by the type of healthcare service (public or private).

Methods: Two studies were carried out on a sample of people with atopic dermatitis. The qualitative study followed the logic of interpretivism by carrying out collective interviews with a sample of 19 people with atopic dermatitis followed in the public health service and living in the metropolitan areas of Lisbon and Porto; the quantitative study focused on the positivist perspective by developing questionnaire surveys with a sample of 144 people with atopic dermatitis followed in the public and private health services living throughout the country in order to obtain information to confirm or not the results of the first study.

Results: Although the collective interviews revealed that 63 per cent of the 19 participants considered that the doctor's gender had no influence on their predisposition to communicate with the user; and 53 per cent of the interviewees considered that age also had no influence on this predisposition; in the quantitative study, the results suggest a relationship between: a) age, b) age and gender, c) gender, and doctors' communication, mediated by the type of health service (public or private).

In particular, regardless of the health service (public or private), the older the female doctors, the more willing they are to communicate with the patient. In general, female doctors are seen as more willing to take on board the patient's perspective and answer questions, as well as being more friendly. However, male doctors also performed well in other communication components.

With regard to the health service, male doctors in the private service are perceived as being more willing to communicate with the user. Also, within this health service, the older the doctor, the more willing they are to communicate with the user.

In the public health service, the opposite is true and female doctors are perceived as being more available to communicate with patients.

KEYWORDS: Doctor-patient communication, Health communication, Patient-Centered Communication, Willingness to listen, Empathy.

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Relevância da Investigação.....	1
1.2. Pergunta de Investigação	6
1.3. Objetivos Específicos	6
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	8
2.1. Os Princípios Fundamentais Da Comunicação.....	9
2.2. Comunicação Como Pressuposto Estratégico	16
2.3. Comunicação Em Saúde	22
2.4. A Evolução Da Relação Médico-Utente.....	25
2.5. A Comunicação Como Fundamento Da Relação Médico-Utente	29
2.6. Comunicação Centrada No Doente (Patient-Centered Communication) .	43
2.7. O Impacto Dos Fatores Demográficos – Idade e Sexo – Na Comunicação Entre Médico e Utente.....	47
2.7.1. Idade.....	50
2.7.2. Sexo	52
3. METODOLOGIAS.....	56
3.1. Escolha Metodológica	56
3.2. Pergunta de Investigação e Hipóteses.....	60
3.3. Objetivos da Investigação	61
3.4. Estratégia da Investigação	62
4. ESTUDO 1 – ESTUDO QUALITATIVO	66
4.1 Abordagem Metodológica	66
4.1.2. Entrevistas Coletivas	66
4.2. Delimitação Do Objeto De Estudo	67
4.3. Definição da Amostra	68

4.4. Procedimento De Recolha De Dados	70
4.5. Método de Análise dos Dados Recolhidos	74
4.6.1. Quadro de Codificação – Categorização	75
4.7.2. Segmentação em Unidades de Análise	78
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO 1	80
5.1. Apresentação dos Resultados das Entrevistas Coletivas	80
6. ESTUDO 2 – ESTUDO QUANTITATIVO	89
6.1. Abordagem Metodológica	89
6.2. Delimitação do Objeto de Estudo	89
6.3. Definição da Amostra	90
6.4. Procedimento de Recolha de Dados	92
6.4.1 Definição do Questionário e Recolha dos Dados	93
6.4.2 Recolha dos Dados do Inquérito	96
6.5. Método de Análise de Dados Quantitativos	97
6.5.1 Métodos estatísticos utilizados	97
7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO 2	100
7.1. Apresentação dos Resultados dos Inquéritos por Questionário.....	100
7.2. Tabela Síntese dos Resultados dos Inquéritos por Questionário	157
8. DISCUSSÃO GERAL DOS RESULTADOS.....	162
9. CONCLUSÃO.....	169
9.1 Limitações.....	171
9.2 Recomendações Para Investigações Futuras.....	173
BIBLIOGRAFIA	174
LISTA DE QUADROS	193
LISTA DE FIGURAS.....	194
LISTA DE TABELAS.....	195

APÊNDICES	198
Apêndice A: Guião entrevistas coletivas	198
Apêndice B: Formulário de consentimento	200
Apêndice C: Transcrição das entrevistas coletivas.....	202
Apêndice D: Quadros de codificação – contagem das unidades de registo (resultados entrevistas coletivas).....	228
Apêndice E: Modelo do inquérito por questionário	230

LISTA DE ABREVIATURAS

a.C.	Antes de Cristo
ADERMAP	Associação Dermatite Atópica Portugal
CEO	Chief Executive Officer
CFO	Chief Financial Officer
EUA	Estados Unidos da América
et al.	et al.ii (e outros - masc) – et al.iae (e outras – fem)
H1	Hipótese 1
H2	Hipótese 2
H3	Hipótese 3
IBM-SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
MCB	Making Care Better
n.º	Número
NYP	NewYork-Presbyterian Hospital
p.	Página
para.	Parágrafo

1. INTRODUÇÃO

1.1. Relevância da Investigação

A comunicação entre médico e utente é a componente mais importante do trabalho deste profissional, pois sem esta dificilmente o médico conseguirá prestar de forma bem-sucedida a sua função (Markides, 2011). A comunicação entre médico e utente tem um papel essencial na transmissão dos sintomas, das preocupações inerentes à saúde do utente, no diagnóstico e prescrição de exames/tratamentos. Sem esta comunicação a qualidade dos cuidados de saúde sairia prejudicada e todo o objetivo da relação médico-utente ficaria comprometido, acarretando maiores custos para os sistemas de saúde e resultados negativos para o utente.

Existem diferentes elementos que concorrem para uma comunicação eficaz em saúde, tais como a literacia em saúde, as competências culturais e barreiras linguísticas que por vezes podem manifestar-se numa relação entre médico e utente (Ratna, 2019). A literatura demonstra ainda que a capacidade do médico para ouvir é extremamente valorizada pelos utentes, sendo apontada como uma habilidade essencial para o estabelecimento de uma relação de comunicação entre médico e utente (Janković, 2013). O investimento em competências de comunicação pelos profissionais de saúde reflete-se na otimização dos resultados em literacia de saúde por parte dos utentes (Belim e Almeida, 2018). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2021) a literacia em saúde diz respeito ao conhecimento e às competências pessoais que se adquirem através das interações sociais e vivências diárias. Esse conhecimento é mediado por estruturas organizacionais e disponibilidade de recursos que permitem às pessoas terem acesso, perceberem e utilizarem os serviços de saúde que promovam a sua segurança e bem-estar, assim como de quem as rodeia.

Contudo, muitos utentes ainda continuam a considerar que as habilidades de comunicação dos médicos têm muito por onde melhorar, sendo a comunicação ineficaz entre médico e utente reportada como uma das razões para a má experiência de cuidados (Leonard, 2017). Uma má comunicação leva-os a sentirem-se insatisfeitos, frustrados e ansiosos, podendo afetar a adesão à terapêutica (Butow et al., 2002). A interrupção por parte dos médicos logo que o utente começa a expor o seu problema é uma das queixas mais frequentes e que leva a más interpretações dos problemas dos utentes (Beckman e Frankel, 1984). Mas uma formação

insuficiente em comunicação em saúde também tem impacto nos médicos, sendo apontado como um fator de stress e de burnout destes (Fallowfield e Jenkins, 1999; Taylor et al. 2005).

De uma forma mais ampla, são vários os investigadores que se têm debruçado sobre a comunicação médico-utente. Autores como Beckman, HB. e Frankel, RM., 1984; Deland, E., Gordon, J., e Kelly, R., 2015; ou Markides, M., 2011; entre outros, têm vindo a trabalhar sobre o importante papel da comunicação no estabelecimento de uma boa relação entre médico e utente.

No decorrer da análise bibliográfica sobre a relação da comunicação entre médico-utente, constatou-se a existência de alguns estudos, ainda que poucos, apontarem os fatores demográficos, nomeadamente o sexo e a idade, como sendo variáveis importantes nesta relação (McKinstry e Yang, 1994; Roter e Hall, 2004; Shah e Ogden, 2006). Além disso, a capacidade para ouvir os utentes tem sido apontada como fundamental para uma relação bem-sucedida entre médico e utente (Carvalho et al., 2010; Carrapiço e Ramos, 2018).

Do ponto de vista mais operacional, esta vertente da comunicação tem visto um desenvolvimento muito importante com iniciativas que permitem analisar a comunicação médico-utente e, assim, melhorar os aspetos identificados como críticos. É o exemplo do Institute of Communication and Health, na Suíça, e do ‘Institute for Healthcare Communication’ ou do ‘NewYork-Presbyterian Hospital’ (NYP), ambos nos Estados Unidos da América. Por exemplo, este último, em 2013, desenvolveu um esforço para criar uma organização segura e confiável através da partilha de informação entre os profissionais que pudesse afetar a resposta ao utente. Também com base nesta experiência, o NYP, o Columbia College of Physicians and Surgeons e o Weill Cornell Medical College criaram e implementaram o programa Making Care Better (MCB) – lançado em janeiro de 2014. O MCB foi pensado para dar aos utentes serviços seguros de alta qualidade, melhorando a comunicação entre profissionais de saúde e utentes. Também o ‘Institute for Healthcare Communication’, uma organização sem fins lucrativos apoiada publicamente, afirma que a evidência científica demonstra a existência de uma relação positiva entre as competências de comunicação de profissional de saúde e a capacidade de o utente seguir as recomendações médicas, gerir uma condição crónica e adotar comportamentos preventivos de saúde.

Ainda nos Estados Unidos da América, o NYC Health + Hospitals/Lincoln, um hospital de cuidados intensivos que oferece cuidados primários e serviços especializados no Bronx, desenvolveu um programa educacional destinado a melhorar a comunicação entre médicos e os

seus utentes. Uma vez que as escolas de medicina dedicam pouco tempo à prática das habilidades de comunicação, o NYC Health + Hospitals/Lincoln avançou com um programa de entrevistas motivacionais para melhorar os resultados clínicos, o trabalho em equipa e promover o foco no utente. Segundo a Organização, a entrevista motivacional é uma técnica de aconselhamento usada para ajudar as pessoas a alterarem comportamentos, encontrando a sua motivação interna através da resolução de sentimentos ambivalentes e inseguranças.

Em Portugal, apesar de ser algo recente, verificamos uma crescente preocupação com a relação entre médico e utente e a forma como essa relação pode afetar os resultados em saúde. Por exemplo, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra foi lançado em 2019, pela mão do médico João Pedroso de Lima, o projeto H2 – Humanizar os Cuidados. Este projeto visa promover consultas mais centradas no utente, com tempo para os ouvir e menos interrupções, além de uma maior cortesia no trato. O médico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra afirma, em entrevista ao jornal I de 4 de março de 2019, que os utentes “protestam sobretudo pela maneira como são tratados na relação que se estabelece com os profissionais” (Reis, 2019).

Tendo em conta a constatação da importância de o médico comunicar com o utente para melhores resultados em saúde e os estudos consultados sobre a comunicação entre médico e utente, optou-se por avaliar a perceção dos utentes sobre a relação de comunicação médico-utente focando as variáveis ‘idade’ e ‘sexo’ como variáveis que influenciam ou não a predisposição dos médicos para comunicar com estes e, por consequência, o estabelecimento de uma relação de comunicação eficaz. Optamos pela perspetiva dos utentes, tendo em conta que estes são aqueles que beneficiam, ao nível do tratamento da sua doença, de uma relação harmoniosa de comunicação com os médicos de acordo com a literatura consultada.

No que se refere à variável idade devemos clarificar o conceito de fases da vida, definidas como períodos de tempo distinguíveis na vida dos indivíduos e caracterizados por atributos comportamentais e fisiológicos únicos e, de certa forma estáveis, associados ao desenvolvimento e crescimento de uma pessoa (Firestone et al., 2007).

Erik Erikson, na sua teoria psicossocial do desenvolvimento, descreveu oito fases de vida referentes ao desenvolvimento psicossocial: Bebê – estágio sensorial (até cerca de 18 meses); 1ª Infância – desenvolvimento muscular (dos 18 meses aos 3 anos); 2ª Infância – controlo locomotor (dos 3 aos 5 anos); Idade Escolar – período de latência (dos 5 aos 13 anos); Adolescência – moratória psicossocial (dos 13 aos 21 anos); Adulto jovem – maioridade jovem (dos 21 aos 40 anos); Adulto – meia idade (dos 40 aos 60 anos); Adulto Sénior – maturidade

(além dos 60 anos) (Veríssimo, 2002). Interessa-nos, no entanto, aqui descrever as categorias de adulto jovem, adulto e adulto sénior, pois são estas as fases da vida inerentes à formação de um médico enquanto profissional. Erikson aponta que um adulto jovem já é capaz de estabelecer relações significativas de amizade, sexo, competição e cooperação, procurando relações de maior intimidade com os outros. Um adulto jovem, para uma juventude bem-sucedida, deve sentir-se bem física e psicologicamente, apresentar um comportamento ético, com relações familiares e sociais saudáveis, entre outras (Scales et al. 2015). Já um adulto é descrito por Erikson como uma pessoa dividida entre o trabalho e o lar. O autor fala de ‘Generatividade’, que implica casar, ter filhos, trabalhar de forma produtiva e criativa. Esta fase é apontada como a idade de ouro da vida adulta, uma vez que é uma fase relativamente estável a nível de saúde física e maturidade emocional, com relacionamentos prazerosos com cônjuge, filhos, pais, amigos e colegas (Colarusso, 1992). Um adulto sénior nesta fase, segundo Erikson, sente a chegada do fim da vida e obriga-se a refletir sobre o que fez ou deixou de fazer e aquilo que foi enquanto pessoa. Com o aumento da idade, as pessoas poderão começar a enfrentar limitações significativas a nível físico, mental e social (Martin et al., 2008).

Gostaríamos, também, de referir que a escolha pela variável sexo do médico teve como objetivo avaliar o contributo da representação sexual associada a determinadas características anatómicas e biológicas visíveis, uma vez que os utentes podiam não ter conhecimento sobre o género com o qual o seu médico se identifica (feminino, masculino ou não-binário), podendo levar a discussão para uma dimensão paralela ao objetivo.

Façamos aqui uma breve descrição e diferenciação entre os termos sexo e género. O sexo é uma estrutura biológica multidimensional que assenta em características anatómicas, fisiológicas, genes e hormonas e que todos juntos competem para a forma como somos rotulados. O conceito de sexo baseia-se, geralmente, na aceção binário feminino/masculino. Já o género é uma construção social e está em constante mudança, não se restringindo à classificação entre feminino e masculino. O género refere-se a dimensões de “feminilidade” ou “masculinidade” dentro de uma sociedade, manifestando-se a muitos níveis, como a forma de vestir ou de falar, comportamentos, interações sociais, entre outros (Johnson et al., 2007). A nossa identidade de género descreve a forma como nos vemos enquanto mulheres ou homens ou como um terceiro género, é um processo flexível e em constante construção.

No que diz respeito às características que representam o sexo masculino vs. o sexo feminino, são vários os autores que descrevem a existência de diferenças entre os dois sexos. Apesar de ser um tema complexo, na medida em que convergem vários fatores, que vão desde

o efeito das hormonas e da anatomia do cérebro até aos fatores ambientais ligados aos estereótipos de rapaz e rapariga, as diferenças entre sexos verificam-se ao nível das habilidades visuais-espaciais, em tarefas de memória, nas capacidades matemáticas e nas capacidades verbais. Ou seja, os homens excedem as mulheres em tarefas visuais-espaciais e ao nível das capacidades matemáticas. Já as mulheres parecem exceder os homens nas capacidades de memória e nas aptidões linguísticas, como a compreensão verbal, a leitura e a escrita, pelo que leva a um vocabulário mais extenso (Halpern, 2000). Estudos recentes revelam ainda que as mulheres são mais empáticas do que os homens, pelo que têm uma maior capacidade para reconhecer na outra pessoa o que está a sentir e responder de forma apropriada ao seu estado de espírito. Os homens, por sua vez, estão mais orientados a examinar ou produzir sistemas baseados em regras (Greenberg et al., 2018).

Há também estudos que revelam que as mulheres são mais propensas ao stress, mas mais eficazes a lidarem com o mesmo (Medaris, 2023) ao mesmo tempo aparentam ser melhores líderes do que os homens ao promoverem o desenvolvimento de competências dos seus colaboradores e o desenvolvimento das pessoas (Zenger e Folkman, 2014).

Efetivamente, entender a comunicação em saúde e o seu impacto na relação médico/utente é fundamental, permitindo consciencializar todos os intervenientes (academia, médicos e governantes) para o importantíssimo papel da comunicação em saúde. Este estudo poderá ser um contributo para apoiar na preparação de formações em comunicação entre médico e utente em contexto académico e em contexto de cuidados de saúde. Além disso, tendo em conta os resultados da investigação, poderá ser uma ferramenta para a adaptação de formações em comunicação levando em conta o sexo dos médicos e a idade, adequando a disciplina e os discursos a essas características. De uma forma mais ampla, ao tornar os resultados públicos, este trabalho poderá, também, ser uma fonte de reflexão para todos os profissionais de saúde em relação à sua predisposição para comunicar com o utente e adaptar o seu comportamento no sentido de ir ao encontro das necessidades comunicacionais da pessoa que carece de cuidados de saúde nas mais diversas vertentes e especialidades.

1.2. Pergunta de Investigação

Estudar a perceção que as características demográficas dos médicos (nomeadamente a idade e sexo dos médicos) podem ter na sua capacidade para comunicar com os utentes, através da perspectiva dos próprios utentes, é o tema que norteia o presente trabalho.

A Literatura internacional remete para resultados não conclusivos em relação à influência da idade do médico na sua predisposição para comunicar com o utente, apontando, contudo, para o facto de os médicos do sexo feminino serem mais comunicativos e estarem mais disponíveis para o diálogo, de acordo com autores como Shah, R. e Ogden, J., 2006; Delgado et al., 1993; Roter, D., e Hall, J., 2006; Barnsley et al., 1999; ou Bertakis, K., 2009. Em Portugal deparamo-nos com poucos estudos que abordam este tema, sendo que os que existem fazem-no superficialmente (ver por exemplo Agostinho et al. 2010).

Pode a idade e o sexo dos médicos afetar a sua predisposição para comunicar com os utentes? Uma avaliação da perceção dos utentes dos serviços de saúde portugueses – público e privado. Esta é assim a pergunta a que pretendemos responder com este trabalho. São assim colocadas no plano de investigação três hipóteses: H1: Médicos com mais idade são percecionados com maior disponibilidade para comunicar com o utente em comparação com médicos mais novos; H2: Mulheres médicas são percecionadas como mais disponíveis para comunicar com o utente em comparação com os homens médicos. H3: Paralelamente, pretende-se aferir se o tipo de serviço de saúde (público ou privado) pode mediar as hipóteses 1 e 2.

1.3. Objetivos Específicos

O principal objetivo desta investigação passa, assim, por conhecer a perceção dos utentes dos serviços de saúde público e privado sobre se a idade e o sexo dos médicos (e a combinação de ambos) afetam a predisposição destes profissionais para comunicar com os primeiros e se estes resultados podem ser mediados pelo tipo de serviço de saúde (público ou privado). Queremos que este trabalho seja, então, um contributo para a construção de pontes e projetos de comunicação entre médico e utente que permitam a este último atingir os melhores resultados em saúde e os resultados que realmente lhe são importantes.

A proposta de trabalho aqui apresentada tem assim como objetivos:

- 1) Fomentar a discussão sobre a importância da comunicação entre médico e utente;

2) Compreender se a idade e o sexo são variáveis que influenciam a disponibilidade do médico para comunicar com o utente;

3) Entender se, na percepção dos utentes, existem diferenças na predisposição de comunicação entre médicos dos serviços de saúde público e privado e a influência das variáveis idade e sexo (e a combinação de ambos);

4) Perceber a percepção do utente sobre a disponibilidade do médico para ouvir as suas dúvidas e preocupações;

5) Compreender qual o contributo da comunicação para melhorar os resultados em saúde do utente.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O maior objetivo de uma investigação é produzir informação que contribua para melhor compreender uma determinada problemática, sendo fundamental fazer o levantamento da investigação previamente desenvolvida relacionada com o objeto que queremos estudar (Coutinho, 2022). A revisão da literatura forma os pilares do projeto de investigação, desenvolvendo um racional para o estudo em causa e mostrando o porquê de ser importante desenvolvê-lo (Daymon e Holloway, 2011). Coutinho (2022) considera que há todo um corpo de conhecimento anteriormente produzido por outros investigadores que é fundamental para apoiar no processo de planificação, implementação e interpretação dos resultados obtidos com o estudo. Para a autora, uma boa revisão da literatura promove a credibilidade do estudo ao fazer uma ligação entre o que foi investigado anteriormente com o problema de investigação atual.

A revisão da literatura foi desenvolvida tendo em conta os conceitos-chave para este estudo: 1) Comunicação; 2) Comunicação estratégica; 3) Comunicação em saúde; 4) Comunicação performativa; 5) Relação médico-utente; 6) Comunicação como fundamento da relação médico-utente; 7) Comunicação centrada no doente (Patient-centered communication).

Tendo em conta os conceitos acima mencionados foi desenvolvida uma pesquisa com o objetivo de selecionar um conjunto de autores-chave com trabalho realizado nestes campos de estudo. Os autores aqui referidos são apenas alguns dos consultados e mencionados na revisão bibliográfica aqui exposta.

Assim, foram consultados autores no domínio das ciências da comunicação e comunicação estratégica para identificar o trabalho desenvolvido neste campo e as suas perspetivas, encontrando-se referidos ao longo da revisão bibliográfica, como Rosengren, K., 2000; Mattelart, A., e Mattelart, M., 1997; Wolf, M., 2003; McLuhan, M., 1964; van Ruler, B., 2018; Clausewitz, C., 1989; Carrillo, M., 2014; entre outros. Foram também consultados e analisados autores, cujas teorias e estudos estão espelhados neste trabalho, sobre o conhecimento já produzido ao nível da comunicação em saúde, o poder performativo da comunicação e a evolução da relação médico-doente de modo a localizar a investigação no seu contexto histórico e cultural e relacionar conceitos e ideias com o objeto deste estudo, tendo como exemplo Ratzan et al., 1996; Kreps et al., 2003; Shiavo, R., 2023; Ricou et al., 2004; Babalola et al., 2017; Kaba, R., e Sooriakumaran, P., 2007; e Szasz, T., 1956. Além disso, consideramos fundamental analisar o atual conceito de comunicação centrada no doente e a

comunicação como fundamento da relação médico-utente, consultando e referindo autores como Su et al., 2022; Jerant et al., 2008; Epstein et al., 2005; Mead, N., e Bower, P., 2000; Chandra et al., 2018; Deland, E., Gordon, J., e Kelly, R., 2015; Markides, M., 2011; ou Nunes Mendes, J., 2010. Os estudos sobre as variáveis idade e sexo foram também fundamentais para traçar e descrever o nosso objeto de investigação, sendo que para isso consultamos autores como Mckinstry, B., e Yang, S., 1994; Barnsley et al., 1999; Delgado et al., 1993; ou Roter, D., e Hall, J., 2004.

Desta consulta foi possível analisar artigos e revistas científicas, livros, revisões bibliográficas e dissertações já produzidas.

Para o desenvolvimento desta revisão de literatura recorreu-se à consulta online de artigos científicos em bases de dados como a PubMed, ResearchGate, ScienceDirect, Taylor & Francis Online, Springer, Scielo Portugal, Google Scholar, Open Access Theses and Dissertations, entre outros, e ainda à consulta presencial de obras em bibliotecas (FCSH-UNL).

O período inicial de recolha de informação e dos artigos que fazem parte desta revisão bibliográfica decorreu, maioritariamente, entre janeiro de 2019 e dezembro de 2020. Contudo, este trabalho não se esgotou neste período, tendo a revisão bibliográfica vindo a ser enriquecida ao longo do tempo de desenvolvimento deste trabalho, ou seja, até outubro de 2023, com os diferentes contributos encontrados durante a investigação.

2.1. Os Princípios Fundamentais Da Comunicação

O que significa comunicar? A palavra ‘comunicar’ está relacionada com a palavra ‘comum’, que deriva do verbo latim *communicare*, que significa ‘partilhar’, ‘fazer comum’, e esta, por sua vez, está relacionada com a palavra latim para comum: ‘*communis*’. Quando comunicamos, fazemos as coisas comuns (Rosengren, 2000).

A comunicação está relacionada, acima de tudo, com o processo de criação de significado, referindo-se a questões de como é que as pessoas criam significado a nível psicológico, social e cultural, como as mensagens são percebidas a nível intelectual e como surge a ambiguidade e a sua resolução (Rosengren, 2000).

Ou seja, é fundamental perceber que comunicar implica o estabelecimento de uma relação com alguém, partilhando ideias, exprimindo pensamentos e transmitindo sentimentos.

A comunicação assumiu um espaço fundamental na sociedade, intitulado-se assim como “sociedade da comunicação” (Serra, 2007). Para isso são apontadas três possíveis explicações: a primeira prende-se com as tecnologias de comunicação a que todos os dias temos acesso dentro e fora de casa; a segunda relaciona a troca de informação e a discussão de ideias entre participantes; a terceira vai ao encontro das teorias de Jürgen Habermas e Niklas Luhmann em que afirmam que a sociedade é comunicação e que sem comunicação não existiria sociedade (Serra, 2007).

Se percebermos a comunicação no seu sentido mais amplo em que esta é entendida como uma interação social através de mensagens, então poder-se-ia dizer que os estudos da comunicação começaram em Platão e Aristóteles com a tematização da linguagem, da retórica e da poética. Contudo, se a comunicação for considerada no seu sentido mais restrito, os estudos da comunicação são bem mais recentes, a partir do século XIX (Serra, 2007).

A primeira definição científica de comunicação é atribuída a Adam Smith nos finais do século XVIII. Esta definição refere que a comunicação apoia a organização do trabalho coletivo nas fábricas e também a estruturação dos espaços económicos (Mattelart, 1997).

Contudo, é a partir de 1900 que há um maior pensamento sobre a comunicação enquanto objeto de estudo. Em 1910, um conjunto de “académicos” como Tocqueville, Comte, Le Bon, Tarde, Durkheim, Simmel ou Weber participaram no I Congresso de Sociólogos, que teve lugar em Frankfurt. Neste congresso foi proposto por Max Weber a constituição de uma “sociologia da imprensa”, o que pode ser vista como a futura “sociologia da comunicação” (Serra, 2007).

Contudo, em termos académicos e institucionais, os estudos da comunicação iniciam-se com a criação do primeiro Instituto para o Estudo dos Jornais, em Leipzig, em 1916, pelo economista político Karl Bücher (Serra, 2007).

Uma das definições referentes ao ato da comunicação surge com a teoria hipodérmica que estava relacionada com o objetivismo behaviorista, mostrando a ação comunicativa como uma simples relação automática de estímulo e resposta, diminuindo a extensão subjetiva e a ‘liberdade’ da escolha em favor do carácter manipulável do indivíduo. Ou seja, esta teoria coloca o indivíduo como um ser passivo que reage apenas quando provocado por um estímulo exterior (Wolf, 2003).

Lasswell foi um dos criadores da teoria hipodérmica ou “agulha hipodérmica”, termo por ele próprio criado e que era utilizado para definir o efeito ou o impacto direto e

indiferenciado de um estímulo, como os meios de comunicação, sobre os sujeitos fragmentados (Wolf, 2003).

Ao mesmo tempo, Lasswell surge, em 1948, com o modelo que afirma que o ato de comunicar consiste em responder às perguntas: quem diz, o quê, por que canal, a quem, e com que efeito?. Para Lasswell, “o estudo científico do processo comunicativo tende a concentrar-se em uma ou outra destas interrogações” (Wolf, 2003, p.10).

Lasswell, em 1948, defendeu que o processo de comunicação desempenha três importantes funções na sociedade. A primeira função é a vigilância do meio, onde a comunicação poderia expor tudo o que pusesse em causa os valores sociais; a segunda função é o estabelecimento de relações entre os órgãos que compõe a sociedade para dar uma resposta ao meio; e a terceira e última função é a transmissão da herança social (Mattelart, 1997).

Contudo, Paul Lazarsfeld e Robert Merton acrescentaram mais uma função ao processo de comunicação, a função do entertainment ou divertimento.

De facto, com a análise até agora realizada às diferentes abordagens do que é a ‘comunicação’, à luz da realidade no século XXI a comunicação desempenha todas estas funções que permitem aos indivíduos viverem em sociedade. A comunicação é aqui vista não como um mero processo de transferência de informação de uma fonte a um destinatário, mas sim como tendo um papel fulcral na organização da vivência em sociedade.

A comunicação é descrita por Shannon no seu “sistema geral de comunicação” de 1948 como uma transferência de informação da fonte para o destinatário. Ou seja, como um processo meramente técnico (Wolf, 2003). Segundo esta premissa, em cada processo comunicativo existe sempre “uma fonte ou nascente da informação, a partir da qual é emitido um sinal, através de um aparelho transmissor; esse sinal viaja através de um canal, ao longo do qual pode ser perturbado por um ruído. Quando sai do canal, o sinal é captado por um recetor que o converte em mensagem que, como tal, é compreendida pelo destinatário” (Wolf, 2003, p. 49).

Para Shannon o problema da comunicação passava por “reproduzir num dado ponto uma mensagem seleccionada num outro ponto” (Mattelart, 1997, p. 49). Com isto, Shannon pretendia estabelecer um cálculo onde seria possível quantificar o valor de uma comunicação entre os dois pontos deste sistema com interferência de ruídos porque assim impediam a total conexão entre os dois pontos.

O modelo de Shannon levou a uma abordagem tecnicista que restringiu a comunicação a um mero instrumento. Refere-se que esta teoria não permite que a comunicação seja

problematizada ou definida além dos termos de cálculo, planificação e predição (Mattelart, 1997).

Ainda nos anos quarenta surge uma contracorrente à teoria matemática de Shannon. Um grupo de investigadores de áreas como a antropologia, a linguística, a matemática, a sociologia ou a psiquiatria defendia que a comunicação deveria ser estudada pelas ciências humanas. Para estes autores, a comunicação deveria ser encarada em toda a sua complexidade, em diferentes contextos e sistemas circulares. Nesta nova abordagem da comunicação o recetor é tão importante como o emissor, sendo que o estudo não se limita a estudar variáveis isoladas, pelo contrário tenta avaliar a comunicação sob um ponto de vista de uma situação global de interação (Mattelart, 1997).

Na sequência da teoria matemática de Shannon, surge o projeto teórico da “ecologia da comunicação” do engenheiro e matemático Abraham Moles (Mattelart, 1997). Neste projeto a comunicação é definida como “a ação de fazer participar um organismo ou um sistema situado num dado ponto R nas experiências (erfahrungen) e estímulos do meio de um outro indivíduo ou sistema situado num outro local e num outro tempo, utilizando os elementos de conhecimento que lhe são comuns” (Mattelart, 1997, p. 54). Em suma, em 1975 a teoria da ecologia da comunicação foi apresentada como sendo o conhecimento da interação entre espécies distintas no interior de um determinado meio.

Já McLuhan (1964), um dos grandes pensadores sobre a área da comunicação, apresenta uma teoria em que afirma que “o meio é a mensagem” porque é o meio que molda e controla a escala e a forma de associação e ação humanas. Para o autor, esta premissa significa que “as consequências pessoais e sociais de qualquer meio - ou seja, de qualquer extensão de nós mesmos - resultam da nova escala que é introduzida nas nossas atividades por cada extensão de nós mesmos ou por qualquer nova tecnologia” (p. 7). Ou seja, com esta teoria o autor afirma que o “conteúdo” de qualquer meio é em si mesmo outro meio. McLuhan dá como exemplo o facto de o conteúdo da escrita ser o discurso, assim como a palavra escrita é o conteúdo da impressão e a impressão é o conteúdo do telegrafo.

Também Schutz apresentou uma teoria da comunicação mais humana e menos técnica e matemática, pois para o autor não existe relação social sem comunicação. Schutz considerou que o processo comunicativo lhe permitia tornar-se consciente dos pensamentos do outro, conseguindo ter acesso à corrente de pensamento desse outro ao mesmo tempo que lhe daria acesso à sua corrente. Para Schutz era pela comunicação diária que poderíamos superar a

experiência subjetiva dos outros, logo a comunicação na vida quotidiana era essencial para compreender os diferentes significados. Apesar disto, Schutz considerou impossível uma comunicação completamente bem-sucedida na medida em que há uma esfera da vida privada do outro que é inacessível e que transcende as nossas experiências pessoais (Correia, 2005).

Em Schutz, o processo comunicativo é essencial para a existência de qualquer relação social possível, mas não é, em sentido estrito, o fundamento de toda a relação social possível (Correia, 2005).

Luhmann (1981), um dos autores de referência na área da teoria da comunicação, por sua vez, considerou a comunicação improvável. O autor considerou que, apesar de esta improbabilidade se ter tornado impercetível a comunicação deverá ser tratada não como um conceito, mas como um problema, onde se deve questionar como é possível a comunicação. No artigo “A improbabilidade da comunicação” de 1981, o autor define três improbabilidades para fazer uma análise da comunicação, devendo estas superar-se para que a comunicação se torne possível.

A primeira improbabilidade referida pelo autor tem que ver com o facto de ser muito improvável que um indivíduo compreenda o que o outro quer dizer, tendo em linha de conta a individualização e a experiência de cada pessoa. O autor aponta o contexto que cada um tem na sua memória, bem como as suas experiências para que o significado da mensagem possa ser percebido.

A segunda improbabilidade é o acesso aos recetores. O autor defende que é improvável que uma comunicação chegue a mais pessoas do que aquelas que estão presentes numa determinada situação, tendo em linha de conta o tempo e o espaço onde essa comunicação é realizada.

E a terceira improbabilidade é a de obter o resultado pretendido. Para o autor, o facto de se receber a mensagem não significa que esta seja adotada pelo recetor. Luhmann considera assim que para atingir o resultado pretendido o recetor deveria de acatar e seguir os procedimentos transmitidos pela comunicação. Para o autor há meios que ajudam a transformar a comunicação improvável em provável, tal como a linguagem, escrita e os meios de comunicação.

Apesar de o autor apontar estas três improbabilidades da comunicação, a verdade é que Luhmann (1981), considera que “a sociedade é pura comunicação e toda a comunicação é

sociedade. Estando completamente autocontida, a comunicação não pode ser afetada por nada que exista fora dela. A sociedade é o universo de todas as comunicações possíveis” (p.34).

Jürgen Habermas (1987), da Escola de Frankfurt e um dos grandes pensadores do campo da comunicação, desenvolveu a ‘Teoria da Ação Comunicativa’. Esta teoria vem dizer que os planos de ação dos indivíduos implicados no processo de uma determinada ação não se coordenam através de ações individuais e egoístas, mas antes através de ações organizadas. Na ação comunicativa, os atores não se orientam para o próprio êxito, mas antes tendem a atingir os seus objetivos através da interação com o outro.

Poderá ser curioso referir que em 1971 houve uma controvérsia interessante entre Habermas e Luhmann. Luhmann responde à ‘Teoria da Ação Comunicativa’ de Habermas com a definição do sistema de comunicação como um “sistema autopoético”. O sistema autopoético é um sistema operacionalmente fechado e estruturalmente conectado com o meio que regula as relações sociais como variações e circulação de sentido. Em suma, para Habermas a comunicação tinha como objetivo o consenso e a compreensão entre os indivíduos. Já para Luhman a comunicação não tem qualquer propósito, pois não tem de haver necessariamente qualquer discussão ou troca de ideias sobre os valores (Mattelart, 1997).

Muitas são as teorias da comunicação que têm sido desenvolvidas e estudadas ao longo dos anos e por muitos pensadores que, na sua generalidade, consideram que não existe sociedade sem comunicação, pois esta está presente em todas as vertentes da vida em sociedade, desde a convivência em família até à convivência a nível laborar.

Littlejohn e Foss em “Theories of Human Communication” (2011), abordam a comunicação como sendo algo central à vida humana. Para os autores, todos os aspetos da nossa vida quotidiana são afetados pela nossa comunicação com o outro e também por mensagens de pessoas completamente desconhecidas, estejam elas longe ou perto. A comunicação não acontece sem sentido, sendo que os indivíduos utilizam o seu sistema de significados para interpretarem os acontecimentos nas suas vidas.

Van Ruler (2018) garante que na teoria da comunicação existem pelo menos três perspetivas diferentes de como acontece o processo de criação de significado. A primeira perspetiva olha a comunicação como um processo unidirecional de construção de significado, no qual o remetente tenta construir o significado desenvolvido pelo recetor; a segunda vê a comunicação como sendo um processo que envolve duas ou mais pessoas na construção de

significado; e a terceira olha a comunicação como um processo diacrónico omnidirecional de construção de significado, sendo o objetivo a construção contínua do próprio significado.

Na mesma linha de Littlejohn e Foss, Wolton (2004) no seu livro “Pensar a Comunicação” vem engrandecer o papel da comunicação colocando-a como um dos grandes símbolos do século XX. “o seu ideal, aproximar os homens, os valores, as culturas, compensa os horrores e as barbaridades da nossa época.” (p. 27).

Wolton (2004) distingue três sentidos principais: a comunicação direta, a comunicação técnica e a comunicação funcional. Ao nível da comunicação direta o autor vê a comunicação como uma experiência antropológica, a comunicação como uma experiência de troca de algo com alguém. Não existe vida sem comunicação, “Do mesmo modo que não há homens sem sociedades, também não há sociedades sem comunicação” (p. 29). No que diz respeito à comunicação técnica, as técnicas de comunicação associadas à importância da comunicação à distância através de telefone, e-mail, meios de comunicação, veio quebrar o paradigma da comunicação direta entre duas ou mais pessoas. Contudo, o autor aponta para o facto de as sociedades, apesar de cada vez mais tecnológicas, estarem com maiores dificuldades de comunicação.

Quanto à comunicação funcional, esta tornou-se uma necessidade para as economias interdependentes, ou seja, dada a abertura dos países a nível internacional (político e comercial), os sistemas técnicos que proporcionam essa abertura, como os computadores por exemplo, tornaram-se uma necessidade funcional para a existência de comunicação. A interação é apontada como o ponto comum dos três níveis de comunicação.

A comunicação, no entanto, é mais complexa e a simples informação não cria comunicação. A comunicação remete para a ideia de negociação, partilha e relação. Já a informação transporta para a mensagem e os dados, “comunicar é cada vez menos transmitir, raramente partilhar, sendo cada vez mais negociar e, finalmente, conviver” (Wolton, 2013, p. 62).

Kunsch (2018) expressa a mesma linha de pensamento ao defender que a comunicação e os meios de comunicação, tanto tradicionais como digitais, exercem uma influência incontestável na sociedade atual. Nesse sentido, a comunicação deve ser considerada como um processo básico e como um fenómeno, não sendo apenas uma transmissão de informação.

2.2. Comunicação Como Pressuposto Estratégico

O termo ‘estratégia’ vem do verbo grego *strategein*, que significa construir estradas (stratos agein) e desde tempos remotos este termo é utilizado como significante de ‘ser líder’ ou implementar ações que permitam alcançar os objetivos (van Ruler, 2018).

Clausewitzian (1989), general prussiano e estratega militar, definiu estratégia como sendo o conjunto de ações que conduzem à vitória, adaptando a resposta necessária à realidade inegável de recursos limitados. Para o autor, a estratégia trata-se de analisar a situação para um maior conhecimento da realidade, promover uma ideia que motive um conjunto de ações e sob a qual se devem tomar as decisões, concentração dos recursos, foco no objetivo a atingir e ignorar todas as distrações que possam afetar a estratégia definida. Clausewitzian (1989) considera ainda que a estratégia deve ser um processo em constante rejuvenescimento em ambientes instáveis, ou seja, em ambientes adversos e em rápida mudança os métodos estáticos não funcionam, pelo que é necessário um processo dinâmico e adaptativo ao contexto vivido.

A teoria clássica da estratégia trata o planeamento racional de alguma coisa a longo prazo, enquanto que a teoria mais recente sobre estratégia se refere a mudanças contínuas e é muito mais emergente e incremental (Van Ruller, 2018).

A estratégia pode ser vista como um pensamento, ou seja, a lógica por trás das ações. Esta definição é vista como a indicação do posicionamento de uma empresa para o futuro, focando-se no que deve ser feito e não numa suposição. A estratégia requer escolhas e que as organizações devem utilizar a estratégia para decidirem o valor que querem entregar e a quem (Steyn, 2000). Considera-se que na teoria racional do planeamento a longo prazo, a comunicação estratégica desempenha um papel na apresentação e promoção desse mesmo planeamento. Por seu turno, a estratégia emergente e incremental na comunicação estratégica desempenha um papel na construção da própria estratégia. Contudo, van Ruler (2018) aponta autores como Mintzberg e Waters que consideram que nenhuma das teorias de estratégia é aplicada na prática.

“O conceito de estratégia é um termo definido com frequência de modo livre, ambíguo e, por vezes, confuso. É um termo que é utilizado abusivamente com frequência” (Carrillo, 2014, p. 74). A estratégia poderá ser vista como o conjunto de ações desenvolvidas com vista a antecipar cenários e prever ameaças futuras. Carrillo (2014) apresenta-nos a comunicação estratégica como sendo algo que não é uma novidade e colocando a estratégia como um fator indispensável à comunicação orientada para alcançar determinados objetivos, e aponta a

estratégia como uma condição obrigatória no contexto da comunicação das organizações. A autora refere que Scheinsohn & Saroka, no final dos anos 80, iniciaram inconscientemente um novo movimento que ficaria posteriormente conhecido como comunicação estratégica. Também estes dois autores abordam a estratégia sob uma perspectiva integradora que apoia o indivíduo a ter uma noção clara de onde está e para onde se quer dirigir.

A comunicação estratégica é um assunto multidisciplinar que abrange vários setores da sociedade, quer ao nível empresarial, governamental, político ou cultural (Falkheimer e Heide, 2018). Nesse mesmo sentido, foram identificadas seis áreas dentro do conceito de Comunicação Estratégica. São elas a gestão, marketing, relações-públicas, comunicação técnica, comunicação política e campanhas de informação/marketing social. Esta divisão em seis paradigmas poderá ter como objetivo o de ajudar a entender este fenómeno da comunicação estratégica (Hallahan et al., 2007). Todas estas disciplinas da comunicação visam apoiar a organização a cumprir os seus objetivos e a sua missão.

O termo comunicação estratégica é visto como um conceito centralizador que permite analisar as comunicações dos vários tipos de organizações, por pelo menos quatro razões. A primeira razão prende-se com o facto de os profissionais de comunicação estarem a perder a capacidade de diferenciar entre as atividades tradicionais de comunicação e os seus efeitos. Ou seja, os autores pretendem demonstrar que, por exemplo, a área das relações-públicas já desenvolve atividades características do marketing e que o marketing também já começa a promover ações que antes pertenciam exclusivamente ao campo das relações-públicas. A segunda razão apontada tem que ver com a mudança que está a acontecer na comunicação, fruto da tecnologia e da economia dos meios de comunicação. Os autores referem que devido ao surgimento da internet e das mensagens instantâneas é muito difícil diferenciar os tipos de comunicação que são transmitidas ao público. Em terceiro é referido que as organizações recorrem a diferentes meios para influenciar os comportamentos dos seus públicos em relação a essa mesma organização. A quarta e última razão prende-se com o facto de a comunicação estratégica reconhecer que a influência intencional é o objetivo das comunicações da organização (Hallahan et al., 2007).

Habermas (1987) propôs olhar para a ação estratégica como uma oposição direta à ação de comunicação. Habermas não desconsiderou o uso da estratégia, desde que esta fosse utilizada para gerar entendimentos. O autor reconheceu que a comunicação estratégica estava a ganhar uma importância crescente na esfera pública, levando a que a comunicação corporativa permitisse aos representantes de um determinado sistema e a grupos de interesses chegarem

com mais facilidade aos meios de comunicação e assim influenciarem a opinião pública. Contudo, Habermas reconheceu que apesar de os indivíduos da sociedade civil terem menos poder do que os políticos, a verdade é que também eles poderiam utilizar a comunicação estratégica para influenciar a opinião pública (Hallahan et al., 2007).

A investigação em comunicação estratégica pode, por um lado, centrar-se em analisar como é que as organizações se relacionam com os seus públicos, sejam eles clientes, colaboradores, benfeitores, investidores, etc. Por outro lado, a comunicação estratégica também pode analisar como é que as organizações se apresentam na sociedade e assim contribuírem para a criação de cultura e debate de temas públicos. Contudo, a comunicação estratégica ainda é uma ciência em desenvolvimento e necessita de maior aprofundamento científico (Hallahan et al., 2007).

Para Oliveira e Ruão (2014) a comunicação estratégica, ao referir-se à utilização intencional da comunicação para alcançar os objetivos organizacionais, também poderá representar um campo maior de estudo, onde se inserem diferentes disciplinas, tais como a comunicação organizacional, as relações-públicas, a comunicação corporativa e a comunicação de negócio.

Desta forma, a comunicação organizacional alude à comunicação de, para e na estrutura, assim como o seu nível meta comunicativo. Já as relações-públicas estão focadas na relação entre a organização e os seus públicos. A comunicação corporativa promove a visão integradora das fontes das mensagens organizacionais. A comunicação de negócio prende-se com comunicação com o objetivo de promover a transação comercial. Contudo, em qualquer das quatro disciplinas a utilização propositada da comunicação está presente (Oliveira e Ruão, 2014).

Assim, a comunicação estratégica, enquanto movimento académico, surgiu para quebrar barreiras entre as diferentes vertentes da comunicação e criar uma organização que englobe as relações-públicas, a comunicação organizacional, o marketing, entre outras áreas. Ou seja, a ideia essencial é que a comunicação estratégica seja inclusiva (Heide et al., 2018).

Também há autores que consideram que a comunicação estratégica preenche os requisitos para que seja considerada uma disciplina de estudo. Em primeiro, a comunicação estratégica é vista como um objeto particular de investigação; em segundo, é um corpo de conhecimentos especializados acumulados; em terceiro apresenta-se como uma teoria e um conceito que organiza o conhecimento acumulado; tem terminologias específicas e métodos

específicos de investigação; e, por último, alguma manifestação institucional. Mas há uma questão que se levanta, é que os académicos não estão de acordo quanto ao que representa cada um destes campos no que à comunicação estratégica diz respeito. Os autores não têm dúvidas quanto à contribuição dos vários académicos para esta área da comunicação, só não é claro qual é o seu denominador comum nem como o que fazer com a diversidade de contribuições (Nothhaft et al., 2018).

São dados dois exemplos de escolas diferentes que estudam a comunicação estratégica. Uma das escolas é apresentada por Heide, von Platen, Simonsson e Falkheimer que referem que, “o desenvolvimento da comunicação estratégica como campo de investigação dever ser mais rico e mais amplo, capaz de produzir conhecimentos diferenciados sobre o complexo fenómeno da comunicação” (Nothhaft et al., 2018, p. 353)¹. Uma outra escola é a de Seiffert-Brockmann que quer ver a evolução da comunicação estratégica num sentido clássico e científico; o autor quer “... conciliar o campo com os seus atalhos teóricos e empíricos fornecendo uma estrutura coerente com modelos e hipóteses testáveis” (Nothhaft et al., 2018, p. 353)².

Desta forma, a comunicação estratégica não só surgiu como um campo global de investigação, como também tem vindo a fortalecer-se como disciplina, pelo que devem cair as barreiras entre as diferentes disciplinas de comunicação e a comunicação estratégica deverá agregar todas essas mesmas disciplinas, como é o caso das relações-públicas, da comunicação corporativa, da comunicação organizacional e interna, entre outras (Nothhaft et al., 2018).

A comunicação estratégica é mais do que uma área de investigação em comunicação, é também uma importante ferramenta competitiva disponível para todos os tipos de organizações em qualquer parte o mundo (Verhoeven et al., 2019). O recurso a estratégias de comunicação pelas organizações transforma-as numa força social poderosa, além disso os próprios indivíduos utilizam as suas habilidades de comunicação nas mais diversas plataformas digitais, tais como

1 “To sum up, our vision of the development of strategic communication as a research field is a richer and broader field that can produce nuanced knowledge about the complex phenomenon of strategic communication.”

2 “... reconcile the field with its theoretical and empirical shortcomings by providing a coherent framework with testable models and hypotheses.”

o Facebook, Instagram ou Snapchat, tornando assim a comunicação estratégica um fenómeno omnipresente em todos os lugares (Verhoeven et al., 2019).

A comunicação estratégica como um campo de estudo observa como as organizações usam a comunicação para cumprirem os seus objetivos. Contudo, “o conceito de comunicação estratégica sugere que nem toda a comunicação pode ser vista como estratégica” (van Ruler, 2018, p. 372).³

Van Ruler (2018) expõe duas perspetivas/definições de comunicação estratégica. A primeira definição é apresentada por Hallahan, que refere que o objetivo da comunicação estratégica é ser assertiva de modo a que a missão de uma organização avance através da comunicação. Ou seja, para a autora nesta definição não importa a qualidade da comunicação, importa apenas se a comunicação apoia a organização no desenvolvimento da sua missão, e só assim se pode chamar de comunicação estratégica.

A segunda perspetiva apresentada por van Ruler (2018) é a de Thorson que vem dizer que a principal força da comunicação estratégica reside na própria estratégia e não em táticas específicas, bem como no facto de as comunicações serem compreendidas holisticamente. Van Ruler, apesar de Thorson não expressar o que quer dizer com a palavra ‘holisticamente’, considera que esta ideia está ligada com a definição de Hallahan que diz que a comunicação estratégica abarca várias formas de comunicação. Van Ruler (2018) defende que a comunicação é um pilar da comunicação estratégica e a estratégia aparece como a circunstância onde acontece a comunicação estratégica. A autora afirma que prefere ver a comunicação estratégica como um método de gestão do conjunto de processos de comunicação inseridos no contexto de desenvolvimento contínuo da estratégia e assim incluir os aspetos de apresentação, promoção e realização, bem como os aspetos de construção e reconstrução da estratégia e ver isso como um processo contínuo.

Já Kunsch (2018) considera que o pensamento sobre a comunicação estratégica “remete inexoravelmente ao exercício do poder presente nos processos e no exercício das negociações por parte dos atores envolvidos nas mais diversas e possíveis aplicações no contexto das esferas públicas e privadas da sociedade” (p.14). Contudo, a comunicação estratégica exige a equação de alguns requisitos prévios, como a avaliação dos padrões organizacionais atuais de comunicação, perceber-se que a comunicação estratégica é uma comunicação intencional

³ The concept of “strategic communication” suggests that not all communication can be seen as Strategic.

composta por determinados princípios, fazer uso de metodologias e recorrer a análises que permitam o desenvolvimento de estratégias e fazer o planeamento dessas mesmas estratégias, e ainda monitorizar e avaliar as ações de comunicação levadas a cabo (Kunsch, 2018).

A comunicação estratégica é definida também como a comunicação alinhada com a estratégia global da empresa com vista a aperfeiçoar o seu posicionamento estratégico (Argenti et al., 2005). Argenti et al. (2005) desenvolveram um estudo sobre comunicação estratégica onde realizaram mais de 50 entrevistas as CEO's, CFO's e responsáveis de comunicação corporativa. O estudo indicou “não apenas os caminhos, as boas práticas e lições de comunicação estratégica, mas também mostrou que quando as empresas têm uma aproximação estratégica da comunicação, essa comunicação torna-se integral para a formulação e implementação de uma estratégia” (p. 84).⁴ Os autores explicam que é mais provável que as empresas reconheçam o imperativo da comunicação estratégica quando os CEO's têm um entendimento de como a comunicação pode ser um fator diferenciador para o negócio.

Há ainda quem defenda que a Comunicação Estratégica tem que ver com a estruturação das ações dos indivíduos com vista a alcançarem os seus objetivos (Christopher, 2011). De uma forma mais formal, define-se “a comunicação estratégica como ações coordenadas, mensagens, imagens e outras formas de sinalização ou envolvimento destinadas a informar, influenciar ou persuadir audiências selecionadas em apoio aos objetivos nacionais” (Christopher, 2011, p.3).

Esta breve análise às diferentes perspetivas da comunicação estratégica permite-nos perceber claramente que grande parte dos autores projetam a comunicação estratégica como a definição e desenvolvimento de um conjunto de ações que permitem atingir os objetivos definidos pelas organizações, Clausewitzian (1989), Steyn (2000), Carrillo (2014), Verhoeven et al. (2019), van Ruler (2018), Christopher (2011). Nesse sentido, a estratégica afigura-se como uma importante ferramenta para a promoção e dominação da comunicação nos diferentes setores de atividade, (Kunsch, 2018).

⁴ “The research not only indicates the drivers, best practices and lessons of strategic communication, but it also suggests that when companies take a strategic approach to communication, communication becomes integral to the formulation and implementation of strategy”.

2.3. Comunicação Em Saúde

O estudo da comunicação em saúde nas ciências sociais é um campo de investigação recente, contudo na Grécia antiga já existiam referências isoladas à relação entre comunicação e saúde. A comunicação eficaz e persuasiva e a boa saúde eram um ideal homérico para quem procurava a virtude (Ratzan et al., 1996).

A comunicação em saúde tem-se desenvolvido nos últimos 40 anos como um importante campo de estudo focado nos papéis protagonizados pela comunicação humana e mediada na concessão de cuidados e promoção da saúde. Esta é uma área de estudo aplicada tanto pela análise da influência da comunicação nos cuidados de saúde e na promoção da saúde pública, como pelo trabalho desenvolvido neste campo que é utilizado como ferramenta estratégica para promover melhores cuidados de saúde (Kreps et al., 2003).

A comunicação em saúde tem diferentes níveis: comunicação intrapessoal, interpessoal, grupal, organizacional e social. A comunicação intrapessoal em saúde analisa os sistemas mentais e psicológicos que afetam os cuidados de saúde. Já o trabalho de estudo da comunicação interpessoal em saúde investiga se esta influencia nos resultados em saúde. Por sua vez, a investigação de comunicação em saúde em grupo tende a estudar o papel que a comunicação desempenha entre os membros das equipas de saúde, grupos de apoio, comitês de ética e famílias, uma vez que estas pessoas partilham informação importante para a tomada de decisões de saúde. Já o estudo em comunicação em saúde organizacional analisa a comunicação como forma de coordenar grupos interdependentes, mobilizar diferentes especialistas e partilhar informações de saúde para permitir uma prestação de cuidados de saúde multidisciplinar eficaz. A área social da comunicação em saúde estuda a divulgação de informações relevantes sobre o tema através dos meios de comunicação para profissionais e público em geral para promover a literacia em saúde (Kreps et al., 2003).

A investigação sobre o papel da comunicação em saúde e na sua promoção é complexo devido a fatores individuais, organizacionais e sociais que afetam as decisões e comportamentos relacionados com a saúde (Kreps, 2011). Existem, atualmente, cinco grandes áreas de estudo inter-relacionadas na comunicação em saúde: Comunicação na prestação de cuidados; Comunicação e promoção da saúde; Comunicação de risco em saúde; Comunicação em saúde via internet; Comunicação na gestão de sistemas de saúde. A investigação nestas cinco áreas de estudo em comunicação em saúde conduziu a provas consistentes que revelam que a

comunicação estratégica em saúde pode ajudar a reduzir potenciais riscos, incidência, morbidade e mortalidade e melhorar a qualidade de vida da população (Kreps, 2020).

Este é um campo em desenvolvimento e com cada vez maior visibilidade. São muitos os autores que têm tentado definir a comunicação em saúde e, embora essas definições possam parecer diferentes umas das outras, a verdade é que quando analisadas, a maioria demonstra que a comunicação em saúde pretende influenciar e apoiar as pessoas, as comunidades, os profissionais de saúde, entidades políticas ou grupos de doentes para a adoção de melhores hábitos de vida e mudanças de comportamento que se irão refletir em melhores resultados de saúde. Perceber o verdadeiro significado de comunicação em saúde pode ajudar os profissionais da área a reconhecer as necessidades da equipa ao nível das técnicas de comunicação e, assim, criar bases para uma bem-sucedida comunicação que apoie na concretização dos objetivos junto dos públicos-alvo, neste caso os utentes (Schiavo, 2007).

A comunicação em saúde é a base do cuidado médico e uma das vertentes mais relevantes do clínico (Hulsman, 2009). Estimou-se que um médico num hospital pode realizar uma média de 120.000 a 160.000 entrevistas com doentes e familiares durante a sua vida profissional, empregando mais tempo nesta vertente do que em qualquer outro ato clínico. O ensino e a avaliação das capacidades de comunicação tiveram um grande aumento nos últimos 40 anos em toda a educação médica, sendo que a comunicação em saúde é grandemente abordada numa perspetiva orientada para objetivos. A comunicação em saúde é, assim, um trabalho complexo de resolução de problemas que compreende um método ininterrupto de deteção de objetivos e formação de respostas (Hulsman, 2009).

A comunicação em saúde é ainda definida como um processo que tem como objetivo disseminar informações e conhecimento em saúde entre a população de forma a promover uma maior literacia em saúde (Sharma et al., 2019). No âmbito das estratégias de comunicação em saúde, a mensagem é primeiramente definida e posteriormente o público-alvo selecionado, sendo que o meio de transmissão dependerá do público que irá receber as mensagens e a situação geográfica (Sharma et al., 2019). Além disso, ela é vista como um conjunto de iniciativas interpessoais ou em massa que têm como objetivo melhorar o estado de saúde de indivíduos e populações. O Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças acrescentou ainda que a comunicação em saúde passa pelo estudo e utilização de estratégias de comunicação para dar a conhecer e influenciar decisões que possam promover uma melhor saúde (Belim e Almeida, 2018).

Assim, as bases da comunicação em saúde assentam 1) no facto de os profissionais de saúde estarem dependentes da comunicação para transmitirem aos seus utentes informações terapêuticas; 2) além de que a comunicação humana é a principal forma de os utentes recolherem informação relevante para a sua saúde; 3) a eficácia da comunicação entre os médicos e os utentes tem uma grande influência nos resultados em saúde (Belim e Almeida, 2018).

Desta forma, a comunicação médica e a comunicação em saúde são dois campos muito próximos, apresentando a comunicação médica como sendo a mãe e a comunicação em saúde a sua descendente. A comunicação médica é apresentada como o conjunto de informações científicas, como publicações, investigação científica e clínica, dirigidas a profissionais de saúde. Já a comunicação em saúde é dirigida ao público em geral, tendo como fontes os próprios profissionais de saúde ou a comunicação social. Neste tipo de comunicação o objetivo é a simplificação da linguagem médica original, tornando-a comum e perceptível ao público (Daniele, 2021). Ou seja, a comunicação em saúde é o resultado da simplificação da comunicação médica complexa e pouco acessível ao nível do entendimento por parte das pessoas fora da comunidade científica.

É aceite entre os autores que a perceção dos utentes em relação à qualidade dos cuidados de saúde prestados está intimamente relacionada com a interação com os médicos e com a equipa de saúde. A ligação que um doente sente com o seu médico pode melhorar a sua saúde, através de uma participação ativa na definição dos seus cuidados, da adesão à terapêutica e do seguimento das recomendações clínicas. Existem três objetivos principais na comunicação entre médico e utente: criação de um bom relacionamento interpessoal, facilitar a troca de informação e incluir os doentes nos processos de tomada de decisão (Baladi, 2019).

Um estudo realizado em cento e vinte e quatro consultórios médicos, no Oregon e no Colorado nos EUA, com o objetivo de reconhecer procedimentos de comunicação próprios associados a antecedentes de negligência médica, em médicos dos cuidados primários e cirurgiões, comparou os comportamentos de comunicação de médicos "com queixas" e "sem queixas", utilizando as gravações áudio de 10 consultas de rotina por médico. O estudo revelou diferenças significativas nos comportamentos de comunicação dos médicos dos cuidados primários com e sem queixas, mas não em cirurgiões. Comparando com os médicos dos cuidados primários com queixas, os médicos sem queixas utilizaram mais afirmações de orientação – educação dos utentes sobre o que esperar e sobre o curso da consulta médica – riram mais e utilizaram mais o humor, e tendiam a ser facilitadores ao pedirem a opinião dos

utentes, verificando a compreensão destes e incentivando os utentes a falar. Os médicos dos cuidados primários sem queixas dispensaram mais tempo na consulta de rotina com o utente do que os médicos com reclamações - média, 18,3 vs. 15,0 minutos (Levinson et al., 1997).

Podemos assim concluir que uma boa relação de comunicação entre médico e utente permite apoiar na gestão das emoções deste último, promover uma fácil compreensão das informações clínicas e um melhor reconhecimento das necessidades, perceções e expectativas dos utentes. Além disso, os utentes com uma boa comunicação com o seu médico sentem-se mais à vontade para partilhar informações importantes para um correto diagnóstico dos seus problemas de saúde, seguem os conselhos médicos e aderem mais facilmente aos tratamentos prescritos (Baladi, 2019).

2.4. A Evolução Da Relação Médico-Utente

Após a análise do que significa para diferentes autores a comunicação estratégica no capítulo 2.2, analisamos agora, através de vários contributos científicos, a evolução da relação entre médico-utente até ao dia de hoje, percebendo de que forma o pensamento do médico e a postura do utente se foram conjugando a adaptando ao longo dos séculos, onde a comunicação foi assumindo a sua necessidade estratégica com vista à obtenção dos melhores resultados em saúde.

É unanime entre os autores que estudam esta área que a relação médico-utente tem sofrido uma evolução significativa ao longo do tempo, passando de uma relação em que o médico era soberano nas suas decisões e o utente acatava o que lhe era “imposto”, para uma relação de troca de informação onde o utente tem uma opinião sobre a sua condição e os tratamentos que lhe são sugeridos. Estas referências à evolução da relação médico-utente podem ser encontradas em autores como Kaba e Sooriakumaran (2007), Dörr (2004), Falvo (2004), Stanton (2002), Szasz e Hollender (1956), Lazare, Putnam e Lipkin (1995).

Kaba e Sooriakumaran (2007) dividem a evolução da relação médico-utente ao longo de 5 períodos da história: 1) Antigo Egito (aproximadamente 4000 a 1000 a.C.); 2) Iluminação grega (aproximadamente 600 a 100 a.C.); 3) Europa medieval e inquisição (aproximadamente 1200 a 1600 d.C.); 4) A revolução francesa (final do século XVIII); e 5) Relação médico-utente a partir de 1700 - até os dias de hoje.

Apresentemos aqui brevemente cada um dos períodos que marcam a relação entre médico e utente (Kaba e Sooriakumaran, 2007).

No Egito Antigo os curandeiros tanto eram mágicos e sacerdotes, como médicos que utilizavam magia como parte do cuidado ao utente. Os tratamentos eram limitados a problemas externos e visíveis, como as fraturas. Os problemas psíquicos apresentaram dificuldades de observação dadas as limitações da época. Contudo, parece provável existir uma relação médico-utente baseada na passividade do utente, não se vislumbrando alterações uma vez que nem as circunstâncias sociais nem os avanços técnicos exigiram uma mudança dentro desse relacionamento (Kaba e Sooriakumaran, 2007).

Na Grécia Antiga os autores apontam uma mudança na área da medicina, passando esta para uma abordagem empírico-racional, baseada na observação naturalista, por experiência prática de tentativa e erro, abandonando-se as artes mágicas e religiosas. Sendo uma das primeiras nações a adotar um sistema democrático, a relação médico-utente estabeleceu-se através da premissa de orientação-cooperação. O Juramento de Hipócrates estabeleceu um código de ética para o médico e estabeleceu uma carta de direitos para o utente. Este juramento promoveu um maior grau de humanismo ao lidar com as necessidades, bem-estar e interesses dos utentes. No entanto, nos séculos VI e V a.c., a medicina viu um dos feitos mais importantes da sua história, que foi a sua constituição como técnica (Dörr, 2004).

Remontando às origens da relação médico-utente, são apontados três pontos que caracterizaram esta relação desde o paleolítico até à Grécia clássica. Em primeiro a ajuda espontânea relacionada com o instinto de auxílio que caracteriza o ser humano, como uma mãe que segura o filho no colo quando este tem febre. O segundo ponto é a cura mágica que se caracteriza pela crença em poderes e recursos capazes de alterar a realidade do utente. E por último, o tratamento empírico que consistia em aplicar uma prática curativa que foi descoberta por mero acaso e que foi útil noutras situações (Dörr, 2004).

Assim, a relação médico-utente na Grécia clássica caracterizava-se pela *philia*, ou seja, uma amizade fundada no amor à perfeição da natureza e à arte. Estas características do médico do amar a natureza e a arte revelavam-se em dois princípios da sua atividade: não prejudicar e abster-se de intervir junto das pessoas que estavam perto da morte (Dörr, 2004).

Também no seio do cristianismo, a relação médico-utente era vista como um ato de amor, um ato de amor pelo conhecimento técnico e um ato do amor ao próximo, baseado nos mandamentos do Novo Testamento. Contudo, hoje vivemos numa sociedade secularizada, onde

as pessoas já não se sustentam em crenças religiosas encarando a doença como uma fatalidade e uma vontade de Deus (Dörr, 2004). Por isso mesmo, o utente hoje já não aceita as decisões dos médicos sem questionar e expressar a sua opinião.

Na Europa Medieval houve um retrocesso e um enfraquecimento da relação médico-utente. Esta deterioração muito se deveu à restauração das crenças religiosas e sobrenaturais do Antigo Testamento. Na época medieval, o médico cheio de magia e poderes volta a ser visto como estando numa posição superior na sociedade, sendo que o utente seria visto como alguém impotente assumindo uma posição passiva face ao médico (Kaba e Sooriakumaran, 2007).

A revolução francesa traz uma nova era na vida das populações, fruto da procura do Homem pelo liberalismo, pela igualdade, pela dignidade e pela ciência empírica. Os eventos que levaram à revolução francesa levaram ao fim de uma época onde os utentes mentais e socialmente desfavorecidos eram trancados em masmorras. Esta mudança mostra, assim, uma clara alteração da relação médico-utente para um modelo de orientação-cooperação (Kaba e Sooriakumaran, 2007).

A partir de 1700, os médicos eram poucos para o número de pessoas existente, sendo consultados essencialmente pela classe alta e por aristocratas levando à competição entre si. Esta situação levou a que os médicos considerassem que seria menos importante examinar o utente, e mais importante atender às necessidades e experiências manifestas na forma de sintomas. Já no final do século XVIII surgiram os hospitais para atenderem os utentes mais desfavorecidos, tornando-se o centro dos cuidados médicos. O desenvolvimento do conhecimento científico levou a que o médico se centrasse no diagnóstico preciso da doença, surgindo o modelo biomédico da doença. Este novo modelo necessitava do exame do corpo do utente e do conhecimento clínico e anatómico do médico para decretar o diagnóstico, tornando o utente completamente dependente do médico. Surge assim o modelo do médico paternalista onde o médico era a personagem ativa e o utente a personagem passiva (Kaba e Sooriakumaran, 2007).

Efetivamente, a comunicação em saúde é um dos campos mais importantes da atividade clínica. É através da comunicação que o utente transmite sintomas, o historial clínico, preocupações e expectativas em relação à sua condição e tratamento. É também através da comunicação verbal e não-verbal que o médico responde ao utente, com informação sobre o seu estado de saúde, indicação terapêutica e aconselhamento médico. Dörr (2004), citando

Hipócrates, escreve que a medicina é a arte que se caracteriza por fazer bem aqueles que dela necessitam, mas dolorosa para aqueles que a praticam.

São vários os autores internacionais e nacionais que já se debruçaram sobre a área da comunicação entre médico-utente com o objetivo de analisarem a comunicação em ambiente clínico e perceberem como poderá ser melhorada essa comunicação de forma a convertê-la em melhores resultados de saúde para o utente.

Um dos pensadores sobre a relação médico-utente foi Talcott Parsons, em 1951, através da sua teoria funcionalista. Esta proposta teórica reconhecia que o médico tinha uma posição ativa de conhecimento no processo da consulta, enquanto que o utente desempenhava um papel passivo com a aceitação das recomendações clínicas (Muñoz et al., 2019).

Anteriormente os cuidados de saúde eram prestados tendo em conta que a doença era o foco da atividade do médico, tomando-se decisões terapêuticas sem ouvir a opinião do utente. Esta ideia de autoritarismo por parte dos médicos nem sempre logrou os melhores resultados em saúde para o utente (Falvo, 2004).

Entretanto, foram propostos três modelos para a relação médico-utente (Szasz e Hollender, 1956). O primeiro modelo era o de ativo-passivo, ou seja, uma relação paternalista de médico para com o utente. É o médico que detém o controlo total da situação, definindo a abordagem terapêutica sem o envolvimento do utente. Este modelo justifica-se em situações de emergência em que é necessária uma rápida decisão clínica. O segundo modelo proposto é o modelo de orientação-cooperação, aplicando-se a situações menos urgentes em que o utente está consciente e disposto a colaborar, colocando o médico numa posição de poder. O médico assume, portanto, essa posição de orientação, esperando que o utente coopere e obedeça sem questionar. O terceiro modelo é do modelo de participação mútua onde se advoga que a igualdade entre os seres humanos é reciprocamente vantajosa. Para que este modelo resulte é importante que médico e utente tenham igualdade de poder, independência e a mesma satisfação. Este modelo acarreta uma maior responsabilidade para o utente, colocando-o como peça fundamental na gestão da sua doença.

Lazare, Putnam e Lipkin (1995) demonstraram o papel predominante do médico face ao utente no seu artigo “Three Functions of the Medical Interview”. Neste artigo, os autores descreveram três funções principais da entrevista médica. A primeira função da entrevista é determinar e monitorizar a natureza do problema. A segunda função é desenvolver, manter e concluir a relação terapêutica. E a terceira função passa pela educação do utente e

implementação dos planos terapêuticos. Contudo, os autores referem que esta última função é a mais esquecida pelos médicos, pois a formação médica tem negligenciado esta faceta do relacionamento entre médico e utente até há bem pouco tempo. Os autores referem um estudo que indicava que os médicos dedicavam menos de um minuto à questão da educação e informação do utente.

Lazare, Putnam e Lipkin (1995) referem, contudo, que a atenção do médico à educação do utente tem mostrado que reduz a ansiedade do utente, reduz a utilização de analgésicos e outro tipo de medicamentos, encurta os internamentos hospitalares e reduz o tempo de tratamento. É também afirmado que os médicos ao serem treinados com melhores técnicas de comunicação levam ao aumento da satisfação dos utentes.

Freud et al. (2001) com as suas teorias psicanalíticas e psicossociais no final do século XIX começaram a analisar o utente como uma pessoa, mostrando a importância de o ouvir. Com esta sua abordagem, foi possível desenvolver um relacionamento entre médico-utente mais comunicativo e onde o utente era parte ativa na consulta.

De acordo com esta análise, é inegável que a relação de comunicação entre médico-utente viu uma mudança/evolução profunda ao longo dos séculos. Se no Egito Antigo eram os curandeiros as figuras principais dos cuidados ao utente baseando-se nestes artes mágicas e crenças religiosas e colocando o doente como o sujeito passivo (Kaba e Sooriakumaran, 2007), a verdade é que assistimos de forma constante, ao longo dos séculos, a uma mudança profunda do conhecimento científico e da postura do médico perante o utente (Freud et al., 2001).

2.5. A Comunicação Como Fundamento Da Relação Médico-Utente

Este capítulo mostra-nos, uma vez mais, a importância da comunicação entre médico-utente, dando à comunicação e ao seu conjunto de ações estratégicas um estatuto principal para operar a nível da mudança de comportamentos junto dos indivíduos. Estas mudanças podem acontecer quer seja através de programas educacionais (Krenn et al., 2014), quer através da ação individual do médico enquanto agente de saúde e autoridade científica (Ricou et al., 2004).

No que diz respeito à ação de comunicação individual do médico enquanto agente de saúde, esta leva a melhores resultados, pois o médico apresenta-se como uma autoridade na

área da saúde, expondo uma justificação clara para a necessidade de mudança de hábitos (Ricou et al., 2004).

De acordo com o Manual de Aconselhamento para a Mudança Comportamental, editado em 2018 pela Direção Geral de Saúde, o objetivo do profissional de saúde é ajudar os utentes a perceberem como é que a mudança de comportamentos poderá ajudá-los a alcançar um nível de bem-estar e qualidade de vida superior ao fazerem as escolhas mais apropriadas para si. Contudo, consideram que o processo de mudança deve ser um processo autónomo do utente e que este poderá apoiar-se no conhecimento científico do profissional de saúde. Os autores fazem também uma salvaguarda em relação às significações e crenças dos utentes, na medida em que os aconselhamentos e indicações do médico podem ser pouco adequadas e eficazes. Nesse sentido, é necessário que o médico, através de novos padrões comunicacionais, promova mudanças informadas e consentidas a nível comportamental, sendo este profissional um facilitador do processo de mudança ao promover o conhecimento juntos dos seus utentes.

Já em 2023, a Direção Geral de Saúde lançou o ‘Guia de Comunicação em Saúde – Boas Práticas’ para apoiar o planeamento estratégico para a saúde sustentável a nível nacional e local ao estabelecer as bases para a comunicação do Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030). Neste manual é referido que o profissional de saúde tem um papel fulcral nas interações com os diferentes públicos, atribuindo-se a este profissional, enquanto fonte de informação, o dever de: ter uma linguagem simples, assertiva, clara e positiva; ter o controlo sobre a mensagem transmitida; disponibilizar informação simples e fidedigna; promover o envolvimento dos seus públicos; e afirmar-se como um polo comunicativo dinâmico. Contudo, neste manual não há referências específicas à relação particular de comunicação entre médico e utente.

Como temos vindo a estudar, a união entre médico-utente está assente nas habilidades comunicacionais para o cumprimento das funções da entrevista no âmbito da consulta, que são a recolha de informação e a intervenção terapêutica. Estas competências comunicacionais durante a entrevista fazem desta parte do processo de cura (Carvalho et al., 2010). A utilização das capacidades comunicacionais tem impacto não só na satisfação do utente com a consulta, mas também ao nível dos sintomas e dos indicadores de saúde (Mendes Nunes, 2010).

Contudo, na relação entre médico e utente estão a perder-se as palavras relacionadas com o sofrimento, a dor do utente, o contexto familiar de sofrimento e seu ambiente psicossocial. O médico é encarado apenas como um especialista na doença, deixando-se de fora

os sentimentos que constroem uma relação entre médico e utente e adotando-se um discurso distante dissociado de afetos (Dörr, 2004).

Tudo isto tem impacto numa das características centrais das relações médico-utente - a confiança (Pearson e Raeke, 2000). Num estudo realizado com 29 utentes em que estes foram incentivados a descrever momentos que afetaram positiva ou negativamente a confiança no médico foram distinguidas 9 dimensões de confiança entre as descrições dos utentes, variando entre a competência técnica e atributos interpessoais a fatores organizacionais. A maioria dessas dimensões está relacionada especificamente com o comportamento e atitude do médico. Os utentes afirmaram que a confiança é essencialmente determinada pelas avaliações do relacionamento médico, a compaixão, a compreensão e a honestidade. Os participantes do estudo também confirmaram que a confiança no médico aumenta a adesão à terapêutica (Pearson e Raeke, 2000).

A confiança e a comunicação nos serviços de saúde são, por isso, ferramentas fundamentais para um melhor atendimento e maior satisfação dos utentes, bem como a obtenção de melhores resultados em saúde. “Confiança é algo que deve ser construído e conquistado e ter boas capacidades de comunicação ajuda na construção dessa confiança entre médico e utente” (Chandra et al., 2018, p. 5)⁵.

Também na universidade do Alabama, EUA, foi desenvolvido um estudo com o objetivo de investigar as perceções dos utentes sobre as capacidades de comunicação tanto de utentes como de médicos. Para o estudo foram entrevistados aleatoriamente 400 pessoas residentes no centro-norte do Alabama. Os participantes foram inquiridos através de entrevistas telefónicas (Amsbary et al., 2007). Este estudo revelou que a maioria das pessoas demonstrou ter sentimentos positivos em relação à confiança que depositava no seu médico e nas suas decisões, assim como na comunicação estabelecida com este profissional de saúde. Apesar de os residentes da região metropolitana de Birmingham afirmarem que a maioria dos clínicos envidava esforços no sentido de comunicar com os utentes, a maioria dos participantes (81%) questionou as habilidades comunicacionais dos médicos e considerou que a aprendizagem de técnicas de comunicação poderia ser benéfica para estes profissionais, tornando a sua comunicação com os utentes mais eficaz. Quando os participantes foram questionados sobre o benefício da aprendizagem de técnicas de comunicação por parte dos utentes, a maioria (96%)

⁵ “Trust is something that must be built and gained and having good communication skills, assists in building this trust between a doctor and patient”.

considerou que os utentes também poderiam beneficiar com a aprendizagem de como se deviam comunicar de forma mais eficaz com os médicos (Amsbary et al., 2007).

Apesar de a comunicação entre médico-utente ser um processo evolutivo, a verdade é que o primeiro contacto é fundamental. Numa primeira abordagem a nossa resposta está muito mais dependente da linguagem não-verbal, pelo que deve haver um maior cuidado num primeiro contacto, pois será ele a pautar a relação futura (Silva, 2008).

A linguagem não-verbal desempenha, de facto, um papel de grande relevância, pois ela permite transmitir emoções e adjectivar situações num contexto em que o indivíduo compreende não só o que é transmitido em palavras, mas também o que é sentido pelo emissor da mensagem (Araújo et al., 2007). O tom de voz ou mesmo o silêncio, as expressões faciais, o olhar, os gestos e a postura corporal concorrem para transmitir um sem número de mensagens que não são partilhadas por palavras, pelo que a maioria das queixas por parte dos utentes e respetiva insatisfação se deve à deficiente capacidade de comunicação dos médicos (Ghaffarifar et al., 2018).

Paralelamente, constata-se também que a evolução das tecnologias de informação e comunicação não está a contribuir para uma melhor comunicação entre médicos e utentes. A valorização excessiva da tecnicidade da medicina e o desenvolvimento rápido e constante da tecnologia levaram à desvalorização da vertente de comunicação entre médico e utente no processo terapêutico. Uma investigação envolvendo 106 médicos de família e 392 utentes e com objetivo avaliar a perceção dos médicos de família e dos utentes em relação ao impacto do uso do computador nas habilidades de comunicação dos médicos, na empatia e na qualidade do atendimento, revelou que os médicos consideravam que despendiam muito tempo com o computador durante a consulta e entendiam isso como algo negativo. Já os utentes consideraram que a capacidade de o médico ser mais compassivo e entender a perspetiva do utente não estava associada à utilização do computador, no entanto entendiam que a qualidade do atendimento médico estava negativamente associada ao tempo gasto com a interação dos médicos com o computador (Sobral e Braga, 2016). Prevê-se ainda que nas próximas décadas o contacto cara-a-cara entre médico e utente seja cada vez menos frequente e que esse contacto aconteça através da mediação de dispositivos eletrónicos (Weiner, 2012). Ou seja, haverá um profundo impacto na forma como os médicos interagem com os seus utentes à luz da revolução tecnológica.

São vários os autores que concordam que existem falhas de comunicação entre médico e utente e que, por vezes, o médico assume uma postura autoritária perante a exposição do

utente, podendo fazê-lo sentir-se intimidado. Um estudo focado nos primeiros 90 segundos da visita concluiu que a apenas 23% dos utentes foi dada a oportunidade de responder às perguntas abertas feitas pelo médico. Em 69% das consultas o médico interrompeu o utente e dirigiu perguntas para uma preocupação específica. Em apenas 1 dessas 51 visitas o utente teve a oportunidade de completar a sua resposta. Concluiu-se, assim, que os médicos ao limitarem a informação transmitida pelos utentes e ao interromperem precoce e constantemente a exposição destes podem criar uma situação em que a informação importante se perde, com consequências diretas para o bem-estar destes utentes (Beckman e Frankel, 1984).

Perece ser um facto de que os profissionais de saúde não falam o suficiente e que as equipas de saúde não se dedicam a comunicar uns com os outros sobre as necessidades dos utentes, pelo que também secundarizam a comunicação com o utente (Deland, Gordon e Kelly, 2015). Esta situação pode levar ao incremento dos erros médicos, erros esses que acontecem muitas vezes devido a falhas de comunicação na fase de recolha de informação, podendo levar a erros no diagnóstico que comprometam a saúde dos utentes. O mesmo também pode acontecer na fase de informar o utente sobre a sua patologia e respetivo tratamento (Santos et al., 2010).

Têm sido muitos os autores e as entidades ligadas à medicina que têm alertado para a questão da comunicação médico-utente e que esta deve ser uma ferramenta que tem de ser ensinada durante a formação, a comunicação deve ser uma disciplina essencial dos currículos académicos dos cursos de medicina. “O saber observar, ouvir, informar, identificar sentimentos, agir adequadamente e lidar com desafios comunicacionais particulares são competências básicas essenciais à boa prática clínica. Considerada hoje aspeto fundamental da Educação Médica, a comunicação é, no entanto, uma área frequentemente difícil de integrar nos programas médicos” (Carvalho et al., 2010, p. 528), sendo exemplo disso a não existência de disciplinas de comunicação nos atuais currículos das diferentes escolas de medicina (Mendes Nunes, 2010). É fundamental não esquecer de que estamos a falar de duas pessoas muitas vezes com características completamente distintas. De um lado temos o médico, cujo trabalho de diagnóstico, decisão clínica e prescrição terapêutica afeta não só o tratamento médico, mas também a futura qualidade de vida do utente. Do outro lado há o utente que ao experienciar a doença se vê confrontado com a gestão de questões importantes referentes à sua doença e que podem ter impacto na sua vida (Tsimpri, 2018).

Um estudo desenvolvido por Kee et al. (2018) analisou 38 casos de feedback negativo anónimo do utente sobre médicos estagiários. A investigação, realizada num hospital de Singapura, revelou importantes e negligenciadas falhas de comunicação, como a linguagem

não-verbal (contacto visual, expressão facial e escolha inapropriada de palavras), o conteúdo (pouca quantidade e qualidade das informações fornecidas) e atitudes menos adequadas (falta de respeito e empatia).

A empatia é definida como a capacidade de entender e partilhar os sentimentos e perspetivas de outra pessoa e apoiar-se nessa compreensão e emoção para guiar as ações futuras (Krznaric, 2014). A forma como os médicos incorporam a empatia pode influir a sua abordagem aos doentes e os seus conceitos de profissionalismo, pelo que a empatia envolve a partilha de sentimentos e a ligação emocional com o doente. A empatia é dinâmica, impõe esforço e envolve ação, que se exterioriza na preocupação e cuidado com o doente, transmitindo-lhe a noção de que é importante e que não será desamparado (Jeffrey, 2016).

A empatia pressupõe focar a atenção no doente, pelo que o médico que esteja ocupado com as suas próprias emoções teria o foco errado, ou seja a empatia tem como objetivo imaginar como é estar na situação de outra pessoa. A empatia por parte do médico facilita a confiança do doente e a partilha de informação relevante e essa empatia manifesta-se não apenas de forma verbal, mas também numa linguagem não verbal. Além disso, existe um corpo repleto de evidências que sugerem que a empatia aumenta diretamente os resultados terapêuticos (Halpern, 2003). De acordo com a consulta aos diferentes autores que têm vindo a ser referidos, a comunicação comprometida tem sido relacionada com diminuição da ansiedade do doente, sendo que para uma diversidade de doenças, a diminuição dessa ansiedade tem sido associada a melhores resultados em saúde.

Ao longo desta revisão bibliográfica, percebemos que o respeito e a empatia que se estabelece no relacionamento entre médico-utente têm um papel fundamental nos resultados em saúde alcançados pelo utente e na sua capacidade de seguir as terapias e conselhos prescritos pelo médico. Um dos fatores mais importantes para o estabelecimento de um bom relacionamento é a forma como o médico aplica as suas capacidades de comunicação na transmissão de informações aos utentes sobre sua condição e tratamento (Falvo, 2004).

A comunicação efetiva é apresentada como sendo parte da definição de um bom médico (Moore et al., 2010). São dados a conhecer cinco princípios da comunicação efetiva: garante uma interação em vez de uma transmissão direta, ou seja, há oportunidade para colocar perguntas por parte dos utentes e esclarecer dúvidas; reduz incertezas desnecessárias, pois as incertezas interferem com a precisão, eficiência e com o relacionamento entre estes dois atores; requer planeamento baseado em "resultados", pois só se pode medir a eficácia clínica mediante

os objetivos que o médico e/ou o utente pretendem alcançar; demonstra dinamismo e flexibilidade perante diferentes utentes ou diferentes circunstâncias; e segue o modelo helicoidal em vez de um modelo linear, ou seja rever mais do que uma vez a informação do utente pois só assim será possível compreendê-lo melhor (Kurtz et al., 2005).

Além dos princípios da comunicação eficaz, há um conjunto habilidades específicas que ajudam a uma comunicação eficaz entre médico e utente, tais como: construir a relação, estruturar a entrevista, iniciar o processo de entrevista, reunir informações, explicar, planejar e por fim concluir a entrevista (Kurtz et al. (2005).

Assim, para o estabelecimento de uma via de comunicação eficaz e para que o processo de comunicação entre médico-utente seja frutuoso e, por consequência, os resultados em saúde sejam melhores, diminuindo a probabilidade de erro médico, é essencial um conjunto de processos: “Interpelar, ouvir, perguntar, ouvir a resposta, imaginar-se o outro, interpretar, partilhar as interpretações, voltar a perguntar para confirmar a sintonia de entendimentos, voltar a ouvir, reformular, devolver o resultado desse processo, e assim sucessivamente, formam como que um núcleo ou core central, um coração, que anima a vida de todo o processo da comunicação” (Carrapiço e Ramos, 2018).

Aliás, ouvir é apontada como uma característica fundamental do médico por parte dos doentes num estudo realizado a um conjunto de 58 doentes (Jagosh et al., 2011). Os participantes consideraram que ouvir era fundamental para a recolha dos dados clínicos e do diagnóstico, além de ser um agente terapêutico. A escuta foi ainda apontada como forma de estimular e fortalecer a relação médico-doente, pois permite aprofundar o impacto físico, social e emocional desses problemas na qualidade de vida da pessoa com a doença e, desse modo, promover um cuidado holístico, que vai além do tratamento de uma doença, levando a uma maior satisfação do doente (Ranjan et al., 2015).

A escuta do doente, a empatia e a atenção à linguagem paraverbal e não verbal são muito importantes, mas muitas vezes descurados. Ouvir é extremamente importante na criação de uma relação de confiança entre médico-doente, sendo fundamental para o sucesso terapêutico (Ranjan et al., 2015).

Desta forma, melhorar as capacidades de comunicação contribui para melhorar os resultados em saúde, sendo que a escuta ativa no início da interação com o doente apresenta uma maior probabilidade de o doente expor todos os seus problemas de saúde e preocupações.

Ao utilizar as habilidades comunicacionais em medicina está-se a promover entrevistas mais eficazes no que respeita à precisão, à eficiência, ao apoio e colaboração. As habilidades comunicacionais também permitem reduzir as queixas dos utentes em relação aos seus médicos. Por último, esta capacidade de comunicação ajuda a melhorar a satisfação dos médicos e dos utentes em relação à consulta, aos planos de tratamento, alívio dos sintomas e resultados clínicos (Moore et al., 2010).

Uma boa base de comunicação ajuda o médico a identificar as necessidades do utente mais facilmente, sendo que médico e utente devem trabalhar em conjunto nesse processo. Também é necessário o médico ter em conta os diferentes pontos de vista dos utentes, bem como as diferenças culturais e religiosas que são necessárias respeitar (Markides, 2011).

Um médico com boas capacidades de comunicação deve ser capaz de se colocar no lugar do utente e tentar ver o mundo através da sua perspetiva para que possa mais facilmente entender as expectativas e receios desse utente (Markides, 2011). Em contexto de saúde é fundamental perceber os valores culturais dos utentes com quem o médico interage, sendo essencial para melhorar o sentimento geral de pertença. Desta forma, é possível diminuir preconceitos e desigualdades em saúde, construindo uma relação de confiança e incentivando a adesão às recomendações clínicas e de saúde. Além disso, permite promover uma experiência positiva junto dos utentes, o que levará a melhores resultados em saúde (Schiavo, 2023).

Crenças e tradições culturais influenciam os conceitos de saúde e doença, assim como a forma como as pessoas devem ser tratadas quando estão vulneráveis. E esta influência cultural é tanto de quem proporciona os cuidados de saúde como de quem os recebe e é um determinante social fundamental da saúde e da equidade na saúde. Dadas as muitas implicações da cultura, a “humildade cultural” deve ser constantemente abraçada em contextos de saúde pública, de forma a não só fortalecer os sistemas de saúde, como também a estabelecer uma união eficaz com os utentes (Schiavo, 2023). O médico deve ser capaz de adequar a sua linguagem e tentar uma comunicação efetiva com os utentes, especialmente com utentes com baixa escolaridade e outros contextos culturais, na medida em que para muitos deles este profissional de saúde é a única fonte de informação. “...Uma comunicação ativa entre médico-utente pode atuar como amortecedor contra a baixa literacia” (Sim et al., 2016, p.109).

A capacidade de o utente partilhar com o médico a sua informação clínica, os seus sentimentos e preocupações está muito relacionada com as capacidades de comunicação do

médico e com o facto de este mostrar uma atitude atenciosa e respeitosa pela pessoa que tem à sua frente em ambiente de consulta (Falvo, 2004).

Esta opinião é partilhada por outros autores que consideram que os utentes necessitam de sentir que os médicos têm um interesse pessoal pela sua história e que estão comprometidos com o seu bem-estar. Contudo, o utente pode não contar a sua história por temer que esta não corresponda às expectativas do médico (Roter e Hall, 2006, p.7).

O papel da medicação na prestação de cuidados de saúde tornou-se o foco da atuação dos profissionais de saúde (Velten et al., 2017). Foi desenvolvido um estudo em parceria com o South western United States hospital, que incluiu seis hospitais e 36 clínicas no Texas. Os dados quantitativos e qualitativos foram recolhidos via Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS), um método nacionalmente padronizado de avaliação de cuidados de saúde usado pelo governo federal no processo de localização de financiamento. O estudo revelou que quando se utiliza uma boa comunicação no campo da saúde é alterada a perceção do utente sobre o tratamento da dor, tornando-o mais consciente e autónomo na gestão dessa mesma dor (Velten et al., 2017).

A comunicação entre médico-utente é possivelmente o mais importante efeito placebo na área da medicina. Compreender os processos de comunicação específicos na área da relação entre clínico e utente é tão importante para o tratamento médico como os processos farmacológicos. O entendimento entre médico e utente é de extrema importância, na medida em que é um pré-requisito fundamental para encontrar um acordo entre a natureza do problema e o tratamento mais adequado. E quanto maior o grau de satisfação com o acordo encontrado entre estes dois atores maior a probabilidade de o utente seguir o tratamento corretamente, alcançando melhores resultados para a sua saúde (McCabe e Healey, 2018).

A propósito deste tema da comunicação médico-utente surge o conceito de Medicina Narrativa, que foi definido como a interação entre um profissional de saúde que não olha apenas para a doença, mas sim para a pessoa que sofre da doença ouvindo a sua história. A relação médico-utente deve ser avaliada pela eficácia dos cuidados de saúde administrados ao utente. Ao utente deve ser dada a informação clínica relacionada com a sua doença através de uma linguagem acessível. Por seu turno, o médico deve de se ligar ao utente e tentar perceber os sentimentos deste em relação à doença e como esta afeta a sua vida (Charon, 2001).

A aprendizagem de determinadas habilidades narrativas pelos médicos, como a leitura atenta do utente, uma escrita refletida e uma conversa autêntica pode melhorar a relação com

os utentes, com os colegas de trabalho, respeitando as ideias da medicina (Charon, 2001). Uma comunicação médica eficaz deve ter como objetivo criar ligação terapêutica eficiente entre o médico e o utente e até com os familiares deste no caso de estarem envolvidos. Os médicos são fundamentais no processo terapêutico dos utentes, pois podem ter, através das suas habilidades de comunicação, a capacidade de influenciar positivamente os utentes, levando-os à obtenção dos melhores resultados em saúde (Mendes Nunes, 2010).

Hudzik (2019) descreveu a sua experiência de ser um médico que se tornou num utente. Ele afirma que como médicos despendem muito tempo com questões técnicas, como exames, procedimentos cirúrgicos, entre outros. Depois da sua experiência como utente, Hudzik percebeu que, de facto, os médicos falam para os utentes em vez de conversarem com os utentes. Percebeu também que os médicos tratam a doença, mas ignoram a pessoa com a doença. Hudzik (2019) enquanto utente teve de enfrentar o seu próprio desamparo, ansiedade e perda de autoridade, além de que lhe surgiu um medo maior de dependência e incapacidade, sentimentos que ele diz experienciar de forma diferente devido aos seus conhecimentos clínicos. Por isso mesmo, afirma que “Estou cada vez mais convencido de que acompanhar os utentes e fazer um esforço para responder às suas necessidades nos caminhos tortuosos da doença é algo que devemos fazer mais. Isso parece ser tão importante quanto a própria terapia que prescrevemos”⁶. Ao longo dos anos e enquanto utente, este médico apercebeu-se da pouca atenção que é prestada na educação médica, ao que é ser um utente. Este médico e também utente percebeu o impacto que o comportamento dos médicos, enquanto profissionais de saúde, poderia ter nos utentes de quem cuidavam.

Um grupo de investigadores de psicologia médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto desenvolveu um estudo que pretendeu perceber os efeitos de programas de formação em comunicação junto dos médicos (Carvalho et al., 2010). Foram estudados vinte e cinco profissionais de diferentes áreas da saúde em início de carreira. Todos foram submetidos a um programa de três meses dedicado a competências básicas de comunicação seguido de três meses de técnicas de comunicação avançada. O programa incluiu um período adicional de três meses após os dois trimestres iniciais dedicados a questões de autoconsciência e autoajuda, bem como a comunicação em situações especiais, tendo um menor foco na prática.

⁶ “I am increasingly convinced that accompanying patients and making an effort to meet their needs along the tortuous paths of the illness is something we ought to do more of. This seems to be equally as important as the therapy itself that we prescribe”

Os resultados do estudo demonstraram que o curso foi eficaz na melhoria da capacidade de comunicação e que os seus efeitos permaneceram 4 meses após a conclusão. O estudo também revelou que uma maior exposição aos materiais do curso e uma maior prática aumentou as competências de comunicação clínica e a confiança dos profissionais.

Um outro estudo foi desenvolvido com o intuito de descrever a comunicação médico-utente no processo diagnóstico em clínicas de memória, em particular o comportamento do médico enquanto facilitador de informação e motor da participação dos utentes durante as consultas. Neste estudo observacional e multicêntrico foram gravadas as consultas de diagnóstico de rotina em áudio de 41 médicos e 136 utentes/ cuidadores em oito clínicas de memória (Visser et al., 2019).

O estudo revelou que os médicos, no geral, informam os utentes sobre os resultados do diagnóstico, contudo mostram-se pouco recetivos a promover a compreensão das informações fornecidas por eles e a envolver os utentes/cuidadores nas decisões relacionadas com o diagnóstico. Os autores do estudo consideram que envolver os utentes numa decisão partilhada entre estes e os médicos pode beneficiar a qualidade dos cuidados prestados nas clínicas de memória, pois permitiria uma abordagem mais personalizada e um envolvimento mais ativo nas decisões terapêuticas.

Tendo em conta um estudo desenvolvido com médicos de clínica geral, foram identificados vários fatores que influenciam a seleção das ações comunicativas destes médicos: objetivos da consulta, tanto a nível clínico como a nível relacional, objetivos genéricos, suposições sobre o utente enquanto indivíduo e sobre a sua condição médica, o tempo disponível para a consulta, o estado de espírito do médico durante a consulta, ou seja, emoções e níveis de energia, e a competência do clínico geral (Veldhuijzen et al., 2013).

Os médicos podem melhorar a relação de comunicação com os seus utentes se seguirem as seguintes recomendações: manter contacto visual com o utente, ajudar o utente a libertar a tensão corporal, escutar de forma ativa e sem interrupções a história do utente, o médico deverá falar devagar e de forma clara, dar ao utente todas as informações importantes sobre o seu estado de saúde e promover uma tomada de decisão partilhada sobre quais os procedimentos terapêuticos a seguir (Janković, 2013).

Contudo, são apontadas diferentes variáveis que podem afetar a comunicação entre médico e utente. A primeira prende-se com o facto de o médico estar há muito tempo no mesmo posto de trabalho, a segunda tem que ver com o facto de o médico evitar transmitir toda a

informação relevante ao seu utente. O facto de o médico estar apartado emocionalmente do utente é outro dos fatores que joga contra a relação entre estes dois atores, assim como as limitações de tempo para a consulta, a passividade do utente e as suas expectativas irrealistas. E, por último, a falta de clareza do médico é também apontada como um possível fator de instabilidade para a comunicação com o utente (Janković, 2013).

A melhoria das capacidades de comunicação é assim fundamental para uma relação positiva e de confiança entre médico-utente. Existe um conjunto de estratégias que podem ajudar o médico a melhorar as suas habilidades comunicacionais. Entre elas estão a formação contínua em comunicação, que poderá ajudar estes profissionais a tornarem-se mais conscientes desta ferramenta além de os ajudar a alterar o seu estilo de comunicação se houver motivação e incentivo suficientes. Uma outra vertente é a comunicação colaborativa, que pressupõe um relacionamento dinâmico em que o médico troca informações, discute as opções de tratamento com os utentes ao mesmo tempo que partilha responsabilidades com eles (Ha e Longnecker, 2010).

A relação de comunicação entre estes dois atores pode também ser melhorada pela gestão do conflito. O médico deve reconhecer, no utente ou em si mesmo, sentimentos de desamparo, frustração, confusão, raiva, incerteza, falha ou tristeza por parte dos utentes e assim desencadear respostas adequadas. Além disso, é importante que a comunicação médico-utente envolva conversas produtivas, que permitam a compreensão das perspetivas de ambas as partes, mudando de uma opinião ou crença muito rígida para uma abordagem mais aberta. Um último tem que ver com as crenças e valores de cada indivíduo, principalmente por parte do utente que poderá ter crenças culturais, religiosas e sociais diferentes (Ha e Longnecker, 2010). Estas eventuais divergências podem afetar negativamente o tratamento do utente. É importante que o médico saiba identificar e abordar as barreiras culturais de cada utente para uma transmissão eficaz dos benefícios do tratamento e assim promover a adesão à terapêutica prescrita. “Pessoas de diferentes meios culturais podem ter diferentes preferências de comunicação e, portanto, é essencial para médicos e outros profissionais de saúde serem formados e trabalharem com utentes que podem não partilhar as mesmas normas culturais” (Sim et al., p. 109).⁷

Ou seja, para que o utente tenha os melhores resultados terapêuticos é muito importante que médico e utente encontrem um entendimento relativamente às características que os

⁷ People of different cultural backgrounds may have different communication preferences and so, it is essential for physicians and other healthcare providers to be trained in effectively working with patients that may not share the same cultural norms.

separam com o fim último de alcançar uma aliança terapêutica, característica necessária a um relacionamento de sucesso entre o médico e o utente (Tsimpri, 2018). Com esta aliança, a confiança do utente em relação ao seu médico aumenta, aumentando também a probabilidade de um resultado positivo em relação ao tratamento.

Foi realizado um estudo com o objetivo de investigar os fatores mais importantes que influenciam as preferências dos utentes no que diz respeito à escolha dos médicos. O estudo foi desenvolvido com 30 utentes de uma clínica de hematologia de um hospital público da parte sul da Malásia. Os questionários foram distribuídos aleatoriamente na sala de espera da Unidade de Hematologia (Haron e Ibrahim, 2012). Desta forma, o estudo mostrou que todos os 30 participantes apontaram os seguintes critérios como essenciais na hora de escolher o médico: responsivo e atencioso; com muita experiência; e que tenha boa reputação. 96,7% também indicou a importância de o médico ser bom comunicador. Quanto à etnia, 43,3% dos participantes responderam que preferiam médicos da mesma etnia, pois sentem-se mais confortáveis ao comunicar e partilhar informação com um médico do mesmo grupo étnico, além disso consideram que as semelhanças étnicas e culturais facilitam o entendimento entre médico e utente, estando o utente mais à vontade para colocar questões e sentindo-se mais confiante com a prescrição terapêutica. É também importante notar que 56,7% dos participantes, logo a maioria, não considera a etnia um fator importante na escolha do médico.

Este e outros estudos mostram a importância que os utentes conferem à postura comunicativa e afável do médico, preferindo os utentes médicos que cumpram estes requisitos. Critérios como a idade, o sexo, a aparência ou a religião são pouco relevantes na hora de escolher o médico que melhor servirá as necessidades do utente (Haron e Ibrahim, 2012).

Um outro estudo analisou 20 publicações sobre a comunicação médico-utente e a sua relação com a classe social do utente. O objetivo era perceber quais os aspetos da consulta que eram afetados tendo em conta a classe social do utente e, ainda, avaliar se houve uma evolução ao longo do tempo comparando os resultados de estudos mais antigos com estudos mais recentes (Verlinde et al., 2012). Este estudo revelou que os utentes de classes sociais mais baixas (medido por rendimento, educação e ocupação) recebem do médico um discurso menos emocional, com uma consulta mais direta e menos participativa. A relação médico-utente caracterizava-se por um menor envolvimento nas decisões terapêuticas por parte dos utentes, uma maior percentagem do tempo era utilizada para avaliação dos padrões biomédicos com muitas perguntas por parte do médico, menor controlo da comunicação por parte do utente, menos transmissão de informação sobre o diagnóstico e tratamentos e mais exames físicos. O

estudo demonstrou que os médicos davam mais informações, mais esclarecimentos e mais apoio (emocional) aos utentes de classe social mais alta, além de adotarem mais facilmente e com mais frequência um modelo de decisão partilhada com os utentes.

Estes mesmos resultados vão também ao encontro de um estudo que refere que os utentes com escolaridade ao nível do ensino superior ficam mais envolvidos na consulta e na interação com o médico, colocando mais perguntas, ao contrário dos utentes com um nível mais baixo de literacia. Nesse sentido, a duração da consulta revelou estar intimamente ligada com a estimulação do utente, ou seja, os médicos despendiam mais tempo na consulta quando motivados pela interação dos utentes, o mesmo se passando quando os utentes apresentavam um nível superior de educação e eram do sexo feminino. Não houve diferenças significativas no que diz respeito à idade dos utentes em termos de interesse ou duração da visita (Gáspárik e Vass, 2014).

O que estes estudos tentam verificar é a relação entre as diferentes características dos utentes e a relação de comunicação com o médico. E, de facto, verifica-se que existe uma forte relação entre a motivação e a disponibilidade do médico para o estabelecimento de uma relação de comunicação tendo em conta as características e envolvimento dos utentes.

Esta investigação permitiu também perceber que o tema da comunicação médico-utente tem vindo a tornar-se algo com grande importância e com cada vez mais trabalhos científicos. No período entre 1965-2002 os autores recolheram 42 artigos, enquanto que entre 2002 e 2011 foram recolhidos 87 artigos, revelando o dobro do trabalho produzido em menos de uma década na área da comunicação médico-utente (Gáspárik e Vass, 2014).

Os estudos demonstram as capacidades de comunicação do médico como uma ferramenta de elevada importância. Existe evidência que relaciona de forma positiva as condutas de comunicação do médico e os resultados positivos do doente, nomeadamente ao nível da compreensão por parte do doente e adesão à terapêutica. Uma comunicação bem-sucedida deve ser descomplicada, específica, usar de alguma repetição, minimizar o jargão clínico e verificar se o doente percebeu a informação transmitida. Uma comunicação de sucesso deve estar centrada no doente, promovendo-se uma interação interpessoal (King e Hope, 2013).

Devemos ainda referir a Era da comunicação entre médico e utente através das ferramentas digitais hoje disponíveis e que nos últimos anos têm sofrido um crescimento significativo. O desenvolvimento, adoção e aplicação de um conjunto de novas aplicações tecnológicas de eHealth, tais como telemedicina, websites com informação de saúde, registos

de saúde interativos, programas de apoio à tomada de decisões, programas de educação em saúde personalizados, entre outros, apresentam-se como ferramentas com potencial de aumentar o acesso dos indivíduos e dos provedores a informações de saúde significativas, melhorar a qualidade do atendimento, reduzir os erros em saúde e aumentar a participação e incentivo à adoção de comportamentos saudáveis (Kreps e Neuhauser, 2010). Ou seja, estamos perante uma revolução na área da saúde com implicações muito profundas na relação de comunicação entre médico e utente, substituindo-se os tradicionais modelos por um sistema de saúde moderno, sustentado pelo incremento de novas e poderosas tecnologias de informação em saúde.

As ferramentas de eHealth devem ser interativas, interoperáveis, envolventes, adaptadas ao contexto social e com a capacidade de chegarem aos utentes, promovendo uma verdadeira mudança na qualidade dos cuidados de saúde prestados e nos esforços de promoção da saúde (Kreps e Neuhauser, 2010).

Em suma, até ao momento conseguimos perceber através de vários autores que a comunicação é uma parte fundamental da relação médico-utente. É fundamental não só para o estabelecimento de uma relação de confiança, mas também para a satisfação do utente e para o fazer sentir-se motivado a seguir as indicações do médico e assim obter melhores resultados no seu tratamento.

Com esta análise é possível perceber o quão importante é a comunicação para a relação médico- utente. Trata-se de uma competência essencial para um profissional da medicina que todos os dias tem de lidar com o sofrimento, as expectativas e os anseios do utente, bastando por vezes algumas palavras para mudar o curso de uma história.

2.6. Comunicação Centrada No Doente (Patient-Centered Communication)

Em pleno século XXI a sociedade impõe uma mudança de paradigma, centrando-se a medicina e o médico na atenção ao utente, ou seja, ‘o utente no centro da decisão’, abandonando-se assim o modelo até há pouco em vigor, o modelo paternalista (Seoane, 2010), onde as decisões tomadas sobre o outro aconteciam sem o envolvimento desse outro, implicando a limitação intencionada da autonomia e da liberdade do utente, neste caso em

concreto. Um novo modelo da relação clínica surge da autonomia ganha pelos utentes e usuários dos serviços de saúde, onde são respeitados os direitos dos utentes, as suas opiniões e decisões em relação à sua saúde (Seoane, 2010, p.62).

O Instituto de Medicina (IOM, 2001) definiu a comunicação centrada no doente como um modelo que tem como objetivo recolher as informações necessárias ao diagnóstico e tratamento, além de visar a aquisição de informação sobre a experiência pessoal do utente ao perceber os seus problemas, necessidades, expectativas e sentimentos. A comunicação centrada no doente tem alcançado um conjunto de resultados muito importante, tais como a recuperação do doente a nível físico, a saúde emocional, uma maior satisfação do utente, a adesão ao tratamento, menor número de queixas por negligência médica, eficiência dos recursos clínicos e menor custo dos cuidados de saúde (Su et al., 2022).

A abordagem centrada no utente é crucial para a promoção de melhores resultados em saúde. Contudo e para melhor compreender do que se trata esta abordagem, dada a ambiguidade da definição deste termo, foi apresentado um modelo onde se identificam cinco dimensões da relação médico-utente, englobados pelo conceito de 'centralização do utente': perspetiva biopsicossocial, que diz respeito à compreensão das doenças do indivíduo em geral, dentro de uma estrutura biopsicossocial mais ampla; utente como pessoa, preocupando-se esta dimensão em entender a experiência do indivíduo em relação à doença; partilha de poder e responsabilidade, ou seja, estabelecimento de uma relação democrática igualitária entre médico e utente, opondo-se à abordagem paternalista; aliança terapêutica, promovendo um entendimento mútuo dos objetivos e requerimentos do tratamento; e médico como pessoa, onde a subjetividade do médico é considerada inerente à relação médico-utente (Mead e Bower, 2000).

A comunicação centrada no doente pode ser de extrema importância no campo dos cuidados primários para perceber possíveis sintomas de depressão, na medida em que é fundamental compreender o doente a nível emocional e psicossocial. Os dados demonstram que uma boa comunicação pode levar à obtenção de melhores resultados e que os utentes valorizam uma comunicação colaborativa com os seus médicos sobre os possíveis tratamentos (Jerant et al., 2008).

Nesse sentido, o objetivo desta comunicação é apoiar os profissionais de saúde na prescrição dos cuidados médicos mais adequados, tendo em conta os valores, as necessidades e as preferências do utente. Além disso, este modelo permite aos utentes que estes transmitam

informação e participem ativamente nas decisões sobre si e os cuidados de saúde que lhe são dirigidos. Contudo, apesar de ser um modelo visto como fundamental nos cuidados de saúde de qualidade, não existe uma clareza quanto ao que é e como fazer a sua medição (Epstein et al., 2005).

As capacidades de comunicação necessárias para o cuidado centrado no doente incluem perceber a agenda do utente com perguntas abertas, especialmente no início da relação entre os dois atores, não interromper o utente e envolver-se de forma ativa e atenta na escuta desse mesmo utente. Além disso, é fundamental compreender o ponto de vista do utente sobre a sua condição e exprimir empatia (Hashim, 2017).

A disparidade na perceção entre utente e profissional de saúde sobre a comunicação durante a consulta pode levar a maus resultados em saúde e a comprometer a adesão à terapêutica (Azizam et al., 2016). Nesse sentido, é fundamental compreender o ponto de vista do utente através da exploração dos sentimentos, ideias, preocupações e experiências da pessoa no que diz respeito ao impacto da doença, bem como o que o utente espera do médico. A tomada de decisões partilhadas é outro aspeto colocado no centro da comunicação centrada no doente, na medida em que se capacita os utentes, dando-lhes a oportunidade de avaliarem as vantagens e desvantagens das diferentes possibilidades de tratamento, em vez de os sobrecarregar com informações clínicas (Hashim, 2017).

São apontados quatro domínios da comunicação centrada no doente: a perspetiva do utente, o contexto psicossocial, a compreensão entre médico e utente e a partilha de poder e responsabilidade. Contudo, são expostos também alguns problemas na medição deste conceito, tais como falta de uma definição clara a nível teórico e conceptual, suposições não analisadas, falta de controlo adequado das características dos utentes e seus contextos sociais, interdependências entre investigação e medidas observacionais e sobreposição do conceito com outras construções teóricas (Epstein et al., 2005).

A capacidade para uma comunicação orientada é uma componente importante dos cuidados centrados no utente. Ou seja, uma forma de promover cuidados centrados no utente é comunicar com ele de forma centrada, sendo fundamental os médicos adequarem a sua abordagem às diferentes origens sociodemográficas dos utentes. É importante que os profissionais de saúde apoiem os utentes na compreensão da sua doença, fornecendo materiais educacionais e ilustrações que correspondam ao nível de instrução de seus utentes. (Azizam et al., 2016).

Assim, é alcançada uma maior compreensão e acordo entre médico e utente na gestão da sua doença. Este modelo, quando aplicado de forma eficaz tem sido percecionado como um pilar essencial da prática clínica e dos sistemas de saúde (Su et al., 2022).

É um facto que nos últimos anos os prestadores de saúde têm reconhecido as perspetivas dos utentes como elementares para garantir que os serviços sejam de alta qualidade e prestados de forma equitativa e segura. Pelo que a utilização cada vez mais generalizada de *patient-reported outcome measures* (PROMs) tem sido uma parte fundamental da mudança de paradigma. Os PROMs são questionários estandardizados que recolhem, diretamente do utente, informações sobre resultados em saúde, inclusive sobre sintomas, qualidade de vida relacionada com a saúde e estado funcional (Churrua et al., 2021).

Um PRO - Patient-Reported Outcomes - é o relato direto feito pelo utente sem a interferência ou interpretação da resposta desse utente por um médico ou outra pessoa, referindo-se à saúde, qualidade de vida ou estado funcional do utente associado aos cuidados de saúde ou tratamento prestados. A experiência do utente tem desempenhado um papel importante na investigação clínica, mas há algum tempo que é visto pelos prestadores de saúde como uma abordagem centrada no utente, sendo necessário para uma avaliação abrangente do impacto do tratamento e dos cuidados (Weldring e Smith, 2013).

Verifica-se, assim, que tem havido um foco crescente em colocar os utentes no centro dos cuidados de saúde, da investigação e da avaliação desses mesmos cuidados, com o objetivo de melhorar a experiência destes e garantir que a investigação seja forte e que confira o máximo valor para a utilização de medicamentos, terapia, ou serviços de saúde (Weldring e Smith, 2013). Os PROMS oferecem uma oportunidade para alterar a forma como os cuidados de saúde são organizados e prestados. Ou seja, esta ferramenta deve ser utilizada para a recolha de dados em relação aos cuidados de saúde, afigurando-se uma oportunidade para alavancar o conceito de saúde baseada em valor, entregando melhores cuidados aos utentes e orientando os prestadores para melhores resultados em saúde (Black, 2013).

De facto, são muitos os autores que se têm debruçado sobre este tema, dando uma atenção cada vez maior à avaliação da comunicação centrada no doente como uma medida da qualidade e de resultados em saúde.

2.7. O Impacto Dos Fatores Demográficos – Idade e Sexo – Na Comunicação Entre Médico e Utente

Ao longo da revisão de literatura, a capacidade de o médico comunicar com os utentes e o estabelecimento de confiança são apontadas como fundamentais para a criação de uma relação de comunicação produtiva e positiva entre estes dois atores (Chandra et al., 2018; Deland, E., Gordon, J., e Kelly, R., 2015;). Verificamos ainda que as diferenças socioculturais entre médicos e utentes podem afetar a sua relação de comunicação (Verlinde et al., 2012), pelo que para ultrapassar estas barreiras é necessário um esforço por parte do médico para estabelecer um relacionamento com o utente que se apresenta perante si de forma a que a relação clínica seja não só positiva para os utentes, mas também para o médico (Sim et al., 2016).

E quando falamos da idade e do sexo do médico? Estas duas variáveis podem afetar a predisposição do médico para ouvir o utente? Estas duas variáveis afetarão a comunicação entre estes dois atores?

Salientamos que a nossa investigação recai sobre o sexo do médico e não sobre o género por considerarmos que os utentes não têm informação disponível para identificar o género do médico. Desta forma, quisemos que a investigação assentasse nas características biológicas e anatómicas que caracterizam o sexo masculino e feminino.

O termo género tem sido utilizado de forma frequente nas publicações científicas para relatar a variação biológica comumente atribuída ao sexo (masculino e feminino), pelo que é fundamental fazer uma distinção entre os termos sexo e género (Torgrimson e Minson, 2005). Sexo refere-se à anatomia genital e género diz respeito a um estilo de vida (Prince, 2005). O termo sexo é utilizado para nos referirmos à masculinidade ou feminilidade de uma pessoa em termos biológicos, enquanto que o género se refere aos aspetos não fisiológicos de ser mulher ou homem, pois muitos indivíduos não se identificam com estas duas categorias de masculino ou feminino, mas sentem que estão algures entre as duas (Lips, 2008). Neste sentido e tendo em conta esta caracterização proporcionada por diversos autores, faz-nos sentido abordar nesta investigação o sexo do médico, enquanto característica biológica, como fator que poderá influenciar a sua disponibilidade para comunicar com o utente.

Como referido na introdução, muitos autores abordam a existência de diferenças entre os dois sexos. Apesar de ser um tema complexo, na medida em que convergem vários fatores, que vão desde o efeito das hormonas e da anatomia do cérebro até aos fatores ambientais ligados aos estereótipos de rapaz e rapariga, as diferenças entre sexos verificam-se a vários níveis.

Estudos demonstram que os homens excedem as mulheres em tarefas visuais-espaciais e ao nível das capacidades matemáticas. Já as mulheres parecem exceder os homens nas capacidades de memória e nas aptidões linguísticas, como a compreensão verbal, a leitura e a escrita (Halpern, 2000). Estudos recentes revelam ainda que as mulheres são mais empáticas do que os homens, pelo que têm uma maior capacidade para reconhecer na outra pessoa o que está a sentir e responder de forma apropriada ao seu estado de espírito. Os homens, por sua vez, estão mais orientados a examinar ou produzir sistemas baseados em regras (Greenberg et al., 2018).

De acordo com a *American Psychological Association* vários estudos demonstram que, embora as mulheres sejam mais propensas a reportar sintomas de stress do que os homens, as mulheres revelaram uma maior capacidade de lidar com esse stress e de se relacionarem com outras pessoas, relações essas que são importantes nas estratégias de gestão desta situação. Além disso, apesar de a maioria dos líderes ser do sexo masculino, as mulheres são melhores líderes segundo um estudo publicado por Zenger e Folkman na *Harvard Business Review* (2014). Este trabalho envolveu 360 avaliações dos colegas, chefes e subordinados diretos de um líder em algumas das organizações mais bem-sucedidas e progressivas do mundo. O estudo revela ainda que as mulheres líderes se dedicam mais a alimentar as competências dos colaboradores, através do desenvolvimento das pessoas e da construção de relacionamentos.

Também no que se refere à variável idade na introdução a este trabalho já avançamos com uma breve clarificação dos conceitos de fases da vida que são definidas como períodos de tempo perfeitamente distinguíveis na vida dos indivíduos e caracterizados por atributos comportamentais e fisiológicos únicos e, de certa forma estáveis, associados ao desenvolvimento e crescimento de uma pessoa (Firestone et al., 2007).

Erik Erikson, na sua teoria psicossocial do desenvolvimento, descreveu oito fases de vida referentes ao desenvolvimento psicossocial: Bebê – estágio sensorial (até cerca de 18 meses); 1ª Infância – desenvolvimento muscular (dos 18 meses aos 3 anos); 2ª Infância – controlo locomotor (dos 3 aos 5 anos); Idade Escolar – período de latência (dos 5 aos 13 anos); Adolescência – moratória psicossocial (dos 13 aos 21 anos); Adulto jovem – maioridade jovem (dos 21 aos 40 anos); Adulto – meia idade (dos 40 aos 60 anos); Adulto Sénior – maturidade (além dos 60 anos) (Veríssimo, 2002). Interessa-nos, no entanto, aqui descrever as categorias de adulto jovem, adulto e adulto sénior, pois são estas as fases da vida inerentes à formação de um médico enquanto profissional.

Erikson aponta que um adulto jovem já é capaz de estabelecer relações significativas de amizade, sexo, competição e cooperação, procurando relações de maior intimidade com os outros. Contudo, pode acontecer o contrário, o medo da rejeição pode levar o jovem adulto a evitar o risco e a procurar o isolamento. Um adulto jovem apresenta um conjunto de dimensões para uma juventude bem-sucedida: saúde física, bem-estar psicológico e emocional, capacidades de vida, comportamento ético, relações familiares e sociais saudáveis, alcance educacional, envolvimento educacional e ocupacional construtivo, envolvimento cívico (Scales et al. 2015).

Já um adulto é descrito por Erikson como uma pessoa dividida entre o trabalho e o lar. O autor fala de ‘Generatividade’, que implica casar, ter filhos, trabalhar de forma produtiva e criativa. Além disso, desenvolve um sentimento de altruísmo que o impele a cuidar dos outros. Nesta fase da vida o indivíduo pode alcançar uma maior compreensão do mundo, preocupando-se em dar um sentido ao que faz e sentindo-se útil e solidário. Contudo, nesta fase também pode acontecer o contrário, o indivíduo não se importar com os outros, com perfil egocêntrico e a vida estagnada, em que a única satisfação na vida é a recompensa pessoal. A meia-idade é a idade de ouro da idade adulta, na medida em que é uma fase relativamente estável e que a maioria dos indivíduos goza de saúde física, maturidade emocional, um entendimento de identidade bem determinado, capacidade e poder relativamente ao seu trabalho e relacionamentos prazerosos com cônjuge, filhos, pais, amigos e colegas (Colarusso, 1992).

Um adulto sénior nesta fase, segundo Erikson, sente a chegada do fim da vida e obriga-se a refletir sobre o que fez ou deixou de fazer e aquilo que foi enquanto pessoa, podendo resultar em sentimentos de integridade e satisfação ou em amargura e não aceitação do seu fim. É chegado o momento de fazer um balanço e refletir. Com o aumento da idade, as pessoas poderão começar a enfrentar limitações significativas a nível físico, mental e social (Martin et al. 2008). De facto, são vários os autores que caracterizam esta fase da vida por declínios associados ao processo de envelhecimento em diferentes dimensões, designadamente a decadência sensorial, perda de memória, deterioração do funcionamento físico e dos sistemas orgânicos e alterações de papéis nas relações sociais, família e trabalho. Nesse sentido, é fundamental manter uma vida mental ativa com estímulos e interação social (von Humboldt e Leal, 2014).

Desta forma, neste subcapítulo temos como objetivo explorar a variável idade como influenciadora da postura comunicacional do médico perante o utente.

Da literatura consultada, verificamos que os utentes dão valor ao equilíbrio entre a experiência e o conhecimento clínico atualizado. Consultamos estudos, como os de McKinstry e Yang, 1994 ou Shah e Ogden, 2006, em que os participantes indicaram preferir médicos mais novos por estarem mais disponíveis e abertos ao diálogo e outros em que os inquiridos preferiam médicos mais velhos por os considerarem mais experientes e atenciosos.

Relativamente ao sexo dos médicos, tem sido uma questão de grande interesse na comunidade científica, na medida em que pode ser um fator de possíveis variações nos aspetos interpessoais da prática da medicina. Apesar de os utentes mostrarem alguma preferência pelos médicos do sexo feminino, também não existe uma conclusão definitiva (Roter e Hall, 2004).

A literatura mostra-nos que não há muitos estudos conclusivos acerca desta problemática da idade e do sexo do médico relacionando a sua predisposição para comunicar com o utente. Nas seguintes páginas iremos analisar a investigação que já foi desenvolvida no campo da idade e do sexo dos médicos.

2.7.1. Idade

Em 2006, Shah e Ogden, por não haver muita informação sobre como os utentes julgavam os médicos, desenvolveram um estudo com seis médicos de clínica geral e 309 utentes no Sudoeste de Londres considerando as variáveis de etnia, idade e sexo. O estudo, que consistia em mostrar oito fotografias dos médicos, concluiu que as variáveis idade e sexo tinham maior impacto do que a etnia do médico. Mais concretamente, os inquiridos consideravam que o facto de o médico ser de etnia asiática ou branca que não tinha qualquer impacto, apenas havia diferença na exploração das questões emocionais dos utentes, sendo que os médicos de etnia asiática exploravam mais esse aspeto do que os médicos de etnia branca. Contudo, consideraram que os médicos mais jovens e as médicas do sexo feminino tinham melhores competências de relação interpessoal, melhores capacidades técnicas, com maior capacidade para abordar o lado emocional do utente e capacitá-lo sobre a sua saúde.

Outro estudo revelou que os inquiridos consideravam que os médicos mais velhos eram mais gentis, atenciosos e disponíveis para ouvir, sendo que a média preferida de idade situava-se nos 42 anos. 58% dos inquiridos consideravam que a idade do médico não era relevante, mas muitos não ficavam satisfeitos em serem vistos por médicos mais jovens (20-25 anos) ou serem vistos por médicos com uma idade avançada (66-75 anos). Contudo, foi dada oportunidade aos inquiridos de justificarem as suas preferências de idades no que dizia respeito aos médicos. Os

que responderam consideravam que os médicos mais novos estavam mais atualizados, mas que os médicos mais velhos eram mais sábios (McKinstry e Yang, 1994).

Relativamente à idade, foi ainda desenvolvido um estudo que demonstrou uma outra perspetiva, ou seja, que os médicos mais jovens parecem estar mais disponíveis e abertos a acolher os interesses dos utentes, existindo uma maior satisfação nas consultas. Os médicos mais jovens parecem também apoiar mais os direitos dos utentes em comparação com os médicos mais experientes (Barnsley et al., 1999).

Há ainda um grande vazio de conhecimento em relação à idade do médico e a sua performance profissional no que diz respeito ao relacionamento com os doentes e os resultados em saúde. As capacidades clínicas e a experiência acumulada podem levar a uma maior qualidade da consulta e do atendimento, contudo à medida que o médico envelhece o seu conhecimento pode ficar desatualizado, tendo em conta a evolução do conhecimento científico, a tecnologia e as diretrizes clínicas (Tsugawa et al., 2017). Num estudo com uma amostra nacional de idosos beneficiários do sistema Medicare admitidos no hospital com condições médicas, verificou-se que as taxas de mortalidade ajustadas a 30 dias dos doentes foram de 10,8% para médicos com idade inferior a 40, 11,1 % para médicos entre os 40 e os 49 anos, 11,3% para médicos entre os 50 e os 59 anos e 12,1% para médicos com 60 anos ou mais. Os reinternamentos não variaram com a idade do médico, mas os custos dos cuidados foram ligeiramente maiores entre os médicos mais velhos (Tsugawa et al., 2017).

Há ainda que ter em conta não só a importância que os utentes atribuem a aspetos como a idade e o sexo do médico, mas também a aspetos como a comunicação verbal e não verbal, sendo que estes dois últimos aspetos não importam para a nossa investigação. Um estudo português que envolveu 200 utentes do serviço de urgência do Centro Hospitalar da Cova da Beira, com idade igual ou superior a 18 anos, revelou que no que diz respeito à idade dos médicos a maioria dos utentes (70,1%) prefere ser atendida por médicos com idade inferior a 50 anos. Também no que diz respeito à idade dos utentes, a investigação demonstrou que os utentes com idade igual ou inferior a 65 anos (75%) preferem ser atendidos por médicos com idade inferior a 50 anos, enquanto que os utentes com idade superior a 65 anos preferem ter consultas com médicos com idade superior a 50 anos (52,1%), (Agostinho et al., 2010).

2.7.2. Sexo

O sexo do médico pode ser uma das razões para a existência de diferenças na relação de comunicação entre médicos e utentes, influenciando a satisfação e os resultados de saúde do utente (Jefferson et al., 2013). As conjecturas que ditavam que homens e mulheres eram diferentes como resultado de diferenças biológicas de sexo foram substituídas por teorias que indicam que as diferenças de atitude entre os dois sexos podem estar relacionadas com características pessoais e fatores sociais e culturais que tradicionalmente afetaram homens e mulheres de forma diferente. Um estudo desenvolvido sugere que médicos do sexo feminino parecem estar mais envolvidos na consulta, promovem comportamentos como encorajamento e segurança, com uma conversa positiva, exibindo ainda comportamentos mais afetivos, como preocupação, empatia e simpatia (Jefferson et al., 2013).

Um outro estudo foi realizado focando a relação entre o sexo do médico e a satisfação do utente com o atendimento deste profissional de saúde no centro de saúde primário onde era atendido. O estudo contou com 86 médicos e 860 utentes das áreas urbanas da Andaluzia (Málaga, Granada e Sevilha), sendo avaliada a satisfação do utente através de um questionário que mediu a satisfação geral, incluindo três dimensões: qualidades pessoais do médico, capacidade profissional e acessibilidade

Os resultados do estudo demonstraram, considerando a amostra total dos utentes entrevistados, que os utentes se sentiram mais satisfeitos quando atendidos por uma mulher e não por um médico do sexo masculino. O estudo mostrou também que os utentes se sentiam mais satisfeitos com os atributos e qualidades pessoais das médicas do que com os dos médicos do sexo masculino. No que diz respeito à capacidade profissional, os utentes responderam sentirem-se mais satisfeitos com o médico do sexo feminino do que com o do sexo masculino (Delgado et al., 1993). Os autores do estudo (Delgado et al., 1993) avançam com uma explicação para o facto de os utentes se sentiram mais satisfeitos quando a consulta decorre com uma médica do que com um médico. O que referem é que o maior grau de satisfação dos utentes com as médicas pode ter que ver com a atitude destas que se diferencia dos médicos do sexo masculino. Os autores defendem ainda que há vários estudos que demonstram que as mulheres como prestadoras de cuidados de saúde mostram mais interesse pela vertente psicossocial do utente que os homens. Além disso, as médicas levam mais em consideração aspetos sociais e psíquicos, mostrando uma maior aceitação dos sentimentos do utente e uma maior sensibilidade do que os médicos do sexo masculino.

A questão do sexo tem suscitado grande interesse de investigação por ser considerado um fator de possíveis variações nos aspetos interpessoais da prática da medicina, colocando as mulheres médicas como mais centradas no utente e com maior abertura para a comunicação. Um outro estudo realizado verificou que as mulheres médicas conversam mais com os seus utentes do que os homens, além de que as consultas demoram em média mais dois minutos do que com médicos do sexo masculino. Durante a consulta, as médicas envolvem-se em questões mais amplas da vida dos utentes, abordando os temas através de conversas mais emocionais e positivas. Contudo, não se verificou que o sexo do médico estivesse relacionado com os aspetos de comunicação mais característicos da consulta, tais como as informações biomédicas (Roter e Hall, 2004). Quanto ao sexo dos médicos, as mulheres mostraram ter um estilo de comunicação mais empático do que os homens médicos (Barnsley et al., 1999).

Num estudo realizado com os registos médicos de uma amostra de mais de um milhão de pessoas com mais de 65 anos e beneficiárias do sistema Medicare nos Estados Unidos, referentes ao período de 2011 a 2014, permitiu concluir que os utentes vistos por médicos do sexo feminino tinham uma probabilidade expressivamente menor de morrer num período de 30 dias a partir da data de internamento ou de serem readmitidos nos 30 dias após a alta. Ou seja, os utentes tratados por uma médica do sexo feminino tinham um risco 4% menor de morrer prematuramente do que quando tratados por um médico do sexo masculino (Tsugawa et al., 2017).

Um outro estudo com 132 estudantes do último ano de medicina, de Monash University Faculty of Medicine, Nursing, and Health Sciences na Austrália, revelou já diferenças entre sexos na abordagem ao utente. Por exemplo, as estudantes de medicina do sexo feminino revelaram ser mais centradas no utente do que os estudantes do sexo masculino. Os estudantes de medicina de ambos os sexos sentiam-se mais sintonizados com as preocupações dos utentes do seu próprio sexo. Ou seja, pode-se concluir que os estudantes de medicina não são neutros no que diz respeito ao sexo do utente que têm à sua frente para consulta (Zaharias et al., 2004).

Agostinho et al. (2010), no estudo referido no ponto anterior da idade, revelaram que a maioria dos utentes se sente mais satisfeita ao ser consultada por um médico do sexo feminino (75,7%). Ao comparar as respostas dos utentes dos sexos feminino e masculino observou-se que os utentes do sexo masculino têm uma preferência maior por médicos do sexo feminino do que as mulheres, 88,5% e 68,2%, respetivamente. Os autores referem que estes resultados são coincidentes com estudos anteriores, como o de DiNicola e Di-Matteo, onde os utentes

preferiam as médicas mulheres por estas estabelecerem uma relação de maior cumplicidade com os utentes, utilizando afirmações mais positivas e fazendo um maior número de perguntas.

Uma investigação desenvolvida com 509 utentes adultos vai ao encontro das descobertas de estudos anteriores. De facto, esta investigação revelou que existem diferenças significativas no estilo da prática clínica entre os médicos do sexo feminino e masculino. Os médicos do sexo feminino mostraram prestar mais informação de prevenção e aconselhamento psicossocial. Já os médicos do sexo masculino mostraram focar-se mais nos aspetos técnicos da prática da medicina, como o historial clínico e o exame físico (Bertakis, 2009).

Outra questão relevante, tem que ver com as questões referentes ao sexo do médico e do utente. Um estudo foi levado a cabo com o objetivo de se verificar se existiam divergências entre os clínicos gerais e os utentes no campo dos conselhos sobre nutrição, avaliando se essas divergências estariam relacionadas com a diferença de sexo do médico e do utente. Os resultados do estudo demonstraram que a concordância de sexo entre utente e médico é associada a acordo ou desacordo sobre os conselhos dados durante consulta. Ou seja, mulheres médicas e utentes femininas tendiam a concordar melhor no que dizia respeito aos conselhos de nutrição. A discordância aumentou quando o médico era do sexo masculino e o utente do sexo feminino. Os autores afirmam que estas divergências poderiam ser mitigadas através da formação dos médicos na área da comunicação, adquirindo competências sociais e culturais (Schieber e colaboradores, 2014).

Contudo, também há investigações que revelam que as questões como o sexo e a idade do médico não são apontadas como fatores relevantes na escolha do médico. Apenas 43,3% dos participantes do estudo realizado por Haron e Ibrahim, disseram que a correspondência de sexo com o seu era um fator importante e apenas 30% considerou importante o médico ser mais velho na hora de escolher o clínico (Haron e Ibrahim, 2012).

De facto, a literatura relativa à predisposição do médico para comunicar com o utente tendo em conta a idade e sexo afigurou-se escassa. Há, contudo, estudos desenvolvidos na área da idade e do sexo que demonstram algumas disparidades no tratamento dos utentes. De acordo com os artigos consultados, as médicas (feminino) estão mais disponíveis para falar com os utentes e as consultas duram mais tempo. Não há, no entanto, consenso quanto à idade dos médicos. Os estudos demonstram que há utentes a preferirem médicos mais velhos por os considerarem mais experientes, mas há também utentes que preferem médicos mais jovens por considerarem que estes têm conhecimentos mais atualizados.

Em suma, estudar a predisposição dos médicos para comunicar com os utentes levando em consideração das variáveis ‘idade’ e ‘sexo’ dos próprios médicos afigura-se um tópico de investigação de relevo, permitindo analisar este tópico à luz da relação médico-utente.

3. METODOLOGIAS

3.1. Escolha Metodológica

A investigação é uma ação de aprendizagem que compreende um processo metódico, flexível e objetivo de pesquisa e que colabora para o esclarecimento e compreensão de fenómenos sociais. Duas questões se levantam quando falamos em investigação científica, “Qual o problema?” e “O que devo fazer?”. Com estas duas questões temos o resumo daquilo que é o processo de investigação em qualquer área científica (Coutinho, 2022). Mas a investigação em ciências sociais e humanas, tal como em outras áreas, também se caracteriza pela multiplicidade e pela dependência contextual. A multiplicidade verifica-se através de diferentes abordagens, modelos e paradigmas (como positivista e interpretativo). A dependência contextual refere-se ao facto de o investigador social não se poder dissociar do contexto sociocultural em que está inserido (idem).

O positivismo e o interpretativismo são duas tradições filosóficas fundamentais para a escolha de uma estratégia de investigação adequada ao objeto de estudo. O positivismo está intimamente relacionado com estudos de natureza quantitativa, enquanto o interpretativismo está estreitamente ligado a estudos de natureza qualitativa (Saccol, 2009). O positivismo defende que qualquer área de investigação, se quiser ser considerada científica, deverá ser nomotética e, por isso, trabalhar com o objetivo de descobrir leis gerais e universais. Ou seja, o objetivo último é a generalização. Já o interpretativismo sustenta que o objetivo de procurar leis universais não é adequado ao estudo das questões humanas, na medida em que os indivíduos, os grupos e outras unidades sociais são todas singulares e, por consequência, carecem de teorização ideográfica em alternativa (Lee e Baskerville, 2003).

Existem muitos autores que consideram que a perspetiva interpretativista é a base da metodologia qualitativa. Ou seja, a origem da investigação qualitativa existe na abordagem interpretativa, que se foca essencialmente na realidade social e nas experiências de vida dos indivíduos. A ligação entre a perspetiva interpretativista e investigação qualitativa é óbvia, dado que o significado subjetivo existe em ambas as abordagens, pelo que considera que a investigação qualitativa é análoga em muitos pontos à perspetiva interpretativista (Rahman, 2015).

A perspetiva qualitativa, amplamente utilizada nas ciências sociais e humanas, tem como objetivo relatar e compreender os fenómenos sociais, interessando-se pelo estudo dos significados e dos propósitos das ações humanas a partir da perspetiva dos próprios agentes

sociais (Latorre et al., 2020). A perspectiva qualitativa visa alterar as noções científicas de explicação, previsão e controlo do positivismo pelas de compreensão, significado e ação. A perspectiva qualitativa, a nível conceptual, quer compreender os significados das ações humanas individuais e as interações sociais através dos seus intervenientes. A nível metodológico, a investigação de carácter qualitativo tem por base o método indutivo, ou seja, a relação existente entre o investigador e a realidade que estuda leva a que a construção das teorias se desenvolva, de modo indutivo e sistemático, à medida que surgem os dados empíricos (Coutinho, 2022).

Na investigação qualitativa o investigador é também ele um criador ativo de sentido, aprendendo e gerando conhecimento à medida que o estudo se desenvolve. Contudo, também existem algumas limitações à investigação qualitativa: muito subjetiva, difícil de replicar, com problemas de generalização e, ainda, falta de transparência, na medida em que há autores que referem que os investigadores qualitativos não têm dado a devida relevância na clarificação dos processos que seguiram para a seleção da amostra, recolha de dados e sua análise (Daymon e Holloway, 2011).

Já o paradigma positivista leva a uma abordagem científica e sistemática que se presta ao uso de metodologia quantitativa. Isto é, considera-se que o positivismo dá origem à metodologia quantitativa e ao uso da análise estatística, que envolve a recolha de dados científicos precisos e baseados em medições, sendo frequentemente analisados recorrendo a estatísticas com a intenção de generalizar os resultados (Mukherji e Albon, 2014).

A investigação científica deve, assim, seguir os métodos qualitativos e/ou quantitativos. No que concerne à investigação qualitativa, esta está focada em procurar os significados e o entendimento de um dado fenómeno, não se centrando na sua medição. Para os investigadores que trabalham sobre o prisma qualitativo, não é possível dotar um fenómeno de significado sem antes se descrever o seu contexto e promover o entendimento da posição da pessoa que afeta ou é afetada por esse fenómeno. Desta forma, o método qualitativo de investigação está intrinsecamente associado a um estudo assente no contacto pessoal, com dados verbais e observações. Este é um método com muitas vantagens dada a sua relevância e riqueza, contudo apresenta como desvantagens o tempo gasto e a exigência na recolha e análise dos dados. A multiplicidade e a variedade de dados recolhidos, o seu volume e a maior dificuldade em tratar estes dados face à análise quantitativa tornam esta análise mais difícil e morosa (Martins e Belfo, 2011).

Além disso, a investigação qualitativa é de difícil definição devido à existência de várias perspectivas, epistemologias e ontologias, compreendendo a própria base epistemológica que alicerça a investigação quantitativa (Soares e Castro, 2012). Os estudos qualitativos não têm como objetivo generalizar os resultados da investigação nem a obtenção de amostras representativas, pelo que estão fundamentados em processos indutivos. Este é um método que se preocupa em colher experiências na linguagem dos participantes do estudo (Sampieri, 2007). O processo indutivo, procura produzir mais conhecimento sobre um determinado problema ou sustentar a sua visão sobre uma dada teoria. Nesta abordagem, o processo de aprendizagem tem início com a recolha de um conjunto de dados parciais com o objetivo de elaborar um resumo expositivo dos fenómenos analisados, produzindo possíveis relações e primeiras explanações desses fenómenos (Martins e Belfo, 2011).

Já no que respeita à investigação quantitativa, os métodos quantitativos tendem a prevalecer dada a sua confiabilidade e rigor. Estes métodos estão usualmente ligados às aplicações de pesquisa onde os investigadores, com o único intuito de chegar ao conhecimento verdadeiro, empregam técnicas que acreditam ter maior rigor científico (Soares e Castro, 2012).

O método quantitativo fundamenta-se no processo dedutivo, que está relacionado com um processo que passa, primeiramente, pela construção de uma hipótese com base num conjunto de pressupostos teóricos, organizados e consistentes, sendo que um segundo passo passa pela sua testagem/impugnação. A legitimidade da investigação quantitativa diz respeito a uma questão mais ampla. Por estar usualmente associada ao paradigma positivista, o método quantitativo de investigação é visto como o método mais adequado ao alcance da verdade, procurando ser objetivo, independente e imparcial (Martins e Belfo, 2011). Este tipo de estudo formula hipóteses prévias e utiliza técnicas de verificação sistemática, procurando estabelecer relações de causa e efeito (Landim et al., 2006). “O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis” (Fortin 2003, p.22). Este método de investigação está ligado à observação de factos objetivos e que acontecem independentemente do investigador. Esta técnica de recolha de dados percorre uma série de etapas que se pretendem que conduzam ao menor enviesamento possível da informação recolhida. A objetividade, a predição, o controlo e a generalização são adjetivos que caracterizam este método de investigação. A aplicação deste método visa contribuir para o desenvolvimento e validação de conhecimentos (Fortin, 2003).

Contudo, a inclusão dos dois métodos num determinado estudo proporciona um melhor entendimento da realidade em estudo, conseguindo abarcar os pontos cegos que um único

método não é capaz de avaliar (Martin, 1990). Desta forma, a conciliação do método qualitativo e quantitativo na investigação de fenómenos sociais revela-se necessária. A análise quantitativa apoiará e ajudará a complementar as descobertas/resultados da investigação qualitativa. A investigação quantitativa permite testar hipóteses e ligações entre as diferentes variáveis em estudo (Rahman, 2015). A investigação qualitativa desenvolve as suas pesquisas através de qualquer meio que não implique procedimentos estatísticos ou qualquer outra forma de quantificar um determinado problema de estudo (Strauss e Corbin, 1998). A investigação qualitativa implica um foco com diversos métodos ao envolver uma abordagem interpretativa da pesquisa em desenvolvimento (Denzin e Lincoln, 1994). O método de investigação qualitativa é definido como um termo que abrange um conjunto de técnicas de interpretação que têm como objetivo descrever, decodificar e traduzir e chegar a um entendimento sobre determinados fenómenos (Van Maanen, 1979).

Bryman (2004) apresenta nove propostas de combinação entre os dois tipos de investigação: 1) A lógica de triangulação que assenta no recurso a mais de um método de investigação para ampliar a segurança nos resultados. Neste âmbito, os dois métodos de investigação, qualitativa e quantitativa, são vistos como diferentes meios de analisar o mesmo problema em estudo, para que haja uma mútua confirmação; 2) A investigação qualitativa como facilitadora da pesquisa quantitativa, ou seja a pesquisa qualitativa atua como precursora da enunciação do problema e do desenvolvimento de instrumentos de pesquisa quantitativa; 3) A investigação quantitativa como facilitadora da investigação qualitativa quando, por exemplo, existem estudos que empregam a investigação quantitativa como suporte para a recolha de dados qualitativos; 4) Combinação da investigação qualitativa e quantitativa para prover uma visão mais ampla do fenómeno em estudo; 5) O problema da generalização. O autor explica que a investigação quantitativa pode ser utilizada como uma forma de estabelecer uma generalização das suas observações; 6) A investigação qualitativa como facilitadora da interpretação das relações entre variáveis, ou seja a pesquisa qualitativa é empregue como uma forma de fornecer uma melhor compreensão dos mecanismos que produzem as relações de causa e efeito; 7) Relação entre níveis macro e micro. A investigação qualitativa usualmente está focada em questões de níveis micro da realidade social, pelo que a pesquisa quantitativa pode ser adotada como uma forma de fazer descobertas a um nível macro, 8) Estágios no processo de pesquisa. Ou seja, as pesquisas qualitativa e quantitativa podem ser importantes em estágios distintos do método de investigação, podendo a pesquisa qualitativa num primeiro momento estabelecer uma visão geral, e, seguidamente, o uso de pesquisa quantitativa para

aspectos mais específicos; 9) Híbridos. Portanto, há pesquisas que possuem elementos de ambas as tradições de pesquisa.

Esta breve apresentação das diferentes metodologias de investigação dá-nos um campo fértil para definirmos de forma adequada quais as metodologias a seguir na presente investigação.

3.2. Pergunta de Investigação e Hipóteses

O problema ou pergunta de investigação é basilar num processo de investigação, na medida em que: centra a investigação numa área específica; organiza o projeto, conferindo-lhe uma direção e coerência, delimita o estudo, mostrando as suas fronteiras, direciona a revisão de literatura para a questão central, proporciona um referencial para a redação do projeto, aponta para os dados que serão necessários obter (Coutinho, 2022).

A pergunta de investigação formulada para este trabalho teve em conta os seis critérios: exequibilidade, relevância, clareza, o facto de o problema dar pistas para o tipo de investigação, a referência à população em estudo e referências às variáveis (Coutinho, 2022). Desta forma, a pergunta de investigação definida como mote para este estudo foi *“Pode a idade e o sexo dos médicos afetar a sua predisposição para comunicar com os utentes? Uma avaliação da perceção dos utentes dos serviços de saúde portugueses”*.

Tendo em conta a pergunta de investigação foram antecipadas três hipóteses levando em consideração a pesquisa de literatura apresentada nos capítulos anteriores e que se debruça sobre o impacto das variáveis idade e sexo e a relação na disponibilidade dos médicos para comunicar com os utentes:

H1: Médicos com mais idade são percecionados com maior disponibilidade para comunicar com o utente em comparação com os médicos mais novos.

H2: Mulheres médicas são percecionadas como mais disponíveis para comunicar com o utente em comparação com os homens médicos.

H3: Paralelamente, pretende-se aferir se o tipo de serviço de saúde (público ou privado) pode mediar as hipóteses 1 e 2.

A idade e o sexo dos médicos são apontados em alguns estudos como tendo influência na forma como os médicos comunicam com o utente. Um estudo de Shah e Ogden (2006) revelou que os utentes consideraram que os médicos mais jovens e as médicas do sexo feminino tinham melhores competências de relação interpessoal, melhores capacidades técnicas, com maior capacidade para abordar o lado emocional do utente e capacitá-lo sobre a sua saúde. Também Barnsley et al. (1999) demonstraram que os médicos mais jovens parecem estar mais disponíveis e abertos a acolher os interesses dos utentes, existindo uma maior satisfação nas consultas.

Já Delgado et al. (1993) desenvolveram um estudo focando a relação entre o sexo do médico e a satisfação do utente com o atendimento deste profissional de saúde. Os resultados do estudo revelaram que os utentes se sentiram mais satisfeitos quando atendidos por uma mulher e não por um médico do sexo masculino. O estudo mostrou também que os utentes se sentiam mais satisfeitos com os atributos e qualidades pessoais das médicas do que com os dos médicos do sexo masculino. No que diz respeito à capacidade profissional, os utentes responderam sentirem-se mais satisfeitos com o médico do sexo feminino do que com o do sexo masculino. Roter e Hall (2004) colocam as mulheres médicas como mais centradas no utente e com maior abertura para a comunicação. Um estudo realizado por estes dois autores verificou que as mulheres médicas conversam mais com os seus utentes do que os homens. Durante a consulta, as médicas envolvem-se em questões mais amplas da vida dos utentes, abordando os temas através de conversas mais emocionais e positivas. Barnsley et al. (1999) referiram também que, quanto ao sexo dos médicos, as mulheres mostraram ter um estilo de comunicação mais empático do que os homens médicos. Os médicos do sexo feminino mostraram prestar mais informação de prevenção e aconselhamento psicossocial. Já os médicos do sexo masculino mostraram focar-se mais nos aspetos técnicos da prática da medicina, como o historial clínico e o exame físico (Bertakis, 2009).

3.3. Objetivos da Investigação

O principal objetivo desta investigação é estudar a comunicação médico-utente por forma a averiguar se as variáveis idade e sexo do médico influenciam a sua capacidade para comunicar com o utente, no contexto português dos cuidados de saúde públicos no que concerne ao estudo qualitativo (estudo 1), e no contexto dos cuidados de saúde públicos e privados no que diz respeito ao estudo quantitativo (estudo 2). Este último pretendeu obter confirmações e

desenvolver comparações com os resultados obtidos no primeiro estudo. Após definida a questão de investigação e tendo em conta o objetivo principal deste trabalho, definimos de igual forma alguns objetivos específicos com o intuito de ir ao encontro de respostas para o problema apresentado. Esses objetivos são:

- 1) Fomentar a discussão sobre a importância da comunicação entre médico e utente;
- 2) Compreender se a idade e o sexo são variáveis que influenciam a disponibilidade do médico para comunicar com o utente;
- 3) Entender se, na perceção dos utentes, existem diferenças na predisposição de comunicação entre médicos dos serviços de saúde público e privado e a influência das variáveis idade e sexo (e a combinação de ambos);
- 4) Perceber a perceção do utente sobre a disponibilidade do médico para ouvir as suas dúvidas e preocupações;
- 5) Compreender qual o contributo da comunicação para melhorar os resultados em saúde do utente.

Tendo em conta a existência de ainda poucos estudos sobre a problemática da idade e do sexo do médico e a sua capacidade de comunicação com o utente foi um ponto de partida numa temática muito ampla – a comunicação médico vs. utente.

A forma como a comunicação entre médico e utente poderá condicionar a relação entre estes dois atores constitui um tema altamente abrangente e com o quadro teórico imenso, pelo que o trabalho aqui desenvolvido foca-se na perceção dos utentes dos serviços de saúde público e privado (pessoas com dermatite atópica) sobre se a idade e o sexo dos médicos (e a combinação de ambos) afetam a predisposição destes profissionais para comunicar com os primeiros e se estes resultados podem ser mediados pelo tipo de serviço de saúde (público ou privado).

3.4. Estratégia da Investigação

A formulação de um problema de investigação é fundamental para centrar a investigação num campo concreto, para organizar o projeto, delimitar o objeto do estudo, guiar

a revisão bibliográfica para a questão central, dar um referencial para a escrita do projeto e apontar na direção dos dados que serão necessários recolher (Coutinho, 2022).

Nesse sentido, tendo a pergunta de investigação formulada e feito uma análise bibliográfica sobre o problema em estudo recorremos ao estudo de caso – a comunicação entre médico e doentes com dermatite atópica – com o objetivo de testarmos a hipóteses previamente formuladas. Nesse sentido, foi necessário aplicar diferentes técnicas para a recolha de dados, como entrevistas coletivas e inquéritos por questionário a pessoas com patologia de dermatite atópica maiores de 18 anos residentes em todo o país. No caso das entrevistas coletivas (estudo 1), os participantes eram seguidos apenas no serviço público de saúde e residentes nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto. Já nos inquéritos por questionário (estudo 2), os participantes eram seguidos tanto no serviço público de saúde como no privado, residindo em qualquer zona de Portugal. A opção por parte da investigadora de incluir utentes de todo o país seguidos nos serviços de saúde público e privado na aplicação dos inquéritos por questionário (estudo 2) teve como objetivo obter confirmações e desenvolver comparações com os resultados obtidos no primeiro estudo.

Para o desenvolvimento do trabalho e da seleção da metodologia a aplicar tivemos de ter em conta os quadros de referência paradigmáticos que norteiam as técnicas escolhidas, com a contribuição das abordagens quantitativa e qualitativa para a compreensão da realidade estudada.

Um paradigma define-se como sendo, em primeiro lugar, um conjunto de crenças, valores, técnicas partilhadas pelos membros de uma comunidade científica e, em segundo, um modelo para o “que” e “como” investigar um problema num determinado tempo e contexto (Kuhn, 1962). Atualmente, e de forma mais consensual, são identificados três grandes paradigmas na investigação em ciências sociais e humanas: o paradigma positivista ou quantitativo, o interpretativo ou qualitativo e o paradigma sociocrítico ou hermenêutico (Coutinho, 2022).

Para esta investigação optou-se por analisar o problema de investigação recorrendo a diferentes métodos, tendo em vista o aprimorar da validade das conclusões apresentadas, e fornecendo uma confirmação mútua (Bryman, 2004): através do estudo qualitativo, seguindo a lógica do interpretativismo com a realização de entrevistas coletivas; e do estudo quantitativo, focando-se na perspetiva positivista com o desenvolvimento de inquéritos por questionário

junto das pessoas com dermatite atópica. Deste modo, recorreu-se a uma lógica de triangulação, ou seja, utiliza-se mais do que um método de pesquisa.

A escolha pelo recurso aos dois métodos prendeu-se com o facto de permitir ampliar a segurança nos resultados. Com o estudo qualitativo e o estudo quantitativo quisemos obter o melhor de cada um dos métodos, aproveitando os seus pontos fortes. Por um lado, a investigação qualitativa permite-nos interpretar os dados recolhidos das entrevistas coletivas (método utilizado para a recolha de dados para a nossa investigação qualitativa), através das quais procuramos aceder e compreender as experiências dos participantes, suas crenças, pensamentos e opiniões. A entrevista coletiva visa a recolha de dados através de perguntas tão abertas quanto possível. Este método deve promover uma interação com influência mútua entre entrevistador e entrevistado, fornecendo argumentação teórica e orientação prática para a investigação qualitativa. A entrevista coletiva contribui para um entendimento abrangente sobre as crenças, atitudes, valores e motivações dos participantes na entrevista (Bauer e Gaskell, 2008). O objetivo da entrevista passa por compreender o mundo dos entrevistados. A entrevista pretende ser um processo social em que as palavras são utilizadas como meio de troca. Existem um conjunto de vantagens para as entrevistas coletivas, tais como orientar o investigador na exploração de uma determinada realidade, atitudes, opiniões e comportamentos,

No âmbito do estudo recorreremos à abordagem metodológica de estudo de caso instrumental para dar resposta à pergunta de investigação e às hipóteses elencadas. Este modelo metodológico identifica-se por tratar do estudo intensivo e detalhado de algo bem definido, ou seja, o “caso”. O “caso” pode ser um sujeito, um pequeno grupo, uma organização, uma situação, uma decisão, um acontecimento, etc. Quase tudo pode ser um caso (Coutinho, 2022). Além disso, o recurso ao estudo de caso instrumental teve como objetivo fornecer informação sobre o tema da comunicação entre médico e utente na perspetiva dos utentes, tendo em conta o sexo e a idade dos médicos, para proporcionar conhecimento sobre um tema que não é exclusivo das pessoas com dermatite atópica. Ou seja, o estudo de caso é utilizado como instrumento para compreender um fenómeno mais abrangente (Stake, 2010).

O estudo de caso é uma das metodologias mais utilizadas nas ciências sociais. O estudo de caso normalmente acontece quando o investigador tem pouco controlo sobre os fenómenos e quando o foco está em eventos contemporâneos inseridos em contextos de vida real. Esta abordagem metodológica contribui para a compreensão de fenómenos individuais, organizacionais, sociais e políticos (Yin, 2009). O estudo de caso é o estudo da singularidade e complexidade de um único caso, conseguindo perceber a sua atividade no âmbito de

circunstâncias importantes (Stake e Chaves, 2012). Contudo, autores como Yin (2009) realçam que o estudo de caso não é um método de recolha de dados, mas antes uma estratégia de investigação e que deve ser descritivo, tendo como propósito descrever o fenómeno em estudo, explicativo, tentando procurar fatores causais para explicar o evento em análise, e exploratório, com o objetivo de “explorar” ou identificar novos ângulos de investigação em estudos futuros de forma extensiva.

No caso da nossa investigação o estudo de caso assenta na comunicação entre médico e pessoas com dermatite atópica, tentando perceber se o sexo e a idade do médico têm influência na predisposição deste profissional para comunicar com os utentes. Aqui incluímos a particularidade e complexidade do fenómeno de comunicação em contexto de vida real, ou seja, na interação entre médico e doente.

Desta forma, primeiramente procedemos à preparação da investigação com a determinação da pertinência do tema, definição do objeto do estudo, enquadramento teórico, definição do problema, definição dos objetivos e enumeração das hipóteses e explanação das variáveis independente e dependentes. Seguidamente avançamos com a estruturação da investigação, com a menção ao enfoque da investigação e apresentação do plano metodológico, descrição da amostra dos participantes, justificação e descrição das técnicas escolhidas e descrição dos procedimentos adotados para o estudo. Posteriormente, apresentamos e discutimos os resultados referentes aos dados obtidos durante a investigação, fornecendo respostas em relação às questões empíricas enunciadas no início. Para esta fase procedemos à descrição dos resultados obtidos por referência às hipóteses formuladas inicialmente, através de gráficos e quadros, descrevemos os métodos utilizados para o tratamento dos dados recolhidos, indicamos os testes estatísticos utilizados e informamos sobre a confirmação ou não das hipóteses iniciais. Por fim, apresentamos uma conclusão com uma reflexão sobre os resultados alcançados durante a investigação.

4. ESTUDO 1 – ESTUDO QUALITATIVO

4.1 Abordagem Metodológica

Para o primeiro estudo deste trabalho recorreremos à perspetiva qualitativa, seguindo a lógica do interpretativismo. Esta perspetiva foi escolhida dada a sua essência de procura de significados e de entendimento deste fenómeno social, que é a relação de comunicação médico-utente, não se centrando apenas na medição (Martins e Belfo, 2011). Quisemos aqui adotar um método que privilegiasse o contacto pessoal, a observação e a obtenção de dados verbais. Este método foca-se em apreender o significado e as experiências além da linguagem verbal, procurando produzir mais conhecimento sobre um determinado problema. Assim, com este processo começamos por analisar a informação científica já produzida, de forma a elaborar um resumo expositivo do fenómeno social que representa a relação de comunicação médico-utente, produzindo possíveis ligações com as conclusões retiradas deste estudo.

O objetivo desta abordagem metodológica passou por perceber junto dos participantes a sua perceção sobre se a idade e o sexo do médico influenciavam a capacidade destes para comunicar com os utentes, ou seja, quisemos perceber se o médico ouvia o utente com atenção, se se mostrava disponível para esclarecer dúvidas, se levava a opinião do utente em consideração, se não apressava a consulta, entre outras questões colocadas aos participantes durante as entrevistas coletivas.

4.1.2. Entrevistas Coletivas

Após a revisão da literatura que permitiu identificar e analisar os estudos de referência de um fenómeno de investigação identificado, a investigação focou-se na recolha de informação através da realização de entrevistas coletivas para compreender melhor o que um grupo de utentes pensa e sente sobre. Isto é, pretendemos de forma fundamentada e na primeira pessoa avaliar a perceção dos utentes sobre se a idade e o sexo afetam a predisposição do médico para comunicar.

Nas ciências sociais a entrevista é um método amplamente utilizado para recolher informação. A entrevista fornece informação para o desenvolvimento e compreensão das relações entre os atores sociais, no nosso caso a relação médico-utente, procurando-se entender

as crenças, atitudes, calores e motivações em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos (Bauer e Gaskell, 2008).

As entrevistas coletivas apresentam-se, assim e na nossa opinião, como o melhor método para esta etapa da investigação, na medida em que favorece a recolha de informação sobre as diferentes opiniões emitidas, com os participantes a partilharem experiências individuais. Com estas entrevistas pretendemos interpretar a informação dada pelos utentes, através não só das suas respostas, mas também das suas reações e interpretações da realidade. As entrevistas coletivas apresentam outra vantagem, que é a possibilidade de recolher um conjunto de dados de forma mais rápida e natural do que a entrevista individual.

Os objetivos das entrevistas coletivas realizadas foram: 1) Apurar a importância da comunicação entre médico e utente; 2) Compreender se a idade e o sexo são variáveis que influenciam a disponibilidade do médico para comunicar com o utente; 3) Perceber a perceção do utente sobre a disponibilidade do médico para ouvir as suas dúvidas e preocupações.

Para a realização das entrevistas coletivas foram tidas em conta cinco fases de preparação (Silva, Veloso e Keating, 2014): planeamento, preparação, moderação, análise dos dados e divulgação dos resultados.

Assim, durante o planeamento destas entrevistas deu-se o desenvolvimento do guião da entrevista em fundo dos objetivos da investigação. Na fase de preparação, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo. Todos os participantes deram o seu consentimento informado. A entrevista foi assegurada pela responsável deste estudo. A quarta fase passou pela análise dos dados recolhidos através da gravação das entrevistas coletivas com a respetiva transcrição. A última fase é a divulgação dos resultados, objeto de análise neste trabalho, onde damos a conhecer os dados recolhidos e analisamos a informação que nos foi transmitida pelos participantes.

4.2. Delimitação Do Objeto De Estudo

O objeto deste estudo é a perceção dos utentes do serviço público de saúde sobre se a idade e o sexo dos médicos (e a combinação de ambos) afetam a predisposição destes profissionais para comunicar com os primeiros. Esta informação foi recolhida via zoom, respeitando os princípios expostos no consentimento informado (em apêndice).

4.3. Definição da Amostra

Para o desenvolvimento deste estudo foi tido em conta o processo de amostragem para a seleção dos indivíduos a participar. O sujeito é a pessoa de quem se recolhem os dados, sendo que esse sujeito forma parte de uma população que partilha uma característica comum. A população acessível ou disponível será a parte a partir da qual selecionamos a amostra. Desta forma, a amostra é o conjunto de pessoas de quem se recolherá os dados, devendo ter as mesmas características da população de onde foi retirada, isto é, ser representativa da população de onde é originária (Coutinho, 2022).

A população-alvo do estudo são pessoas com Dermatite Atópica (DA). O recrutamento dos participantes para as entrevistas coletivas contou com o apoio da ADERMAP - Associação Dermatite Atópica Portugal – que é uma associação sem fins lucrativos com o objetivo de promover a educação pública sobre a DA e sensibilizar para o impacto que esta tem na qualidade de vida e nas atividades do dia-a-dia, desenvolver ações de caráter educacional, social, cultural e científico em torno da DA e das suas comorbilidades e despertar o interesse para a colaboração na investigação, desenvolvimento tecnológico e inovação sobre esta patologia.

Desta forma, tendo em conta a abertura da ADERMAP para apoiar a investigação científica e a ligação profissional da investigadora à patologia no âmbito da sua atividade profissional de consultoria de comunicação, foi decisão abordar a associação para apoiar no desenvolvimento deste trabalho ao nível do recrutamento dos participantes nos estudos. Além disso, esta opção teve também como critério a elevada prevalência da patologia na população. A prevalência da dermatite atópica aumentou em todo o mundo nos últimos 30 anos, sendo atualmente uma das doenças crónicas mais comuns e afetando cerca de um quinto da população dos países desenvolvidos. Por todo o mundo estima-se que a prevalência em adultos varie entre os 0,3% e os 14,3% (Silvestre Salvador et al., 2017). Dados recentes sugerem que em Portugal a dermatite atópica afete cerca de 440 mil portugueses, sendo que 202 mil sofrem de formas moderadas a grave desta doença (Nova IMS, 2020).

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crónica da pele e causa erupções cutâneas com prurido e pele seca. A patologia tem um impacto muito significativo na qualidade de vida dos doentes. A DA acarreta custos sociais e financeiros substanciais e é responsável pela maior carga global de incapacidade devido a doenças de pele (Bylund et al., 2020). A patologia, nos adultos, afeta principalmente a cabeça, pescoço e mãos. Além disso, existe

evidência de que a DA tem uma maior prevalência no sexo feminino do que no sexo masculino, sendo independente da faixa etária como revelam alguns autores (Rönmark et al., 2012; Harrop, et al., 2007).

De referir que o guião para as entrevistas coletivas foi partilhado previamente com a direção da ADERMAP que, por sua vez, o submeteu à apreciação do seu conselheiro científico, Dr. Pedro Mendes Bastos. Só após a validação deste guião procedemos à realização das entrevistas coletivas.

Para o presente estudo, recorremos à amostragem não probabilística criterial, ou seja, a seleção da população para o estudo foi realizada de acordo com um conjunto de critérios pré-definidos. Esta técnica apresenta a vantagem de permitir uma amostra adaptada ao estudo (Coutinho, 2022). Seguem-se os critérios de inclusão adotados para a seleção dos participantes nos grupos de discussão:

- Utentes do Sistema Nacional de Saúde;
- Região da grande Lisboa e Porto;
- Idades heterogéneas – superior a 18 anos, mas inferior a 65 anos;
- Acompanhado por um dermatologista ou alergologista;
- Pessoas com ligação à ADERMAP quer através de associativismo quer por estarem registadas na base de dados da associação para a receção de informação.

Na seleção dos participantes nas entrevistas coletivas incluímos apenas utentes seguidos nos serviços públicos de saúde da região da grande Lisboa e grande Porto para afunilar o objeto de estudo. A inclusão de utentes seguidos nos serviços privados de saúde apenas será considerada no estudo quantitativo a fim de desenvolver uma análise comparativa entre serviço público de saúde e serviço privado de saúde de acordo com os resultados deste primeiro estudo. O facto de termos optado por pessoas com mais de 18 anos teve como objetivo uma opinião mais estruturada e sem necessidade de acompanhamento parental. Tendo também em conta que os doentes com dermatite atópica são seguidos por dermatologistas ou alergologistas, profissionais fundamentais na vida destas pessoas para a gestão da sua doença, consideramos que seria um critério importante a incluir na seleção da amostra.

4.4. Procedimento De Recolha De Dados

Uma vez definido o objeto do estudo, as hipóteses e as variáveis avançamos com o desenvolvimento da investigação através da recolha de dados empíricos. Neste ponto, iremos descrever como foram recolhidos os dados e que ferramentas foram utilizadas.

De entre os seis procedimentos identificados para a recolha de dados numa investigação – notação, descrição, análise, questionário, teste e medição – neste estudo recorremos ao inquérito por entrevistas através de entrevistas coletivas (Coutinho, 2022). Esta metodologia visa a recolha de respostas expressas pelos participantes no estudo. O contacto entre entrevistador e entrevistado dá a oportunidade de o primeiro adaptar as questões ou pedir informações extra que considere pertinentes. Contudo, é um método que exige um dispêndio significativo de tempo e recursos, pelo que foi imposto um número limite de participantes.

O período de recolha de dados decorreu entre abril e julho de 2022, via Zoom. As entrevistas foram conduzidas tendo por base um guião de entrevista semiestruturado, com questões fechadas e algumas abertas de forma a permitir aos participantes exprimirem livremente a sua opinião sobre este tópico e sobre as hipóteses apresentadas (guião em apêndice – questionário quadro 1). Este guião de perguntas foi aplicado em todas as entrevistas coletivas de forma a garantir que todos os participantes eram impactados com as mesmas perguntas e assim evitando desvios para questões paralelas à investigação.

As entrevistas semiestruturadas estão relacionadas com a recolha de informações a nível de opiniões, crenças, pontos de vista, ou quando não é possível elaborar um conjunto de potenciais pré-códigos porque há pouco conhecimento sobre a temática em causa (Mathers, Fox e Hunn, 2000).

No caso do nosso estudo, a entrevista semiestruturada teve como objetivo explorar a opinião e a perceção dos utentes em relação à predisposição dos médicos para comunicar com os utentes, tendo como variáveis independentes a idade e o sexo dos médicos. Apesar de os grupos para as entrevistas coletivas serem constituídos apenas por utentes, permitindo alguma homogeneidade, a verdade é que as histórias, as vivências e as experiências de cada indivíduo não permitem que as respostas sejam todas fechadas, limitando o seu pensamento.

Foram realizadas 4 sessões de entrevistas coletivas, totalizando 19 participantes. Esses participantes foram recrutados com o apoio da ADERMAP - Associação Dermite Atópica Portugal. Uma vez que existe a obrigação por parte da ADERMAP de proteger os dados pessoais das pessoas que integram a sua base de dados, de acordo com o Regulamento Geral

sobre a Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia (UE), a mesma não foi partilhada com a investigadora, tendo o recrutamento dos participantes ficado a cargo da associação. As entrevistas foram realizadas via Zoom e tiveram uma duração aproximada de 60 minutos. Em todas as sessões foi aplicado o mesmo guião.

As questões colocadas aos participantes (ver quadro 1) tiveram como objetivo principal recolher a sua perceção sobre se a idade e o sexo do médico afetariam a sua capacidade para comunicar com os utentes.

Assim, numa abordagem e contextualização inicial, os participantes foram informados sobre o estudo e os respetivos objetivos. Foi dada a garantia aos participantes de que os conteúdos das entrevistas seriam unicamente utilizados para efeitos da presente investigação e apenas divulgados em fóruns científicos, garantindo-se o total anonimato de todos os envolvidos. Foi ainda solicitada autorização oral para a gravação das entrevistas coletivas com o objetivo de facilitar a transcrição e análise das mesmas (transcrições em apêndice).

No quadro 1 encontram-se as perguntas realizadas aos participantes, sendo que começamos por recolher as características da nossa amostra no grupo A de perguntas, tais como nome, idade, zona de residência e habilitações literárias. A recolha de dados demográficos tem um importante papel na segmentação dos participantes (Seufert, 2014). Além disso, esta recolha permite descrever a amostra dos participantes no estudo em questão (Connelly, 2013). Os dados demográficos recolhidos são uma parte importante do estudo, ajudando a perceber melhor a investigação desenvolvida.

No grupo B quisemos saber o sexo e a idade do médico que seguia cada um dos participantes nas entrevistas, para assim estabelecermos as devidas correlações para ajudar a responder à pergunta de investigação.

No grupo seguinte de perguntas, o grupo C, pretendemos explorar a relação entre os médicos e os participantes, tentando saber a duração dessa relação, obter pormenores dessa relação de comunicação, como por exemplo, o número de idas ao médico anuais, se o médico se mostrava disponível para ouvir e esclarecer dúvidas, se havia a exploração da parte emocional do utente além da doença física, sobre o tempo de duração da consulta e se o médico apressaria a mesma. Quisemos ainda saber se o médico ouvia a opinião dos participantes e se a levava em conta nas suas tomadas de decisão e se o médico se certificava de que toda a informação terapêutica era bem entendida pelo utente.

Ou seja, neste conjunto de perguntas quisemos abordar vários aspetos que nos pudessem revelar o tipo de relação de comunicação entre médico e utente e fazermos a relação com a questão da idade e do sexo do médico e assim aferir se estas variáveis influenciam a predisposição do médico para comunicar.

A última pergunta, do grupo D, quis obter a percepção dos participantes sobre se consideravam que a idade e o sexo influenciavam a capacidade do médico para ouvir os utentes e comunicar com eles. Ou seja, aqui quisemos que os participantes dessem a sua opinião baseada não só na sua experiência, mas também na percepção que têm de familiares, amigos e pessoas que os rodeiam na interação com os médicos.

Quadro 1 – Questionário aplicado nas entrevistas coletivas

Identificação dos Tópicos das entrevistas coletivas	Objetivos Específicos	Formulário de Questões
A. Caracterização das pessoas com Dermatite Atópica	• Apresentação dos participantes	1. Nome, residência, idade e habilitações literárias?
B. Caracterização do médico que segue o utente	• Conhecer as características demográficas do médico	2. Que idade tem o seu médico? 3. Qual o sexo do seu médico?
C. Caracterização da relação médico-utente	• Perceber a duração da relação entre o participante e o seu médico • Conhecer a relação de comunicação entre médico e utente no âmbito da sua relação profissional • Perceber se o médico se mostra disponível para responder às dúvidas dos utentes • Conhecer o interesse do médico pela saúde emocional do utente, além da doença física	4. Quantas vezes vai ao médico por ano, apenas no âmbito desta especialidade? 5. Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)? 6. Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta? 7. Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir? 8. O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica? 9. O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema? 10. Quanto tempo em média demora a consulta? 11. Sente que o médico apressa a consulta? 12. Sente que o tempo da consulta é suficiente?
D. Predisposição do dermatologista/alergologista para comunicar com o utente tendo em conta a sua idade e sexo	• Promover o debate sobre a idade e o sexo do médico e a influência que essas variáveis têm na relação de comunicação com o utente e na capacidade do médico ouvir esse utente	13. Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?

Fonte: Autor

4.5. Método de Análise dos Dados Recolhidos

A recolha de informação com as entrevistas coletivas deu origem a um conjunto de dados numéricos e aos quais procedemos a uma análise estatística dos mesmos. Além disso, iremos desenvolver a análise qualitativa desses mesmos dados recolhidos através do método de análise de conteúdo.

Embora a estatística seja a parte central da investigação quantitativa, a verdade é que esta também pode ser aplicada em algumas etapas do estudo qualitativo (Coutinho, 2022). Nesse sentido, consideramos fazer sentido este método de análise nas perguntas 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 (questionário acima), na medida em que esses dados recolhidos geraram informação quantificável que pode ser verificada através da contabilização das respostas dadas pelos participantes nas entrevistas, configurando-se pela ilustração em gráficos circulares.

Para a análise qualitativa recorreremos ao método da análise de conteúdo, muito utilizado para a análise de texto. Schreier (2012) descreve o método da análise de conteúdo como um método para descrever sistematicamente o significado do material qualitativo. E é com base neste método de Schreier, descrito no livro *Qualitative Content Analysis in Practice*, que desenvolvemos a nossa análise, sendo esta realizada através da divisão do material em unidades de codificação mais pequenas que posteriormente agrupamos em categorias num quadro de codificação, sendo o quadro de codificação o coração deste método de análise. Ou seja, as principais categorias do quadro de codificação são os aspetos nos quais devemos focar a nossa análise. Após a identificação dos aspetos que constituem as categorias principais, o próximo passo é reconhecer o que é tratado no material recolhido sobre esses mesmos aspetos. Aqui, é possível criar categorias de acordo com as informações que já conhecíamos antes de analisar o material (as categorias *conceptdriven*) ou conforme as informações qualitativas recolhidas (as categorias *data-driven*).

No caso do nosso estudo, recorreremos a uma codificação através de categorias *concept-driven* (Schreier, 2012). Este método é, assim, utilizado para analisar as respostas às perguntas 5 e 13. A análise dos dados é desenvolvida manualmente. Entendeu-se não ser necessário recorrer a softwares informáticos para a análise dos dados.

4.6.1. Quadro de Codificação – Categorização

Os quadros de codificação a seguir apresentados reúnem todas as categorias e subcategorias, permitindo juntar um grande número de informação e, deste modo, correlacionar e ordenar essa mesma informação de forma a procedermos à análise do conteúdo.

Estas categorias devem possuir as seguintes qualidades para serem consideradas válidas: Exclusão mútua, um elemento não pode ser classificado em duas ou mais categorias; Homogeneidade, se existirem diferentes níveis de análise, os mesmos devem ser divididos em diferentes categorias; Pertinência, as categorias devem corresponder às intenções do investigador e aos fins da investigação; Objetividade e fidelidade, ou seja, se as categorias forem bem definidas não haverá distorções por causa da subjetividade do analista; Produtividade, pelo que as categorias só prolíficas se os resultados permitirem inferências em hipóteses novas e dados exatos (Coutinho, 2022). Para que cumpram estas qualidades, os nomes das categorias devem ser curtos (mas não demasiado curtos) e selecionados com o objetivo de dar uma descrição precisa do que a categoria se refere (Schreier, 2012).

Depois de realizadas as transcrições das entrevistas coletivas e com base nos conceitos e critérios para o desenvolvimento de um quadro de codificação acima referido, apresentamos os quadros 2, 3 e 4 que nos permitirão analisar a informação recolhida.

Referir que as subcategorias apresentadas em todos os quadros e as respetivas definições têm como fundamento a literatura consultada e exposta na revisão bibliográfica (capítulo 2), pelo que todos os autores estão devidamente identificados.

I. Dimensão ‘Relação de comunicação entre médico e utente’

Sendo a comunicação a base de uma relação entre médico e utente, com esta dimensão pretende-se uma visão por parte dos participantes nas entrevistas coletivas sobre se o médico que os segue no âmbito da sua patologia, a dermatite atópica, se mostra comunicativo, se sim, em que circunstâncias (dentro e fora da consulta), e qual o tipo de relacionamento existente.

a) Categoria “Relação com o médico atual”

Nesta categoria estão incluídas todas as unidades de registo que definem a atual relação entre o participante e o seu médico.

Quadro 2 - Subcategorias relativas à categoria “Relação com o médico atual”

Subcategoria	Tipologia	Definição
Maior Cumplicidade (Agostinho et al., 2010; Pearson e Raeke, 2000)	<i>Concept-driven</i>	Incluem-se nesta subcategoria todas as referências que indiquem que a relação dos participantes com o médico(a) se baseia em compaixão e compreensão.
Menor Cumplicidade (Agostinho et al., 2010; Pearson e Raeke, 2000)	<i>Concept-driven</i>	Incluem-se nesta subcategoria todas as referências que indiquem que a relação dos participantes com o médico(a) não se baseia em compaixão e compreensão.
Empática (Barnsley et al., 1999; Jeffrey, 2016)	<i>Concept-driven</i>	Incluem-se nesta subcategoria todas as referências que indiquem o ato por parte do médico de reconhecer corretamente o estado emocional do utente, através da manifestação de preocupação e cuidado.
Empatia neutra (Halpern, 2003)	<i>Concept-driven</i>	Incluem-se nesta subcategoria todas as referências que contrastem com o significado de empatia, ou seja ser tocado pelas emoções do outro.

Fonte: Autor

b) Categoria “Disponibilidade e abertura ao diálogo pelo médico”

Nesta categoria estão incluídas todas as unidades de registo que definem a disponibilidade do médico para com o participante.

Quadro 3 - Subcategorias relativas à categoria “Disponibilidade e abertura ao diálogo pelo médico”

Subcategoria	Tipologia	Definição
Disponível para ouvir (McKinstry e Yang, 1994; Jagosh et al., 2011)	<i>Concept-driven</i>	Incluem-se nesta subcategoria todas as referências que indiquem que o médico(a) tem uma escuta que permite a recolha adequada de dados clínicos, diagnóstico e escolha das terapêuticas; atua como agente curativo e terapêutico; contribui para fomentar e fortalecer a relação médico-utente.
Não disponível para ouvir (McKinstry e Yang, 1994; Ranjan, 2015)	<i>Concept-driven</i>	Incluem-se nesta subcategoria todas as referências que indiquem que o médico(a) não dá a devida atenção à importância de manter os doentes informados adequadamente, falta de conhecimento sobre opções de tratamento, stress, cansaço e falta de tempo para os utentes.

Fonte: Autor

c) Categoria “Competências sociais e comunicativas do médico”

Nesta categoria estão incluídas todas as unidades de registo que definam as competências sociais e comunicativas do médico pela perceção dos doentes.

Quadro 4 - Subcategorias relativas à categoria “Competências sociais e comunicativas do médico”

Subcategoria	Tipologia	Definição
Maior abertura à comunicação (Roter e Hall, 2004; Carvalho et al., 2010)	<i>Concept-driven</i>	Incluem-se nesta subcategoria todas as referências que indiquem que o médico(a) sabe observar, ouvir, informar, identificar sentimentos, agir adequadamente e lidar com desafios comunicacionais particulares.
Menor abertura à comunicação (Roter	<i>Concept-driven</i>	Incluem-se nesta subcategoria todas as referências que indiquem que o médico(a) não dá oportunidade para colocar perguntas por parte dos

e Hall, 2004; Moore et al., 2010)		utentes e esclarecer dúvidas e não demonstra dinamismo e flexibilidade perante diferentes utentes ou diferentes circunstâncias.
Disponível para esclarecer dúvidas (Moore et al., 2010)	<i>Concept-driven</i>	Incluem-se nesta subcategoria todas as referências que indiquem que o médico(a) dá oportunidade ao utente para colocar perguntas de forma e rever mais do que uma vez a informação do utente assim compreendê-lo melhor.
Limita diálogo à patologia e terapêutica (Visser et al., 2019)	<i>Concept-driven</i>	Incluem-se nesta subcategoria todas as referências que indiquem que o médico(a) informa os utentes sobre os resultados do diagnóstico, mas que se mostra pouco recetivo a promover a compreensão das informações fornecidas por eles e a envolver os utentes/cuidadores nas decisões relacionadas com o diagnóstico.
Tem escuta ativa (Falvo, 2004)	<i>Concept-driven</i>	Incluem-se nesta subcategoria todas as referências que indiquem que o médico(a) tem uma atitude atenciosa e respeitosa pela pessoa que tem à sua frente em ambiente de consulta, deixando o utente partilhar com o médico a sua informação clínica, os seus sentimentos e preocupações.
Abordagem das questões emocionais (Shah e Ogden, 2006; Hashim, 2017)	<i>Concept-driven</i>	Incluem-se nesta subcategoria todas as referências que indiquem que o médico(a) aborda os sentimentos, ideias, preocupações e experiências do utente no que diz respeito ao impacto da doença.

Fonte: Autor

4.7.2. Segmentação em Unidades de Análise

Após a construção dos quadros de codificação, passamos à segmentação da informação em unidades de análise, integrando-as nas categorias definidas.

A segmentação permite dividir o material recolhido em unidades com o objetivo de que cada segmento/unidade se encaixe numa categoria do quadro de codificação (Schreier, 2012).

A segmentação do material é uma parte importante da análise do conteúdo qualitativo por três razões: 1) ajuda a ter a certeza de que se tem em conta todo o material; 2) apoio na definição de um foco claro de investigação; 3) permite fazer uma comparação entre codificações em diferentes momentos, ou seja, ajuda a avaliar a consistência da investigação.

Como já referido, cada material foi analisado individualmente e de forma sistemática, sem recurso a qualquer tipo de *software*.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO 1

A investigação permite estudar os fenómenos sociais através de um procedimento sistemático, flexível e objetivo de questionamento que apoia na explicação e compreensão desses mesmos fenómenos, promovendo o debate e o surgimento de novas ideias (Coutinho, 2022).

Neste capítulo, iremos apresentar os resultados alcançados através das entrevistas coletivas, sendo os mesmos, posteriormente e no capítulo seguinte, interpretados à luz da revisão de literatura realizada no capítulo 2. Com esta análise queremos responder à pergunta de investigação que originou o presente estudo e aos respetivos objetivos de investigação.

5.1. Apresentação dos Resultados das Entrevistas Coletivas

a. Caracterização Sociodemográfica da amostra

Começamos a nossa análise por fazer uma caracterização sociodemográfica dos 19 inquiridos/participantes nas entrevistas.

Sexo

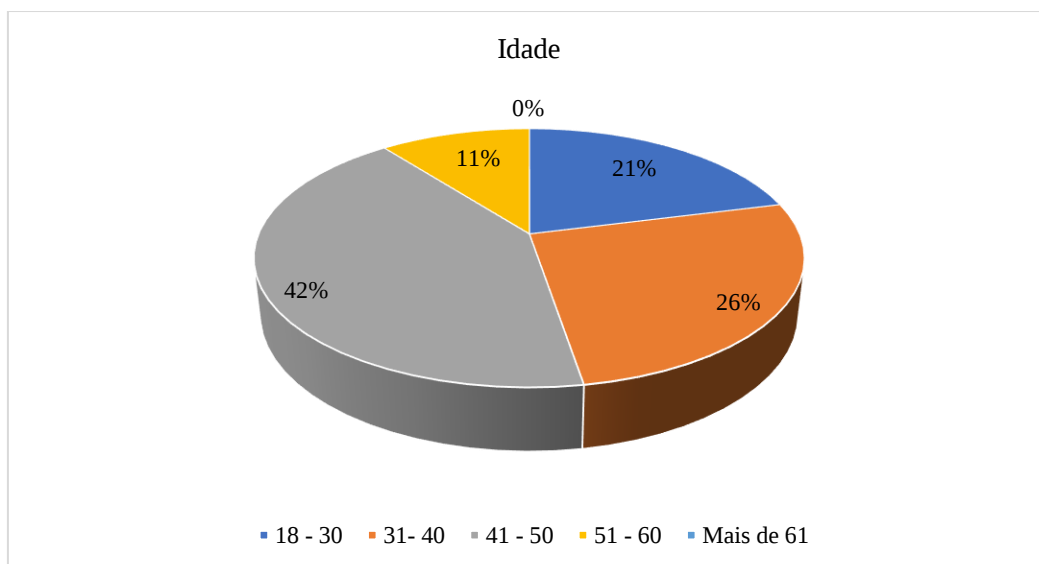
A amostra foi constituída por 63% de indivíduos do sexo feminino (12 pessoas) e 37% são do sexo masculino (7 pessoas).

Idade

Em relação à idade, patente na figura n.º 1, 42% dos inquiridos respondeu ter entre os 41 e os 50 anos (8 pessoas). Já 26% da nossa amostra, ou seja, 5 pessoas, encontra-se na faixa etária entre os 31 e 40 anos. E imediatamente a seguir o grupo com idades compreendidas entre

os 18 e os 30, representando 21% da amostra, ou seja, 4 pessoas. Por último, 11% da nossa amostra situa-se na faixa etária dos 51 aos 60 anos, ou seja, 2 pessoas.

Figura n.º 1 – Gráfico circular referente à idade dos participantes



Fonte: Autor

Zona de residência

53% dos participantes residia na zona da Grande Lisboa (10) e 47% residia na zona do grande Porto (9).

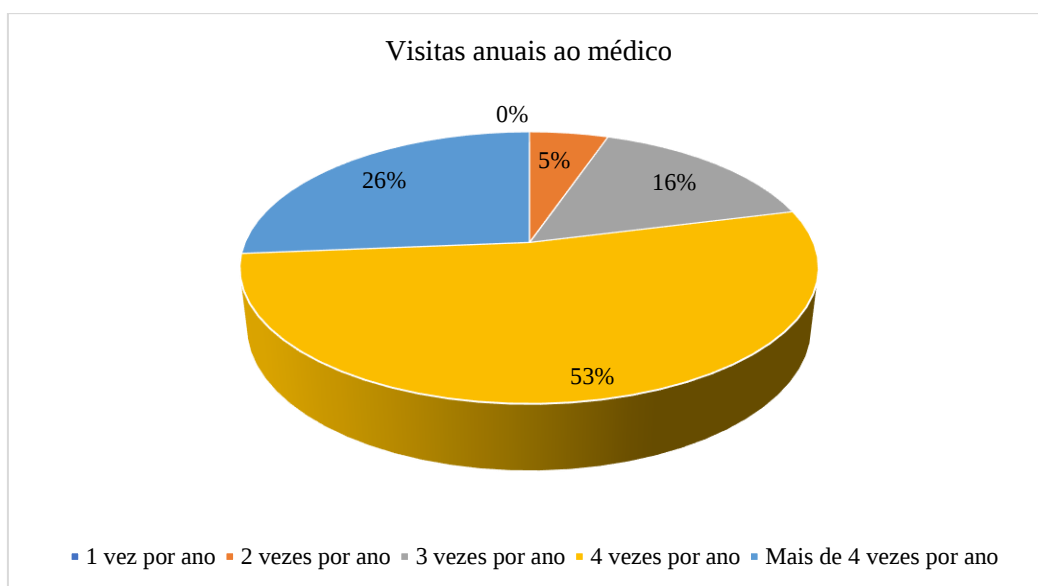
Escolaridade

No que diz respeito ao nível de habilitações literárias dos participantes, a maioria detém o ensino superior, ou seja 68%, já 16% dos participantes afirmaram ter o ensino secundário, repetindo-se a mesma percentagem (16%) para o ensino básico.

b. Frequência anual de consultas médicas no âmbito da dermatite atópica

Relativamente ao número de consultas anuais no âmbito da gestão da doença dermatite atópica, conforme mostra a figura n.º 2, a maioria dos participantes, 53%, afirmou ter quatro consultas por ano com o seu médico. Contudo, 26% refere que vai ao médico mais de quatro vezes por ano. Já 16% dos participantes disse ir ao médico três vezes por ano e 5% visita o médico pelo menos duas vezes por ano.

Figura n.º 2 – Gráfico circular referente ao número de visitas ao médico por ano



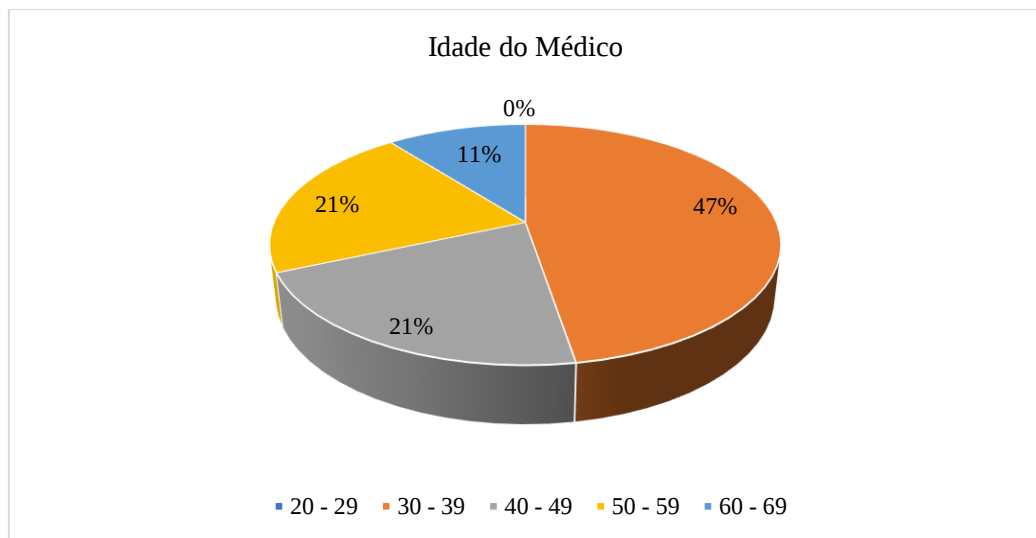
Fonte: Autor

c. Idade dos médicos dos participantes

No que diz respeito à idade dos médicos que seguem os participantes das entrevistas coletivas, apuramos através de figura n.º 3 que 47% dos doentes eram acompanhados por médicos com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos. Já 21% dos envolvidos eram seguidos por médicos entre os 40 e os 49 anos de idade, a mesma percentagem de doentes

seguida por médicos entre os 50 e os 59 anos. Com menor expressão, 11% dos doentes eram acompanhados por médicos com idade entre os 60 e os 69 anos.

Figura n.º 3 – Gráfico circular referente à idade do médico



Fonte: Autor

d. Sexo dos médicos dos participantes

Já quanto ao sexo dos médicos que acompanham os participantes do nosso estudo, 68% era acompanhado por médicos do sexo feminino e 32% acompanhados por médicos do sexo masculino.

e. Abertura do médico para ouvir a opinião dos utentes

Quanto a este tópico, 95% dos participantes, ou seja, 18 pessoas, responderam que o médico tem abertura para ouvir a sua opinião e que a leva em conta. Apenas um participante, representando 5%, disse que o médico não ouvia a sua opinião.

f. Abertura para contactar o médico fora do tempo da consulta

A maioria dos participantes, 79%, disse que o seu médico se mostra disponível para esclarecer qualquer dúvida ou avaliar algum problema relacionado com a patologia fora do horário da consulta. Apenas 21% dos participantes disse não tem esse tipo de abertura com o médico.

g. Cuidado por parte do médico em explicar a informação terapêutica

Todos os participantes responderam (100%) que os seus médicos têm o cuidado de transmitir toda a informação terapêutica, assegurando-se de que a mesma foi bem percebida pelos participantes.

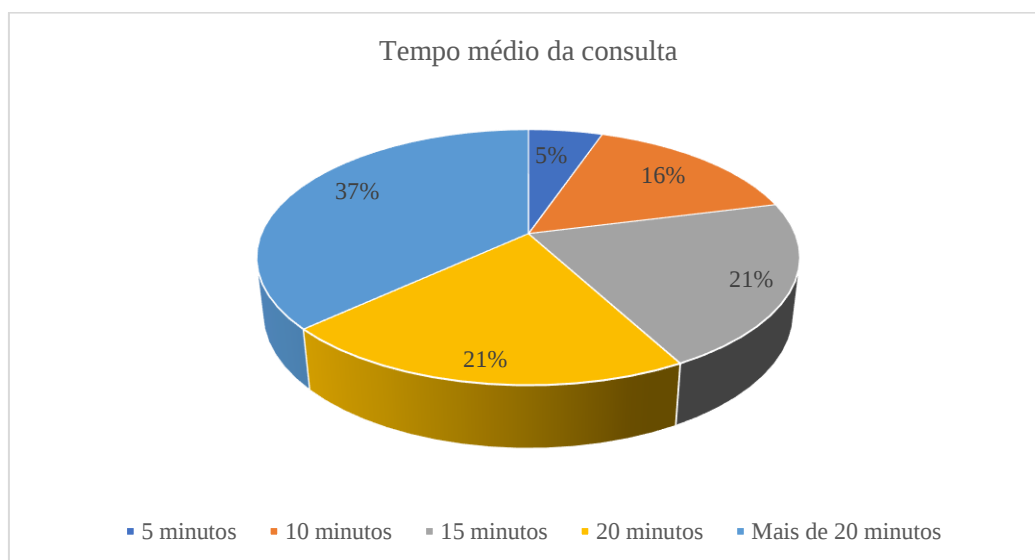
h. Dimensão da abordagem das ideias, sentimentos e expectativas do utente por parte do médico

No que diz respeito a este tópico, o estudo revela que 74% dos participantes referiu que o seu médico durante a consulta tentava perceber o estado emocional dos participantes, indo além do exame físico e da prescrição terapêutica. Contudo, 26% afirmou que o seu médico não tinha este tipo de abordagem durante a consulta, limitando-se a examinar o utente e a prescrever o tratamento.

i. Tempo médio da consulta e sentimento do participante quanto ao mesmo

Em relação ao tempo da consulta 37% dos participantes referiu estar mais de 20 minutos em consulta com o seu médico. Já 21% afirma que a consulta dura no máximo 20 minutos, como revela a figura n.º 4. A mesma percentagem de participantes (21%) refere que a consulta não demora mais de 15 minutos. 16% e 5% dos participantes, por sua vez, admitem que as suas consultas não vão além dos 10 e 5 minutos respetivamente.

Figura n.º 4 – Gráfico circular referente à duração da consulta



Fonte: Autor

Outra pergunta que se colocou na sequência desta foi se os participantes consideravam que o médico apressava a consulta, sendo que 89% dos participantes disseram nunca terem sentido o médico apressar a consulta, ao contrário de 11% dos participantes que consideraram já terem sentido que o médico apressou as suas consultas.

Contudo, 84% dos participantes afirmaram que o tempo da consulta para eles era suficiente. Já 16% considerou que o tempo dispensado em consulta pelo médico não seria suficiente.

j. Disponibilidade do médico para ouvir e responder a todas as dúvidas do utente, além das questões terapêuticas

Esta questão permitiu perceber que, dos 19 participantes, apenas dois participantes referiram que o seu médico não demonstrava disponibilidade para ouvir e responder a todas as dúvidas, além das questões terapêuticas. A entrevistada nº 2, cujo médico tem entre 60 e 69 anos e é do sexo masculino, afirmou “*O meu médico é muito calado. Não consigo perceber se é por falta de disponibilidade ou se é pelo próprio feitio. Sou eu que coloco muitas vezes as questões e a resposta é sempre muito reduzida. Não quer dizer que os tratamentos que ele me tenha feito não estivessem a resultar, mas não consigo perceber se o facto de ele ser calado é pelo próprio feitio. É um médico que não responde muito às minhas perguntas*”. Também o participante nº 7, cujo médico tem entre 50 e 59 anos e é do sexo feminino, referiu que “*Por vezes a comunicação é um bocadinho complicada. Sinto que poderia ser um pouco melhor. Não há uma comunicação regular*”.

O que esta pergunta e respetivas respostas revelam é que a maioria dos médicos que seguem os doentes com dermatite atópica entrevistados para este estudo, estão disponíveis para ouvir, independentemente da sua idade e sexo. Os 17 participantes que afirmaram que o seu médico se mostrava totalmente disponível referiram, entre outros, “*Responde a tudo o que pergunto e é compreensiva*”, participante Nº3; “*Sinto um acompanhamento muito grande por parte da minha médica. Ela não é de muitas palavras, mas está sempre disponível para responder a qualquer questão*”, participante Nº 4; “*Não há pressa para terminar a consulta em função das minhas dúvidas e questões*”, participante nº5; ou “*O médico está disponível. Facultou-me os contactos para dúvidas*”, participante Nº12.

k. “Relação com o médico atual”

A categoria “Relação com o médico atual” (quadro n.º 5 em apêndice) é composta por 4 subcategorias, sendo elas *concept-driven*. No total, as 4 subcategorias obtiveram 19 unidades de registo.

De todas as subcategorias, a ‘Maior Cumplicidade’ foi a que teve um maior número de unidades de registo (10), seguida pela relação ‘Empática’ com o médico’ (6). Com 3 unidades de registo, surge a subcategoria ‘Menor Cumplicidade’. A subcategoria ‘Empatia Neutra’ não obteve qualquer unidade de registo.

l. “Disponibilidade e abertura ao diálogo pelo médico”

A categoria “Disponibilidade e abertura ao diálogo pelo médico” (quadro n.º 6 em apêndice) é composta por 2 subcategorias, sendo elas *concept-driven*. No total, as 2 subcategorias obtiveram 19 unidades de registo.

De todas as subcategorias, a ‘Disponível para ouvir’ foi a que teve um maior número de unidades de registo (17), seguida pela ‘Não disponível para ouvir’ (2).

m. “Competências sociais e comunicativas do médico”

A categoria “Competências sociais e comunicativas do médico” (quadro n.º 7 em apêndice) é composta por 6 subcategorias, sendo que todas são subcategorias *concept-driven*. No total, as 6 subcategorias obtiveram 19 unidades de registo. As subcategorias com maior número de unidades de registo são a ‘Disponível para esclarecer dúvidas’ (15), ‘Maior abertura à comunicação’ (3), e a ‘Abordagem das questões emocionais’ (1). As restantes 3 subcategorias não obtiveram nenhuma unidade de registo.

n. Percepção dos participantes sobre se a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras da sua predisposição para ouvir o utente

No que diz respeito à percepção dos participantes sobre se o sexo influencia a predisposição do médico para ouvir o utente, 5 participantes consideraram que o sexo tem influência. O participante N.º 7 afirmou que “... noto que à medida que cresci e fui passando pela puberdade, acabei por procurar médicas mulheres. Talvez pela necessidade de haver alguma identificação”. Também o participante N.º 12 considerou que “Na minha experiência, sinto que a questão do sexo é mais visível. As médicas mulheres, por exemplo, têm mais sensibilidade para a questão estética. No caso desta doença esta é uma vertente muito importante”. Já 12 participantes consideraram não ter influência. O participante N.º 4 respondeu, “Já tive contacto com diferentes médicos de diferentes idades e sexo e as reações e

a forma de comunicação são sempre diferentes. Penso que a diferença estará na personalidade do médico e não tanto no sexo e idade, a vontade de ouvir e de ajudar”. Também o participante Nº 11 afirmou que *“A disponibilidade e a predisposição para ouvir não são influenciados pela idade e sexo”*. Dois dos participantes não tiveram opinião sobre este tópico.

Quanto à percepção dos participantes sobre se a idade influencia a predisposição do médico para ouvir o utente, 7 participantes consideraram que existem diferenças. O participante Nº 5 afirmou, *“acredito que um médico mais velho não tenha tanta paciência como um médico mais novo”*, e o participante Nº 8 considerou que *“Também reparei que as médicas mais novas tendem a sugerir uma ioga ou pilates, uma alimentação saudável, ou seja, sugerir ou tipo de terapêuticas alternativas que possam melhorar o meu lado emocional e o meu bem-estar físico que possam diretamente ajudar-me”*. Já 10 participantes afirmaram que a idade não tinha influência sobre a predisposição do médico para ouvir o utente. O participante Nº 3 afirmou *“Penso que tem que ver mais com a personalidade dos médicos do que com o sexo e a idade”* e o participante Nº 17 considerou *“tive médicos novos e médicos mais velhos, uns espetaculares e outros nem tanto. Ou seja, não encontro uma relação”*. 2 participantes não têm opinião sobre este tópico.

6. ESTUDO 2 – ESTUDO QUANTITATIVO

6.1. Abordagem Metodológica

Além do estudo qualitativo apresentado nos capítulos anteriores deste trabalho académico, quisemos completar esta tese com um estudo quantitativo de forma a ser um complemento ao estudo qualitativo realizado. Desta forma, recorreremos à lógica de triangulação (Bryman, 2004) que implica a utilização de mais de um método de investigação para ampliar a segurança nos resultados. Ou seja, com estes dois métodos de investigação, qualitativo e quantitativo, pretendemos utilizar diferentes meios para analisar o mesmo problema em estudo, para que haja uma mútua confirmação.

A investigação quantitativa apresenta duas vantagens consideráveis (Choy, 2014). A primeira vantagem tem que ver com o facto de os questionários poderem ser aplicados e avaliados rapidamente. A segunda vantagem prende-se com o facto de os dados numéricos recolhidos através desta abordagem facilitarem comparações entre organizações ou grupos, bem como determinar a extensão de acordo ou desacordo entre os participantes.

Assim, focando-se na perspetiva positivista, recorreremos ao desenvolvimento e aplicação de inquéritos por questionários junto das pessoas com dermatite atópica com vínculo à ADERMAP - Associação Dermatite Atópica Portugal. O objetivo passou por fazer uma comparação dos resultados recolhidos com os obtidos no estudo qualitativo e explorar e existência de correlações entre a idade e o sexo dos médicos e a sua predisposição para comunicar com o utente.

6.2. Delimitação do Objeto de Estudo

O objeto deste estudo é a perceção dos utentes dos serviços de saúde público e privado sobre se a idade e o sexo dos médicos (e a combinação de ambos) afetam a predisposição destes profissionais para comunicar com os primeiros e se estes resultados podem ser mediados pelo tipo de serviço de saúde (público ou privado). Quisemos obter a perceção dos utentes através da recolha de resultados com variáveis como a disponibilidade para receber o utente, para uma escuta ativa, para abordar a parte emocional, abertura a dúvidas, utilização de linguagem de fácil compreensão, resposta aos contactos fora do horário de consulta, explicação dos

tratamentos que prescreve, envolvimento do utente na decisão terapêutica, contacto visual durante a consulta.

6.3. Definição da Amostra

Para o desenvolvimento deste estudo quantitativo recorreremos a um processo de amostragem para a seleção dos indivíduos a participar. A amostragem é um método utilizado para a seleção dos participantes para um estudo (Coutinho, 2022). Por sua vez, a amostra é o conjunto de indivíduos de quem se recolhe a informação e que deve espelhar as mesmas características da população a quem se pretende generalizar os resultados obtidos.

Como já fomos referindo anteriormente, a população-alvo do estudo são pessoas com Dermatite Atópica (DA), contando com o apoio da ADERMAP - Associação Dermatite Atópica Portugal - no recrutamento dos inquiridos para a participação no estudo através do inquérito. A ADERMAP é uma associação sem fins lucrativos com o objetivo de apoiar as pessoas com DA e suas famílias ao mesmo tempo que pretende sensibilizar para o impacto que esta patologia tem na qualidade de vida e nas atividades do dia-a-dia dos doentes. Além disso, promove o interesse por atividades de investigação que possam ajudar a melhorar a vida dos doentes e os resultados em saúde.

A opção pelo estudo da comunicação entre médico e utente no seio das pessoas com dermatite atópica prendeu-se com a abertura da ADERMAP para apoiar a investigação científica e a ligação profissional da investigadora à patologia no âmbito da sua atividade profissional de consultoria de comunicação.

De referir que esta opção teve também como critério a elevada prevalência da patologia na população como já supramencionado. A dermatite atópica tem aumentado em todo o mundo nos últimos 30 anos, sendo atualmente uma das doenças crónicas mais comuns e afetando cerca de um quinto da população dos países desenvolvidos (Silvestre Salvador et al., 2017). Também dados recentes sugerem que em Portugal a dermatite atópica afete cerca de 440 mil portugueses, sendo que 202 mil sofrem de formas moderadas a grave desta doença (Nova IMS, 2020). A dermatite atópica surge geralmente durante os primeiros anos de vida, mas também pode persistir ou surgir durante a vida adulta. Em 45% das crianças, a dermatite atópica ocorre durante os primeiros 6 meses de vida, durante o primeiro ano 60% dessas crianças são afetadas

e 85% são afetadas antes dos cinco anos de idade. De referir também que existe evidência de que a DA tem uma maior prevalência no sexo feminino do que no sexo masculino, sendo independente da faixa etária (Rönmark et al., 2012; Harrop, et al. 2007). Devido à cronicidade, a dermatite atópica é uma das razões mais comuns para consultas de clínica geral, pediatria ou dermatologia. (Pawankar et al., 2013). O nosso estudo foca-se, no entanto, apenas nos adultos e nas consultas junto do médico que os acompanha.

A dermatite atópica tem um impacto significativo ao nível das lesões físicas da pele, tais como a formação de placas acompanhadas por prurido, eritema, exsudação, escoriação, ressecamento, fissuras e liquenificação (Soter, 1989). Apesar das partes visíveis da doença, a dermatite atópica tem um impacto significativo a nível psicológico e emocional. O sucesso no trabalho, as relações amorosas e de amizade são muitas vezes definidas de acordo com o curso da doença. Sintomas de ansiedade e depressão são frequentemente relatados pelos doentes adultos devido às terapêuticas constantes e à falta de uma cura para a doença (Pawankar et al. 2013).

Tal como no guião para as entrevistas coletivas, também o inquérito por questionário foi partilhado previamente com a direção da ADERMAP que, por sua vez, o submeteu à apreciação do seu conselheiro científico, Dr. Pedro Mendes Bastos. Só após a validação do conteúdo do inquérito por questionário procedemos à divulgação do mesmo com a colaboração da ADERMAP.

À semelhança do estudo qualitativo, para este estudo também recorreremos à amostragem não probabilística criterial, na medida em que se selecionou segmentos da população para o estudo de acordo com critérios pré-definidos.

Seguem-se os critérios de inclusão adotados para a seleção dos participantes nos grupos de discussão:

- Utentes do Sistema Nacional de Saúde e sistemas privados;
- Região da grande Lisboa e Porto e utentes de outras regiões do país;
- Idades heterogéneas – superior a 18 anos;
- Acompanhado por um dermatologista ou alergologista;
- Pessoas com dermatite atópica, com vínculo à ADERMAP através de associativismo ou estando inscritas na base de dados da associação para receberem informação.

Na seleção dos participantes dos inquéritos incluímos tanto utentes seguidos nos serviços públicos de saúde como nos privados da região da grande Lisboa, da região do grande Porto e de outras regiões para fazermos uma comparação com os resultados obtidos nas entrevistas coletivas e percebermos se existem ou não diferenças entre médicos dos dois sistemas de saúde e as diferentes áreas de residência. O facto de termos optado por pessoas com mais de 18 anos teve como objetivo uma opinião mais estruturada e sem necessidade de acompanhamento parental. Tendo também em conta que os doentes com dermatite atópica são seguidos por dermatologistas ou alergologistas, profissionais fundamentais na vida destas pessoas para a gestão da sua doença, consideramos que seria um critério importante a incluir na seleção da amostra.

6.4. Procedimento de Recolha de Dados

Após a definição do objeto de estudo e da amostra, tendo já anteriormente sido definidas as variáveis e as hipóteses, prosseguimos para a recolha dos dados. Nas próximas linhas iremos apresentar o procedimento de recolha dos dados.

A recolha de dados através de questionários aconteceu entre o mês de dezembro de 2022 e agosto de 2023 aos associados e não associados da ADERMAP, sendo que todos os participantes tinham o diagnóstico de dermatite atópica. O inquérito por questionário promovido junto desta amostra foi aplicado em formato digital (conforme documento em apêndice). De referir, também, que à semelhança do estudo qualitativo (estudo 1) a ADERMAP não partilhou a sua base de dados com a investigadora de forma a proteger os dados pessoais das pessoas que integram essa mesma base de dados, cumprindo assim o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia (UE), pelo que a divulgação do inquérito por questionário ficou a cargo da associação.

O inquérito por questionário implica apresentar a um conjunto de inquiridos, que normalmente representam uma população, uma série de perguntas relacionadas com a sua situação social, profissional e/ou familiar. Podem ainda questionar sobre as suas opiniões, a sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, as suas expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência sobre um determinado tema, ou, ainda, sobre outros pontos

relevantes ao investigador. O inquérito por questionário na perspetiva sociológica distingue-se por ter como objetivo a verificação de hipóteses teóricas e a análise de correlações que essas hipóteses incutem (Quivy e Campenhoudt, 2005).

Neste estudo quantitativo utilizámos o inquérito por questionário para testar as nossas hipóteses, que é muito semelhante à entrevista, mas dispensa a presença do entrevistador, chamando-se de “administração indireta” (Quivy e Campenhoudt, 2005). Apesar de ser um método mais impessoal, permite um maior alcance e um menor dispêndio de tempo.

A recolha de dados através de inquéritos implica, por regra, o guião de entrevista e o questionário. O guião de entrevista abrange as perguntas e a sequência pela qual têm de ser respondidas, sendo que de acordo com a liberdade que se pretende dar ao entrevistado, as perguntas podem classificar-se em diretivas ou estruturadas, semidiretivas ou semiestruturadas e livres. O questionário pode envolver o mesmo tipo de perguntas que a entrevista, mas devem tomar-se cuidados adicionais uma vez que não existe contacto pessoal entre entrevistador e inquirido (Coutinho, 2022).

No caso deste estudo quantitativo, recorreremos ao questionário onde foram colocadas várias perguntas diretivas ou estruturadas com o objetivo de perceber se na perspetiva dos inquiridos a idade e o sexo do médico influenciavam a sua predisposição para comunicar com os utentes.

Este método de recolha de dados permitiu abranger um elevado número de indivíduos, tendo em conta a sua distribuição territorial em relação ao local de residência, a heterogeneidade da amostra em relação ao sexo dos participantes e o acompanhamento destes em serviços públicos e privados de saúde. Nesse sentido, o inquérito por questionário possibilitou uma recolha de dados mais abundante e mais rápida do que a investigação anterior.

6.4.1 Definição do Questionário e Recolha dos Dados

Depois de realizada a primeira fase do nosso estudo, com uma análise qualitativa à perceção das pessoas com dermatite atópica sobre a predisposição dos médicos para comunicar com os utentes tendo em conta a idade e o sexo destes profissionais, avançamos para a investigação quantitativa através de inquéritos por questionário.

Para a recolha de informação foi elaborado um guião com um conjunto de perguntas e afirmações fechadas a serem respondidas por este grupo de pessoas.

Nesta fase optamos por este tipo de metodologia, permitindo-nos fazer a diferentes entrevistados as mesmas perguntas, logrando assim fazer comparações e análises de uma forma completamente objetiva.

Os questionários são muito úteis para obter informação sobre as atitudes e opiniões dos indivíduos sobre diversas questões, sejam elas sociais, políticas ou ambientais (Clifford et al., 2016). Além disso, este tipo de estudo é interessante pelo facto de permitir reunir informação sobre comportamentos e interações sociais que de outra forma não seria possível avaliar. Contudo, a amostra deve ser selecionada aleatoriamente com capacidade para representar a população em estudo (Preston, 2009).

Este questionário, que recorre a um método quantitativo, teve como objetivo produzir dados, indicadores e tendências tangíveis, devendo ser utilizado para estudar grandes quantidades de dados e classificá-los de modo a serem compreensíveis através das diferentes variáveis (Minayo e Sanches, 1993).

À exceção das questões demográficas e de caracterização da amostra, além das questões referentes à idade e sexo do médico, tempo de consulta e característica mais apreciada pelos utentes em relação a estes profissionais, nos questionários foi aplicada a Escala de Likert com cinco possibilidades de resposta para avaliar o ponto central da nossa investigação: se na perspetiva dos inquiridos a idade e o sexo dos médicos afetam a predisposição dos médicos para comunicar com os utentes. O uso de escalas Likert, que exigem uma resposta graduada a um conjunto de afirmações, é uma forma comum de avaliar as atitudes, valores, estados de humor e julgamentos das próprias pessoas questionadas ou sobre os comportamentos de outros (Mellor e Moore, 2013).

O primeiro bloco de questões, de cariz fechado, teve como objetivo fazer uma caracterização dos participantes no questionário, nomeadamente no que dizia respeito à idade, sexo, área de residência e escolaridade. De seguida, também de carácter fechado, perguntamos aos participantes qual o serviço de saúde (público ou privado) onde eram acompanhados, assim como o sexo e a idade do médico que os seguia, o número de consultas anuais no âmbito da patologia de dermatite atópica, o tempo médio dessas mesmas consultas e a característica que mais apreciavam no seu médico. O último conjunto de questões teve como objetivo de analisar a perceção dos inquiridos em relação a diferentes aspetos de comunicação entre si e o seu

médico, tentando fazer a correlação das mesmas com o sexo e a idade dos médicos. Neste último bloco recorreremos à escala de Likert.

A escala de Likert (1932) foi uma criação de Rensis Likert, tendo o seu artigo “*A Technique for the Measurement of Attitudes*”, publicado em 1932 no *Archive of Psychology*, sido a primeira abordagem a este método. Likert criou a sua própria escala para simplificar a escala de *Thurstone*. A escala de Likert está definida em cinco níveis de resposta – concordo totalmente, concordo, neutro, discordo, discordo totalmente – tendo sido estes níveis aplicados nos questionários realizados.

O questionário desenvolvido foi escrito de raiz, tendo como finalidade a obtenção de respostas a um conjunto de perguntas que visam perceber a perceção dos utentes sobre se as variáveis ‘idade’ e ‘sexo’ dos médicos afetariam a predisposição destes profissionais para comunicarem com os doentes.

Assim, quisemos ter em conta as melhores práticas para o *design*, desenvolvimento e aplicação dos questionários aos indivíduos da nossa amostra. Nesse sentido, para a elaboração do questionário seguimos os ensinamentos de Walonick (2013):

- Evocar a verdade e não incluir perguntas ameaçadoras. Além disso, questionários anónimos produzem respostas mais honestas;
- Pedir resposta a apenas uma dimensão. Uma pergunta que peça uma resposta a mais de uma dimensão não fornece a resposta que se procura.
- Albergar todas as respostas possíveis, como a escolha múltipla por exemplo.
- Ter opções mutuamente exclusivas, ou seja, haver apenas uma resposta correta para a pergunta.
- Produzir uma variabilidade de respostas. Quando uma pergunta não produz variabilidade em respostas ficamos sem saber o que aprendemos com as informações e, assim, não é possível concretizar análises estatísticas sobre o tema.
- As transições entre as perguntas devem seguir uma lógica, pelo que o agrupamento de perguntas semelhantes facilita o preenchimento do questionário.
- Não fazer suposições nas perguntas do questionário.
- Primar pela objetividade, ou seja, não levar o participante a dar a resposta que gostaríamos de receber.

- Não usa palavras ou abreviaturas desconhecidas;
- Evitar a ramificação das perguntas, ou seja, as perguntas não devem depender das respostas anteriores.
- Não pedir ao participante para ordenar ou classificar uma série de mais de cinco itens, tornando-se cada vez mais difícil à medida que o número de itens aumenta e as respostas podem ser menos confiáveis.

Para a recolha das respostas recorreremos ao software de administração de questionários da *Google*, o *Google Forms*. As informações recolhidas foram automaticamente inseridas num ficheiro excel a partir do qual desenvolvemos a análise quantitativa, as relações e as correlações entre as respostas, utilizando a aplicação informática *SPSS Statistics* versão 28.

6.4.2 Recolha dos Dados do Inquérito

Os dados dos inquéritos por questionário foram recolhidos junto de pessoas com dermatite atópica, residentes em todo o país, mas fazendo destaque para as áreas da grande Lisboa e grande Porto, com vínculo ou sem vínculo à ADERMAP - Associação Dermatite Atópica Portugal, entre dezembro de 2022 e agosto de 2023, através do software de formulários *Google Forms*, disponibilizada pela plataforma *Google*.

O questionário foi enviado previamente para a direção da ADERMAP que, por sua vez, o submeteu à apreciação do seu conselho científico de forma a obter o seu parecer. Após esta validação, o inquérito por questionário foi distribuído em formato digital. Para esta distribuição contamos com o apoio da ADERMAP, uma vez que, e como já referido, as bases de dados da entidade não poderiam ser partilhadas por conter informação pessoal dos associados e não associados, como já referido. Desta forma, o questionário foi distribuído através do email da ADERMAP à sua base de dados, tendo sido também partilhado nas redes sociais da associação, designadamente Facebook e Instagram. Foram obtidas um total de 144 respostas ao inquérito, sendo todas elas válidas.

6.5. Método de Análise de Dados Quantitativos

Os dados recolhidos pelos inquéritos por questionário através do *Google Forms* foram alvo de tratamento estatístico, não só através do software Microsoft Excel, mas principalmente pelo SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM-SPSS) versão 28 - um software avançado que apoia na análise estatística e ajuda a garantir alta precisão dos resultados e que permitiu avaliar com maior rigor a perceção dos utentes sobre se o sexo e a idade do médico (e a combinação de ambos) afetam a sua capacidade para comunicação.

6.5.1 Métodos estatísticos utilizados

Para a caracterização da amostra recorreremos à estatística descritiva, através de tabelas de frequências, que nos permite descrever e resumir o conjunto de dados sobre esta mesma amostra. Para as questões em escala de Likert, além das tabelas de frequências, foram calculadas as medidas de distribuição das frequências, como a média e o desvio padrão. A média é a medida de localização do centro da amostra, sendo que esta dá uma boa informação do centro da amostra quando a distribuição dos dados for aproximadamente simétrica. Como a medida de localização mais utilizada é a média, será relativamente a ela que se define a principal medida de dispersão - o desvio padrão. Este último é uma medida que só pode assumir valores não negativos e quanto maior for, maior será a dispersão dos dados (Martins, 2005).

Através do coeficiente de correlação de Spearman procedemos à análise da relação entre a idade e variáveis de comunicação. Quando as variáveis cuja relação se pretende estudar são variáveis ordinais, utilizamos o coeficiente da correlação de Spearman, uma medida estatística utilizada para determinar a relação entre variáveis quantitativas, seja linear ou não linear. O coeficiente da correlação de Spearman mede a relação entre duas variáveis em termos de grau de ordenação e varia entre -1 e 1, com os mesmos significados da correlação de Pearson (Sánchez, 2023). Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a correlação entre as variáveis. O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável. Utilizamos ainda este teste para analisar a correlação entre serviço público e privado onde o médico trabalha, a idade dos médicos e a predisposição para comunicar com o doente.

Desenvolvemos ainda testes não paramétricos - métodos estatísticos baseados em sinais e classificações. Este método aplica-se, por um lado, quando não existe a suposição de normalidade, que especifica que as médias da amostra são normalmente distribuídas ou, por outro lado, quando a distribuição for desconhecida devido ao pequeno tamanho da amostra (Nahm, 2016). A análise estatística não paramétrica difere da análise estatística paramétrica porque se foca na ordem do tamanho dos dados e não no valor dos dados em si, ou seja, usa sinais + ou - ou a classificação de tamanhos de dados. Os testes não paramétricos apresentam a vantagem de se aplicarem a amostras pequenas e há uma menor possibilidade de se chegar a conclusões incorretas.

Para a análise sobre se o sexo dos médicos influencia a sua capacidade para comunicar com os utentes recorremos ao teste U de Mann-Whitney, que é considerado por alguns investigadores como o teste não paramétrico equivalente ao teste t de Student para amostras independentes. O teste U de Mann-Whitney é utilizado para determinar se há diferenças estatisticamente significativas entre dois grupos, que no nosso estudo é o grupo de médicos do sexo feminino e o grupo de médicos do sexo masculino (MacFarland e Yates, 2016). Utilizamos também este teste para verificar a relação entre o serviço saúde dos médicos (público vs. privado), o sexo destes e a predisposição para comunicar com o utente, tendo em conta os itens definidos no questionário.

O teste U de Mann-Whitney coloca as seguintes hipóteses

H0: Não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos

H1: Há diferença estatisticamente significativa entre os grupos

Uma vez que no nosso questionário pedimos aos participantes para indicarem a região onde habitavam, fizemos mais um teste para aferir se haveria entre regiões (área metropolitana de Lisboa, área metropolitana do Porto e outras) diferenças estatisticamente significativas sobre a predisposição dos médicos para comunicar com os utentes. O teste Kruskal-Wallis foi o teste utilizado. Utilizamos também este teste para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a idade do médico e as características que os utentes mais apreciam. Este é um teste não paramétrico que avalia as diferenças entre três ou mais grupos de amostras independentes numa única variável contínua não distribuída normalmente. Dados não distribuídos normalmente, como dados ordinais ou de classificação, são adequados para o teste de Kruskal-Wallis. O teste de Kruskal-Wallis é uma extensão do teste U de Mann-Whitney,

sendo uma forma mais generalizada do teste U de Mann-Whitney e a versão não paramétrica da ANOVA de um fator (McKight e Najab, 2010).

O teste Kruskal-Wallis coloca as seguintes hipóteses:

H0: Não há diferenças estatisticamente significativas entre grupos

H1: Há diferenças estatisticamente significativas entre grupos

Na nossa análise consideramos igualmente importante analisar a relação existente entre o sexo do médico e as características que os utentes mais apreciavam nos médicos. Para esta análise recorreremos ao Teste exato de Fisher-Freeman-Halton, um teste de significância estatística. Apesar de este teste ser utilizado na análise de tabelas de contingência 2×2 quando o tamanho da amostra é pequeno, também pode ser utilizado para qualquer tamanho da amostra (Zhao et al., 2021). O Teste de Fisher faz parte de uma classe de testes exatos, assim chamados porque a significância do desvio de uma hipótese nula (por exemplo, valor P) pode ser calculada com um valor exato.

O teste exato de Fisher-Freeman-Halton coloca as seguintes hipóteses:

H0: Não há diferenças entre a variável da linha e a variável da coluna

H1: Há diferenças entre a variável da linha e a variável da coluna

Este teste é indicado quando o tamanho das duas amostras independentes é pequeno, permitindo determinar a probabilidade exata de ocorrência de uma frequência observada, ou de valores mais extremos.

Neste trabalho, consideraram-se resultados estatisticamente significativos quando o valor prova foi inferior a 5%, e resultados marginalmente significativos quando o valor prova se encontrou entre os 5% e os 10%.

7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO 2

Ao iniciar a nossa análise importa referir que a amostra é constituída por 144 participantes e que nas próximas páginas iremos apresentar os resultados recolhidos de acordo com os blocos de perguntas do inquérito - caracterização da amostra, caracterização do médico que acompanha o inquirido e caracterização da relação de comunicação entre o médico e o utente (participante).

Desta forma, começamos por apresentar os dados através de uma estatística descritiva, que nos dá a conhecer a distribuição das respostas perante as perguntas colocadas no questionário.

7.1. Apresentação dos Resultados dos Inquéritos por Questionário

7.1.1 Caracterização Sociodemográfica da amostra

Ao iniciar a nossa análise de resultados, avançamos com uma caracterização sociodemográfica dos participantes no questionário.

Na resposta à questão n.º 1 “Região onde habita”, através da tabela n.º 1, verificámos que 61 participantes, correspondendo a 42,4% da amostra, afirmou residir na zona da Grande Lisboa e 27 inquiridos, 18,8%, residia na zona do grande Porto. Já 56 indivíduos, ou seja 38,9% dos participantes, afirmou não residir em nenhuma destas zonas, de acordo com a tabela n.º 1, num total de 144 inquéritos válidos analisados.

Tabela n.º 1 – Tabela de frequências 1. Residência do Inquirido

<i>Região de Residência</i>		
	Frequência	Percentagem
<i>AM Lisboa</i>	61	42,4
<i>AM Porto</i>	27	18,8
<i>N/A</i>	56	38,9
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

No que diz respeito à idade dos participantes, que corresponde à questão n.º 2 do questionário, na tabela n.º 2, verificou-se que 43 participantes tinham idade compreendida entre os 18 e os 30 anos, 35 elementos apresentavam uma idade entre 31 e 40 anos, 49 indivíduos indicaram ter idade entre os 41 e os 50 anos e 11 respondentes têm idade entre 51 e 60 anos. Apenas seis participantes indicaram ter mais de 60 anos. Em termos de percentagem a mesma distribui-se da seguinte forma: 29,9% dos indivíduos tinha entre 18 e os 30 anos, 24,3% entre os 31 e os 40, 34% entre os 41 e os 50, 7,6% entre os 51 e os 60 e 4,2% mais de 60 anos de idade.

Tabela n.º 2 – Tabela de frequências 2. Idade do Inquirido

<i>Idade</i>		
	Frequência	Percentagem
<i>18-30</i>	43	29,9
<i>31-40</i>	35	24,3
<i>41-50</i>	49	34,0
<i>51-60</i>	11	7,6
<i>60+</i>	6	4,2
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

A questão n.º 3 refere-se ao sexo dos participantes, sendo que a amostra foi composta por 112 elementos do sexo feminino e 32 do sexo masculino, o que corresponde a uma percentagem de 77,8% de mulheres e 22,2% de homens, de acordo com a tabela n.º 3.

Tabela n.º 3 – Tabela de frequências 3. Sexo do Inquirido

<i>Sexo</i>		
	Frequência	Percentagem
<i>Feminino</i>	112	77,8
<i>Masculino</i>	32	22,2
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

No que diz respeito ao nível de habilitações literárias dos inquiridos, questão n.º 4, 97 participantes responderam deter o ensino superior, ou seja 67,4%, já 44, ou seja 30,6% dos participantes afirmaram ter o ensino secundário e 3 elementos, isto é 2,1%, o ensino básico, como se pode verificar na tabela n.º 4.

Tabela n.º 4 – Tabela de frequências 4. Escolaridade do Inquirido

<i>Escolaridade</i>		
	Frequência	Percentagem
<i>Básico</i>	3	2,1
<i>Secundário</i>	44	30,6
<i>Superior</i>	97	67,4
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

7.1.2 Caracterização da consulta pela amostra

a. Serviço de saúde dos participantes

Neste estudo quantitativo, quisemos também saber o número de elementos seguidos no sistema de saúde público e no sistema de saúde privado, corresponde à pergunta n.º 5. Nesse sentido e de acordo com a tabela n.º 5 que espelha os dados recolhidos, do total dos inquiridos, 86 indivíduos eram seguidos nos serviços públicos de saúde, o que corresponde a 59,7% da amostra, e 58 elementos eram seguidos nos serviços de saúde privados, ou seja 40,3% da amostra.

Tabela n.º 5 – Tabela de frequências 5. Serviço de saúde do Inquirido

<i>Serviço de Saúde</i>		
	Frequência	Percentagem
<i>Privado</i>	58	40,3
<i>Público</i>	86	59,7
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

b. N.º de consultas anuais dos participantes

Na pergunta n.º 6 quisemos saber o número de consultas anuais no âmbito da gestão da doença dermatite atópica. Nesta análise fizemos ainda o desdobramento entre utentes seguidos no serviço público de saúde e utentes seguidos no serviço privado de saúde.

Assim, e como se pode verificar na tabela n.º 6, 75 participantes, ou seja 52,1%, afirmou ser consultado 1 a 2 vezes por ano. Já 40 elementos, correspondente a 27,8% dos inquiridos, indicou que ia ao médico entre 3 a 4 vezes por ano. Já 29 indivíduos, 20,1% dos participantes, afirmou ter mais de 5 consultas anuais para a gestão da sua doença.

Tabela n.º 6 – Tabela de frequências 6. N.º de consultas anuais do Inquirido

N.º Consultas anuais

	Frequência	Percentagem
<i>1-2 vezes</i>	75	52,1
<i>3-4 vezes</i>	40	27,8
<i>5 ou mais vezes</i>	29	20,1
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

No que diz respeito ao serviço de saúde, percebemos ao analisar a tabela n.º 7 que 58 participantes são seguidos no serviço privado de saúde. Destes 58 inquiridos 27, ou seja 46%, afirmou ser consultado 1 a 2 vezes por ano. Já 19 elementos, correspondente a 33% dos inquiridos, indicou ir ao médico entre 3 a 4 vezes por ano, enquanto que 12 participantes, 21% dos respondentes, afirmou ter mais de 5 consultas anuais para a gestão da sua doença.

Tabela n.º 7 – Tabela de frequências 7. N.º de consultas anuais do Inquirido no Serviço Privado de Saúde

N.º Consultas anuais Serviço Privado de Saúde

	Frequência	Percentagem
<i>1-2 vezes</i>	27	46,0
<i>3-4 vezes</i>	19	33,0
<i>5 ou mais vezes</i>	12	21,0
<i>Total</i>	58	100,0

Fonte: Autor

Com a análise à tabela n.º 8 verificamos que 86 participantes são seguidos no serviço público de saúde. Destes 86 inquiridos 48, ou seja 56%, afirmou ser consultado 1 a 2 vezes por ano. Já 21 participantes, correspondente a 24% dos inquiridos, indicou ir ao médico entre 3 a 4

vezes por ano, enquanto que 17 participantes, 20% dos respondentes, afirmou ter mais de 5 consultas anuais para a gestão da sua doença.

Tabela n.º 8 – Tabela de frequências 8. N.º de consultas anuais do Inquirido no Serviço Público de Saúde

<i>N.º Consultas anuais Serviço Público de Saúde</i>		
	Frequência	Percentagem
<i>1-2 vezes</i>	48	56,0
<i>3-4 vezes</i>	21	24,0
<i>5 ou mais vezes</i>	17	20,0
<i>Total</i>	86	100,0

Fonte: Autor

c. Sexo dos médicos dos participantes

Analizamos aqui a distribuição do sexo dos médicos que acompanham os inquiridos no âmbito da gestão da dermatite atópica. Nesta análise fizemos ainda o desdobramento entre médicos do serviço público de saúde e médicos do serviço privado de saúde.

Em relação ao sexo dos médicos que acompanham os participantes (pessoas com dermatite atópica) no âmbito da sua patologia, e que questionamos na pergunta n.º 9, 82 participantes, ou seja 56,9% dos inquiridos, afirmou ser seguido por um médico do sexo feminino e 62 indivíduos, 43,1% da amostra, afirmou ser seguido por um médico do sexo masculino, conforme mostra a tabela n.º 9.

Tabela n.º 9 – Tabela de frequências 9. Sexo do médico do Inquirido

<i>Sexo do médico</i>		
	Frequência	Percentagem
<i>Feminino</i>	82	56,9
<i>Masculino</i>	62	43,1
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

Em relação ao sexo dos médicos que acompanham os participantes no serviço privado de saúde, 29 participantes, ou seja 50% dos inquiridos, afirmou ser seguido por um médico do sexo feminino e 29 indivíduos, 50% da amostra, afirmou ser seguido por um médico do sexo masculino, conforme mostra a tabela n.º 10.

Tabela n.º 10 – Tabela de frequências 10. Sexo do médico do Inquirido – Serviço Privado de Saúde

<i>Sexo do médico Serviço Privado de Saúde</i>		
	Frequência	Porcentagem
<i>Feminino</i>	29	50,0
<i>Masculino</i>	29	50,0
<i>Total</i>	58	100,0

Fonte: Autor

No que concerne ao sexo dos médicos que acompanham os participantes no serviço público de saúde, 53 participantes, ou seja 62% dos inquiridos, afirmou ser seguido por um médico do sexo feminino e 33 indivíduos, 38% da amostra, afirmou ser seguido por um médico do sexo masculino, conforme mostra a tabela n.º 11.

Tabela n.º 11 – Tabela de frequências 11. Sexo do médico do Inquirido – Serviço Público de Saúde

<i>Sexo do médico Serviço Público de Saúde</i>		
	Frequência	Porcentagem
<i>Feminino</i>	53	62,0
<i>Masculino</i>	33	38,0
<i>Total</i>	86	100,0

Fonte: Autor

d. Idade dos médicos dos participantes

Questionamos também, na pergunta n.º 8, sobre a idade do médico que seguia os inquiridos, tendo feito também o desdobramento entre médicos do serviço público de saúde e médicos do serviço privado de saúde.

Assim, o estudo revelou, como se verifica na tabela n.º 12, que 4 participantes, 2,8%, são seguidos por médicos entre os 20 e os 29 anos. 47 participantes, 32,6%, eram seguidos por um médico com idade compreendida entre os 30 e os 39 anos. 54 dos inquiridos, 37,5%, afirmaram ser consultados por médicos entre os 40 e os 49 anos de idade. Já 25 indivíduos, 17,4% dos participantes, indicaram ser seguidos por médicos entre os 50 e os 59 anos. Com menos expressão, 10 elementos, 6,9%, indicaram ser seguidos por médicos entre os 60 e os 69 anos de idade e apenas 4 pessoas, 2,8%, revelaram serem seguidas por médico com idade superior a 70 anos.

Tabela n.º 12 – Tabela de frequências 12. Idade do médico do Inquirido

<i>Idade do médico</i>		
	Frequência	Percentagem
<i>20-29</i>	4	2,8
<i>30-39</i>	47	32,6
<i>40-49</i>	54	37,5
<i>50-59</i>	25	17,4
<i>60-69</i>	10	6,9
<i>Mais de 70</i>	4	2,8
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

No que diz respeito ao serviço privado de saúde, como se verifica na tabela n.º 13, 17 participantes, 29%, indicaram ser seguidos por um médico com idade compreendida entre os 30 e os 39 anos. 23 dos inquiridos, 40%, afirmaram ser consultados por médicos entre os 40 e os 49 anos de idade. Já 7 indivíduos, 12% dos participantes, indicaram ser seguidos por médicos entre os 50 e os 59 anos. Também 7 elementos, 12%, indicaram ser seguidos por médicos entre

os 60 e os 69 anos de idade e apenas 4 pessoas, 7%, revelaram serem seguidas por médico com idade superior a 70 anos.

Tabela n.º 13 – Tabela de frequências 13. Idade do médico do Inquirido Serviço Privado de Saúde

<i>Idade do médico Serviço Privado de Saúde</i>		
	Frequência	Porcentagem
<i>20-29</i>	0	0,0
<i>30-39</i>	17	29,0
<i>40-49</i>	23	40,0
<i>50-59</i>	7	12,0
<i>60-69</i>	7	12,0
<i>Mais de 70</i>	4	7,0
<i>Total</i>	58	100,0

Fonte: Autor

Quanto ao serviço público de saúde, como se verifica na tabela n.º 14, 4 participantes, 5%, afirmaram ser seguidos por médicos entre os 20 e os 29 anos. 30 participantes, 35%, eram seguidos por um médico com idade compreendida entre os 30 e os 39 anos. 31 dos inquiridos, 36%, afirmaram ser consultados por médicos entre os 40 e os 49 anos de idade. Já 18 indivíduos, 21% dos participantes, indicarem ser seguidos por médicos entre os 50 e os 59 anos. Com menos expressão, 3 elementos, 3%, indicaram ser seguidos por médicos entre os 60 e os 69 anos de idade. No serviço público de saúde nenhum inquirido indicou ser seguido por médico com idade superior a 70 anos.

Tabela n.º 14 – Tabela de frequências 14. Idade do médico do Inquirido Serviço Público de Saúde

<i>Idade do médico Serviço Público de Saúde</i>		
	Frequência	Porcentagem
<i>20-29</i>	4	5,0
<i>30-39</i>	30	35,0
<i>40-49</i>	31	36,0
<i>50-59</i>	18	21,0

<i>60-69</i>	3	3,0
<i>Mais de 70</i>	0	0,0
<i>Total</i>	86	100,0

Fonte: Autor

e. Característica que os participantes mais apreciam no seu médico

Quisemos saber, também, junto dos inquiridos quais as características que mais apreciavam no seu médico conforme pergunta n.º 9. Assim, 38,9% dos participantes afirmaram o conhecimento clínico como a característica que mais valorizavam. 22,9% referiram a disponibilidade do médico para atender o utente, enquanto que 18,1% apontaram a abertura a dúvidas e 10,4% dos participantes afirmaram a simpatia. 2,8% dos inquiridos referira a despreocupação com o tempo da consulta como a característica que mais apreciavam no seu médico, sendo que 2,1% apreciava tudo no seu médico e 4,9% não apreciava nenhuma das características do médico referidas do inquérito, como podemos verificar na tabela n.º 15.

Tabela n.º 15 – Tabela de frequências 15. Característica que os participantes mais apreciam no seu médico

<i>Característica que mais gosta no médico</i>		
	Frequência	Percentagem
<i>Abertura a dúvidas</i>	26	18,1
<i>Conhecimento clínico</i>	56	38,9
<i>Despreocupação com o tempo da consulta</i>	4	2,8
<i>Disponibilidade para atender</i>	33	22,9
<i>Simpatia</i>	15	10,4
<i>Nenhuma</i>	7	4,9
<i>Todas as descritas</i>	3	2,1
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

f. Tempo médio da duração da consulta

Quanto a este tópico espelhado na pergunta n.º 10 do inquérito, quisemos saber quanto tempo em média demoravam as consultas com os médicos. 47 participantes, 32,6%, afirmaram que a sua consultava demorava em média 20 minutos, mas 4 elementos, 2,8%, afirmaram não demorara mais de 5 minutos. Já 27 elementos, 18,8%, indicaram que a sua consulta apenas demorava 10 minutos e 39 indivíduos, 27,1% dos inquiridos, afirmaram que a sua consultava demorava cerca de 15 minutos. 27 participantes, 18,8%, indicaram mais de 20 minutos como o tempo médio das consultas. Os valores encontram-se registados na tabela n.º 16.

Tabela n.º 16 – Tabela de frequências 16. Tempo médio da duração da consulta

<i>Tempo de consulta</i>		
	Frequência	Percentagem
<i>5 minutos</i>	4	2,8
<i>10 minutos</i>	27	18,8
<i>15 minutos</i>	39	27,1
<i>20 minutos</i>	47	32,6
<i>Mais 20 minutos</i>	27	18,8
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

7.1.3 Caracterização da Relação de comunicação entre médico e utente

Utilizando a escala de Likert, os participantes do questionário foram desafiados a responderem a algumas questões sobre a sua relação de comunicação com o seu médico no âmbito da patologia da dermatite atópica. O objetivo deste questionário foi conhecer a perceção dos utentes sobre se a idade e o sexo do médico influenciam a relação de comunicação com o utente. As questões m., n., o., p. e q. por estarem formuladas na negativa foram inicialmente invertidas para podermos fazer a comparação dos dados

Numa visão geral é possível perceber na tabela n.º 17 que existe uma relação positiva entre o médico e o utente, não analisando ainda aqui a questão do sexo e da idade deste

profissional de saúde. Apenas a disponibilidade do médico para contactos fora da consulta apresenta uma média mais baixa, mas ainda assim positiva, 3,20.

Tabela n.º 17 – Tabela de frequências 17. Relação de comunicação entre médico e utente

<i>Item</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
<i>1. Disponibilidade para receber o utente</i>	2	11	30	35	66	4,06	1,050
<i>2. Médico com escuta ativa na consulta</i>	5	5	20	36	78	4,23	1,043
<i>3. Médico aborda a parte emocional do utente</i>	10	15	24	43	52	3,78	1,237
<i>4. Médico esclarece todas as dúvidas</i>	5	6	19	40	74	4,19	1,046
<i>5. Médico recorre a uma linguagem de fácil compreensão</i>	3	2	19	41	79	4,33	0,907
<i>6. Médico explica tratamentos e exames que prescreve</i>	2	3	22	40	77	4,30	0,901
<i>7. Médico deixa colocar todas as questões importantes</i>	4	8	14	33	84	4,28	1,042
<i>8. Médico certifica-se de que não há dúvidas quanto ao que foi falado e decidido em consulta</i>	6	13	21	45	59	3,96	1,140
<i>9. Médico envolve no processo de decisão terapêutica, valorizando a opinião do utente</i>	11	11	17	48	57	3,90	1,227
<i>10. Médico interessa-se pelo utente e não apenas pela doença</i>	9	20	27	35	53	3,72	1,266
<i>11. Médico responde aos contactos fora do horário de consulta</i>	39	9	29	22	46	3,20	1,589
<i>12. Médico explica várias vezes as indicações terapêutica</i>	10	22	35	33	44	3,55	1,262
<i>13. Desde que utente é seguido por este médico que a doença se encontra estável</i>	13	14	27	40	50	3,69	1,286
<i>14. Utente não tem dificuldades em perceber a informação que o médico passa</i>	2	6	16	26	94	4,42	0,942
<i>15. Médico não utiliza uma linguagem muito técnica</i>	3	12	20	41	68	4,10	1,063

16. O médico não está preocupado em cumprir o horário da consulta	11	11	38	33	51	3,71	1,240
17. Médico não interrompe o utente e deixa terminar de falar	2	4	17	26	95	4,44	0,907
18. Médico não está focado no computador durante a consulta	8	14	23	36	63	3,92	1,220

Os valores indicados reportam-se à escala de Likert: 1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Neutro; 4- concordo; 5- Concordo totalmente

Fonte: Autor

a. Disponibilidade do médico para receber o utente

Em relação à disponibilidade de médico para receber o utente, como se verifica na tabela n.º 18, 45,8% concorda totalmente que o seu médico está disponível para os receber, sendo que 24,3% concorda que o seu médico está disponível para os receber. Já 20,8% dos participantes nem concorda nem discorda em relação a esse tópico, ao contrário de 7,6% dos inquiridos que discorda que o seu médico esteja disponível e 1,4% que discorda totalmente.

Tabela n.º 18 – Tabela de frequências 18. Disponibilidade do médico para receber o utente

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
1	2	1,4
2	11	7,6
3	30	20,8
4	35	24,3
5	66	45,8
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

b. O médico apresenta uma escuta ativa durante a consulta

Em relação à questão sobre se o médico tem uma escuta ativa durante a consulta, na tabela n.º 19, 25% dos inquiridos concorda e 54,2% concorda totalmente. Já 13,9% dos participantes não concorda nem discorda em relação a este tópico, ao passo que 3,5% discorda e 3,5% discorda totalmente, demonstrando que o médico não tem uma escuta ativa durante a consulta.

Tabela n.º 19 – Tabela de frequências 19. Médico apresenta uma escuta ativa durante a consulta

	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
1	5	3,5
2	5	3,5
3	20	13,9
4	36	25
5	78	54,2
Total	144	100,0

Fonte: Autor

c. O médico aborda os pensamentos, preocupações, sentimentos e expectativas sobre o problema de saúde do utente

No que diz respeito à abordagem dos pensamentos, preocupações, sentimentos e expectativas do utente sobre o problema de saúde, através da tabela n.º 20, continuamos a verificar uma faixa dos participantes em que a maioria concorda que o seu médico assume esta postura, sendo que 29,9% dos participantes concorda e 36,1% concorda totalmente. 16,7% dos inquiridos afirmou nem concordar nem discordar em relação a este tópico. Já 10,4% discorda com esta afirmação em relação ao seu médico e 6,9% discorda totalmente.

Tabela n.º 20 – Tabela de frequências 20. Médico aborda os pensamentos, preocupações, sentimentos e expectativas sobre o problema de saúde do utente

	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
<i>1</i>	10	6,9
<i>2</i>	15	10,4
<i>3</i>	24	16,7
<i>4</i>	43	29,9
<i>5</i>	52	36,1
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

d. O médico esclarece todas as dúvidas do utente

Em relação a esta questão, a tabela nº 21 revela que 51,4% dos inquiridos disse concordar totalmente com a afirmação de que o seu médico esclarece todas as dúvidas e 27,8% concorda com este tópico. 13,2% dos participantes nem concorda nem discorda e 4,2% discorda e 3,5% discorda totalmente.

Tabela n.º 21 – Tabela de frequências 21. Médico esclarece todas as dúvidas do utente

	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
<i>1</i>	5	3,5
<i>2</i>	6	4,2
<i>3</i>	19	13,2
<i>4</i>	40	27,8
<i>5</i>	74	51,4
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

e. O médico recorre sempre a uma linguagem de fácil compreensão

Sobre o facto de o médico recorrer a uma linguagem de fácil compreensão, 28,5% concorda e 54,9% concorda totalmente. Já 13,2% nem concorda nem discorda, 1,4% discorda e 2,1% discorda totalmente em relação a esta afirmação como se verifica na tabela n.º 22.

Tabela n.º 22 – Tabela de frequências 22. Médico recorre sempre a uma linguagem de fácil compreensão

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
<i>1</i>	3	2,1
<i>2</i>	2	1,4
<i>3</i>	19	13,2
<i>4</i>	41	28,5
<i>5</i>	79	54,9
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

f. O médico explica sempre os tratamentos e exames que me prescreve

Em relação à afirmação de que o médico explica sempre os tratamentos e exames que me prescreve, a tabela n.º 23 revela que 27,8% dos participantes concorda e 53,5% concorda totalmente. 15,3% nem concorda nem discorda. Apenas 2,1% discorda e 1,4% dos participantes afirma discordar totalmente desta afirmação.

Tabela n.º 23 – Tabela de frequências 23. O médico explica sempre os tratamentos e exames que me prescreve

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
1	2	1,4
2	3	2,1
3	22	15,3
4	40	27,8
5	77	53,5
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

g. O médico deixa o utente à vontade para colocar todas as questões que considera importantes

No que diz respeito a este tópico do questionário, a tabela n.º 24 espelha que 58,3% dos inquiridos respondeu que concorda totalmente que se sente à vontade para colocar todas as questões que considera importantes e 22,9% concorda com o mesmo. 10,4% dos participantes afirmou não concordar nem discordar, sendo que 5,6 e 2,8% discorda e discorda totalmente respetivamente.

Tabela n.º 24 – Tabela de frequências 24. Médico deixa o utente à vontade para colocar todas as questões que considera importantes

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
1	4	2,8
2	8	5,6
3	15	10,4
4	33	22,9
5	84	58,3
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

h. O médico certifica-se de que não existem dúvidas por parte do utente quanto ao que foi falado e decidido em consulta

Quanto a esta afirmação, a tabela n.º 25 revela que 41,0% dos inquiridos concorda totalmente com a mesma e 31,3% afirma concordar. Por seu turno, 14,6% dos participantes tem uma opinião neutra em relação a este tópico. 9,0%, no entanto, discordo desta afirmação e 4,2% discorda totalmente.

Tabela n.º 25 – Tabela de frequências 25. Médico certifica-se de que não existem dúvidas por parte do utente quanto ao que foi falado e decidido em consulta

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
<i>1</i>	6	4,2
<i>2</i>	13	9,0
<i>3</i>	21	14,6
<i>4</i>	45	31,3
<i>5</i>	59	41,0
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

i. O médico envolve o utente no processo de decisão terapêutica, valorizando a sua opinião

Quando questionados sobre se o médico envolve os envolve no processo de decisão terapêutica, a tabela n.º 26 revela que 33,3% dos participantes concorda e 39,6% concorda totalmente. 11,8% dos inquiridos não concorda nem discorda. Já 7,6% dos inquiridos revelou discordar e discordar totalmente na mesma percentagem.

Tabela n.º 26 – Tabela de frequências 26. Médico envolve o utente no processo de decisão terapêutica, valorizando a sua opinião

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
1	11	7,6
2	11	7,6
3	17	11,8
4	48	33,3
5	57	39,6
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

j. O médico interessa-se pelo utente e não apenas pela sua doença

36,8% dos participantes do questionário afirmou concordar totalmente que o seu médico se interessa pelo utente e não apenas pela sua doença, sendo que 24,3% afirmou apenas concordar. Já 18,8% não concorda nem discorda e 13,9% discorda da afirmação. Apenas 6,3% afirmou discordar totalmente como se verifica na tabela n.º 27.

Tabela n.º 27 – Tabela de frequências 27. Médico interessa-se pelo utente e não apenas pela sua doença

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
1	9	6,3
2	20	13,9
3	27	18,8
4	35	24,3
5	53	36,8
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

k. O médico responde aos contactos fora do horário de consulta

Em relação a este tópico do questionário, a maioria dos inquiridos como se verifica na tabela n.º 28, 31,9%, afirmou concordar totalmente com este tópico, ao passo que 15,3% responderam apenas concordar. Contudo, 6,3% discordam e 26,4% discordam totalmente com esta afirmação, revelando assim que o seu médico não se encontra disponível fora do horário das consultas. 20,1% dos participantes não concorda nem discorda.

Tabela n.º 28 – Tabela de frequências 28. Médico responde aos contactos fora do horário de consulta

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
<i>1</i>	38	26,4
<i>2</i>	9	6,3
<i>3</i>	29	20,1
<i>4</i>	22	15,3
<i>5</i>	46	31,9
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

l. O meu médico explica várias vezes as indicações terapêuticas

Em relação à afirmação sobre se o médico explica várias vezes as indicações terapêuticas, a tabela n.º 29 revela que 30,6% dos participantes afirmou concordar totalmente com esta afirmação e 22,9% afirmou concordar. Já 24,3% não concorda nem discordo. 15,3% dos inquiridos discorda e 6,9% revelou discordar totalmente desta afirmação.

Tabela n.º 29 – Tabela de frequências 29. Médico explica várias vezes as indicações terapêuticas

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
1	10	6,9
2	22	15,3
3	35	24,3
4	33	22,9
5	44	30,6
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

m. Desde que o utente é seguido pelo médico atual que a sua doença se encontra estável

A tabela n.º 30 mostra que 34,7% dos participantes afirmou concordar totalmente com esta afirmação e 27,8% afirmou concordar, passando desta forma a ideia de que a maioria dos doentes inquiridos considera a sua doença controlada desde que é seguido pelo médico atual. Já 18,8% mostrou-se neutra em relação a esta questão. 9,7% dos inquiridos discorda e 9,0% discorda totalmente.

Tabela n.º 30 – Tabela de frequências 30. Desde que o utente é seguido pelo médico atual que a sua doença se encontra estável

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
1	13	9,0
2	14	9,7
3	27	18,8
4	40	27,8
5	50	34,7
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

n. Utente não tem dificuldades em perceber a informação que o médico transmite

A tabela n.º 31 revela que 65,3% dos inquiridos concorda totalmente e 18,1% concorda que não tem dificuldades em perceber a informação transmitida pelo médico. Contudo, 11,1% mostra-se neutra em relação a esta afirmação e 4,2% dos participantes discorda deste ponto. Apenas 1,4% discorda totalmente.

Tabela n.º 31 – Tabela de frequências 31. Utente não tem dificuldades em perceber a informação que o médico transmite

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
1	2	1,4
2	6	4,2
3	16	11,1
4	26	18,1
5	94	65,3
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

o. Médico não utiliza uma linguagem muito técnica

Perante esta questão, na tabela n.º 32 verifica-se que 47,2% dos participantes concorda totalmente e 28,5% concorda que o seu médico não utiliza uma linguagem muito técnica. Contudo, 8,3% e 2,1% dos inquiridos discorda ou discorda totalmente com esta afirmação, ou seja, que o seu médico não recorre a uma linguagem muito tecnicista. 13,9% tem uma opinião neutra.

Tabela n.º 32 – Tabela de frequências 32. Médico não utiliza uma linguagem muito técnica

	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
1	3	2,1
2	12	8,3
3	20	13,9
4	41	28,5
5	68	47,2
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

p. Médico não se mostra preocupado em cumprir o horário da consulta

Em relação a este ponto, a maioria dos inquiridos revelou concordar ou concordar totalmente, 22,9% e 35,4% respetivamente, pelo que entendemos que para estes participantes os médicos não estão preocupados em cumprir o horário de consulta pré-estabelecido. Já 26,4% tem uma opinião neutra em relação a este tópico. 7,6% discorda desta afirmação e na mesma percentagem discorda totalmente como revela a tabela n.º 33.

Tabela n.º 33 – Tabela de frequências 33. Médico não se mostra preocupado em cumprir o horário da consulta

	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
1	11	7,6
2	11	7,6
3	38	26,4
4	33	22,9
5	51	35,4
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

q. Médico não interrompe e deixa terminar de falar

Na tabela n.º 34 verifica-se que 66% dos participantes deste estudo concorda totalmente que o médico não os interrompe e os deixe terminar de falar. 18,1% concorda com esta afirmação e 11,8% nem concorda nem discorda. Apenas 2,8% dos inquiridos discorda e 1,4% discorda totalmente, ou seja, o médico interrompe e não deixa o utente acabar de expor os seus pontos de vista.

Tabela n.º 34 – Tabela de frequências 34. Médico não interrompe e deixa terminar de falar

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
1	2	1,4
2	4	2,8
3	17	11,8
4	26	18,1
5	95	66,0
Total	144	100,0

Fonte: Autor

r. Médico não está focado no computador durante a consulta

Quanto à questão de o médico não estar focado no computador durante a consulta, a tabela n.º 35 mostra que 43,8% concorda totalmente e 25% concorda com esta afirmação em relação ao seu médico. Já 16% mostra-se neutra quanto a esse tópico. Apenas 9,7% discorda que o seu médico não esteja focado no computador durante a consulta e 5,6% discorda totalmente.

Tabela n.º 35 – Tabela de frequências 35. Médico não está focado no computador durante a consulta

	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
1	8	5,6
2	14	9,7
3	23	16,0
4	36	25,0
5	63	43,8
<i>Total</i>	144	100,0

Fonte: Autor

7.1.4 Verificação da hipótese referente à influência da idade do médico na sua predisposição para comunicar com o utente

Uma vez que as variáveis em análise são ordinais foi utilizada a correlação não paramétrica de Spearman (RS). O coeficiente da correlação de Spearman é um caso especial do coeficiente da correlação de Pearson (Wiśniewski, 2022). Os dois são instrumentos basilares para analisar a relação entre duas variáveis, mas têm algumas diferenças significativas. Enquanto que o coeficiente da correlação de Pearson é uma medida estatística para determinar a relação linear entre duas variáveis quantitativas, o coeficiente da correlação de Spearman é uma medida estatística utilizada para determinar a relação linear ou não linear entre duas variáveis quantitativas e a relação de ordem entre elas (Sánchez, 2023). O coeficiente da correlação de Spearman mede a relação entre duas variáveis em termos de grau de ordenação e varia entre -1 e 1, com os mesmos significados da correlação de Pearson.

Recorremos também ao teste Kruskal-Wallis, uma vez que pretendemos perceber se existe relação entre a idade do médico e a característica que os utentes mais apreciam.

a. Relação entre a idade do médico e a predisposição para comunicar com utente

Escolhemos analisar em conjunto as variáveis de comunicação que definimos no questionário, dado que todas elas contribuem para o estabelecimento de uma relação bem-sucedida de comunicação entre médico e utente. Além disso, da análise conjunta, será possível correlacionar e verificar diretamente a idade do médico e as variáveis que influenciam a

comunicação com o utente, de acordo com a percepção dos inquiridos, tal como espelhado na tabela n.º 36.

Tabela n.º 36. Relação de comunicação entre médico e utente tendo em conta a idade do médico

	<i>Idade do Médico</i>	
	<i>R_s</i>	<i>p</i>
<i>Disponibilidade para receber utente</i>	0,043	0,605
<i>Médico com escuta ativa na consulta</i>	0,105	0,210
<i>Médico aborda a parte emocional do utente</i>	0,053	0,525
<i>Médico esclarece todas as dúvidas</i>	0,101	0,227
<i>Médico recorre a uma linguagem de fácil compreensão</i>	-0,035	0,679
<i>Médico explica tratamentos e exames que prescreve</i>	0,034	0,686
<i>Médico deixa colocar todas as questões importantes</i>	0,078	0,351
<i>Médico certifica-se de que não há dúvidas quanto ao que foi falado e decidido em consulta</i>	0,053	0,525
<i>Médico envolve no processo de decisão terapêutica, valorizando a opinião do utente</i>	0,027	0,749
<i>Médico interessa-se pelo utente e não apenas pela doença</i>	0,093	0,269
<i>Médico responde aos contactos fora do horário de consulta</i>	0,066	0,430
<i>Médico explica várias vezes as indicações terapêuticas</i>	0,049	0,562
<i>Desde que utente é seguido por este médico que a doença se encontra estável</i>	0,074	0,376
<i>Utente não tem dificuldades em perceber a informação que o médico passa</i>	0,025	0,770
<i>Médico não utiliza uma linguagem muito técnica</i>	-0,034	0,690
<i>O médico não está preocupado em cumprir o horário da consulta</i>	,326*	< 0,001

<i>Médico não interrompe o utente e deixa terminar de falar</i>	0,093	0,270
<i>Médico não está focado no computador durante a consulta</i>	0,103	0,218

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (1 extremidade).

Fonte: Autor

Para a análise desta correlação definimos a hipótese nula e a hipótese alternativa:

H0: Idade dos médicos não se correlaciona com as diversas variáveis de comunicação

H1: Idade dos médicos correlaciona-se com as diversas variáveis de comunicação

Da análise à tabela n.º 36, de acordo com a perceção dos participantes, verifica-se apenas uma correlação estatisticamente significativa entre uma variável de comunicação e a idade do médico. Desta forma, conseguimos perceber que quanto maior a idade do médico menor a preocupação em cumprir o horário da consulta ($p < 0,001$), logo nesta vertente há evidência para rejeitar a hipótese nula (H0).

Em relação às correlações entre a idade do médico e as restantes variáveis não se encontraram correlações estatisticamente significativas. Ou seja, as restantes variáveis de comunicação apresentadas não variam de acordo com a idade do médico.

b. Relação entre a idade do médico e a característica que os utentes mais apreciam

Uma vez que pretendemos perceber se na perspetiva dos participantes existe relação entre a idade do médico e a característica que os utentes mais apreciam recorreremos a um teste Kruskal-Wallis e que se espelha na tabela n.º 37. O teste Kruskal-Wallis é um teste não paramétrico que avalia as diferenças entre três ou mais grupos de amostras independentes numa única variável contínua não distribuída normalmente.

Tabela n.º 37. Relação entre a idade do médico e a característica que o utente mais aprecia

		20-29		30-39		40-49		50-59		60-69		Mais de 70		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
	<i>Abertura a dúvidas</i>	0	0%	1 3	50%	9	34,6%	3	11,5%	1	3,8%	0	0%	26
	<i>Conhecimento clínico</i>	3	5,4%	1 0	17,9%	25	44,6%	10	17,9%	5	8,9%	3	5,4%	56
	<i>Despreocupação com o tempo da consulta</i>	0	0%	2	50%	1	25%	0	0%	0	0%	1	25%	4
	<i>Disponibilidade para atender</i>	0	0%	1 2	36,4%	11	33,3%	7	21,2%	3	9,1%	0	0%	33
	<i>Simpatia</i>	0	0%	7	46,7%	6	40%	2	13,3%	0	0%	0	0%	15
	<i>Nenhuma</i>	1	14,3%	2	28,6%	2	28,6%	1	14,3%	1	14,3%	0	0%	7
	<i>Tudo</i>	0	0%	1	33,3%	0	0%	2	66,7%	0	0%	0	0%	3
<i>teste Kruskal-Wallis</i>		0,302												

Fonte: Autor

Para a análise desta relação definimos a hipótese nula e a hipótese alternativa:

H0: Idade dos médicos não se relaciona com as características que os utentes mais apreciam nos médicos

H1: Idade dos médicos relaciona-se com as características que os utentes mais apreciam nos médicos

Da análise à tabela n.º 37, através da aplicação da tabela de kruskal wallis, sendo o valor $p=0,302$ não há evidências para rejeitar a hipótese nula (H0). Portanto, não há diferenças estatisticamente significativas na idade do médico segundo as características apontadas pelos utentes. Conseguimos perceber, no entanto, que o conhecimento clínico é a característica que os inquiridos mais apreciam no médico, estando este último numa faixa etária entre os 40 e os 49 anos. Também a disponibilidade do médico para atender o utente é uma das características

apontadas, sendo que estes profissionais de saúde se encontram entre os 30 e os 39 e entre os 40 e os 49 anos. De referir, ainda, a abertura a dúvidas que foi a terceira característica mais relevante, estando os médicos entre os 30 e os 39 e entre os 40 e os 49 como aqueles que estão mais abertos a esclarecer as dúvidas dos utentes.

7.1.5. Verificação da hipótese referente à influência do sexo do médico na sua predisposição para comunicar com o utente

Tendo em conta que as variáveis em análise são ordinais recorreremos ao teste U de Mann-Whitney. O teste U de Mann-Whitney é um teste não paramétrico utilizado para determinar se há diferenças estatisticamente significativas entre dois grupos, que no nosso estudo é o grupo de médicos do sexo feminino e o grupo de médicos do sexo masculino. O teste U de Mann-Whitney deve ser considerado quando utilizamos dados classificados, dados que se desviam de padrões de distribuição aceitáveis ou quando há diferenças notáveis no número de sujeitos nos dois grupos comparativos (MacFarland & Yates, 2016). Aqui, observamos o valor-p (probabilidade de significância) como a probabilidade de obtenção de uma estatística de teste igual ou mais extrema do que a observada na amostra, sob a hipótese nula. Também analisamos a relação entre o sexo dos médicos e a característica que os doentes mais apreciam nos profissionais através do teste exato de Fisher-Freeman-Halton, tendo em conta a pequena dimensão da amostra.

a. Relação entre o sexo do médico e a predisposição para comunicar com utente

Para percebermos a perceção dos participantes sobre a relação entre o sexo do médico e a predisposição para comunicar com utente, tendo em conta as variáveis definidas, recorreremos ao teste U de Mann-Whitney, espelhado na tabela n.º 38, para verificar se existem diferenças estatisticamente consideráveis entre médicos do sexo masculino e médicos do sexo feminino.

Tabela n.º 38. Relação de comunicação entre médico e utente tendo em conta o sexo do médico

	Masculino		Feminino		<i>p</i>
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
<i>Disponibilidade para receber utente</i>	4,02	1,079	4,09	1,033	0,369
<i>Médico com escuta ativa na consulta</i>	4,27	0,978	4,20	1,094	0,437
<i>Médico aborda a parte emocional do utente</i>	3,76	1,250	3,79	1,235	0,442
<i>Médico esclarece todas as dúvidas</i>	4,29	1,077	4,12	1,023	0,084
<i>Médico recorre a uma linguagem de fácil compreensão</i>	4,39	0,964	4,28	0,865	0,115
<i>Médico explica os tratamentos e exames que prescreve</i>	4,40	0,914	4,22	0,889	0,058
<i>Médico deixa colocar todas as questões importantes</i>	4,34	1,115	4,24	0,988	0,107
<i>Médico certifica-se de que não há dúvidas quanto ao que foi falado e decidido em consulta</i>	4,06	1,172	3,88	1,115	0,093
<i>Médico envolve no processo de decisão terapêutica, valorizando a opinião do utente</i>	3,97	1,254	3,84	1,212	0,185
<i>Médico interessa-se pelo utente e não apenas pela doença</i>	3,73	1,270	3,71	1,272	0,466
<i>Médico responde aos contactos fora do horário de consulta</i>	3,19	1,556	3,21	1,623	0,444
<i>Médico explica várias vezes as indicações terapêuticas</i>	3,63	1,218	3,49	1,298	0,280
<i>Desde que utente é seguido por este médico que a doença se encontra estável</i>	3,79	1,345	3,62	1,244	0,140
<i>Utente não tem dificuldades em perceber a informação que o médico passa</i>	4,48	0,919	4,37	0,962	0,193
<i>Médico não utiliza uma linguagem muito técnica</i>	4,00	1,215	4,18	0,931	0,355
<i>O médico não está preocupado em cumprir o horário da consulta</i>	3,76	1,263	3,67	1,228	0,315
<i>Médico não interrompe o utente e deixa terminar de falar</i>	4,37	0,962	4,50	0,864	0,216
<i>Médico não está focado no computador durante a consulta</i>	4,05	1,193	3,82	1,239	0,106

Fonte: Autor

Para a análise deste parâmetro definimos a hipótese nula e a hipótese alternativa:

H0: Sexo dos médicos não influencia a sua predisposição para comunicar com o utente

H1: Sexo dos médicos influencia a sua predisposição para comunicar com o utente

Da análise à tabela n.º 38 e de acordo com a perceção dos utentes (participantes), observamos diferenças marginalmente significativas nas variáveis disponibilidade para esclarecer dúvidas ($p=0,084$), explicar os exames e os tratamentos que prescreve ($p=0,058$) e preocupação em explicar várias vezes as indicações terapêuticas ($p=0,093$), entre sexos. Verificamos então que os médicos do sexo masculino estão mais disponíveis para esclarecer dúvidas, estão mais disponíveis para explicar os exames e os tratamentos que prescrevem, além de que estão mais preocupados em explicar várias vezes as indicações terapêuticas, logo nestas vertentes há evidência para rejeitar a hipótese nula (H0). Por fim, observamos que nas restantes variáveis não existem diferenças estatisticamente significativas entre sexos.

b. Relação entre o sexo do médico e a característica que os utentes mais apreciam

No que diz respeito ao sexo, também quisemos saber se existiria alguma relação entre médicos do sexo masculino e feminino e as características que os utentes mais apreciam. Para tal, recorremos a um teste exato de Fisher-Freeman-Halton, espelhado na tabela n.º 39, tendo em conta que não se cumpriu o pressuposto para a aplicação do teste do Qui-quadrado.

Tabela n.º 39. Relação entre o sexo do médico e a característica que o utente mais aprecia

	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>	
	N	%	N	%
<i>Abertura a dúvidas</i>	15	57,7%	11	42,3%
<i>Conhecimento clínico</i>	26	46,4%	30	53,6%

<i>Despreocupação com o tempo da consulta</i>	1	25%	3	75%
<i>Disponibilidade para atender</i>	25	75,8%	8	24,2%
<i>Simpatia</i>	10	66,7%	5	33,3%
<i>Nenhuma</i>	3	42,9%	4	57,1%
<i>Tudo</i>	2	66,7%	1	33,3%
<i>p</i>	0,092			

Fonte: Autor

Para a análise desta relação definimos a hipótese nula e a hipótese alternativa:

H0: Sexo dos médicos não se relaciona com as características que os utentes mais apreciam nos médicos

H1: Sexo dos médicos relaciona-se com as características que os utentes mais apreciam nos médicos

De acordo com a perceção dos participantes, com a análise à tabela n.º 39, em termos do sexo do médico e da característica que o utente mais gosta podemos concluir que existe uma relação marginalmente significativa entre o sexo do médico e as características que os utentes mais apreciam. Sendo o valor $p=0,092$, há evidências para rejeitar a hipótese nula (H0). De forma mais pormenorizada, da análise percebemos que os médicos do sexo feminino têm valores superiores aos médicos do sexo masculino. Ou seja, as mulheres médicas mostraram-se mais abertas a dúvidas, mais disponíveis para atender e mais simpáticas. No caso dos médicos do sexo masculino, destaca-se o conhecimento clínico como a característica que os utentes mais apreciam.

c. Relação entre a idade do médico do sexo masculino e a predisposição para comunicar com utente

Uma vez que pretendemos relacionar um conjunto de variáveis ordinais recorremos, mais uma vez, à correlação não paramétrica de Spearman (RS). Neste ponto, com a tabela n.º 40, analisamos a correlação existente entre a idade do médico do sexo masculino e a predisposição para comunicar com o utente por forma a avaliarmos se existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela n.º 40. Relação de comunicação entre médico do sexo masculino e utente tendo em conta a idade do médico

	<i>Masculino</i>	
	<i>Rs</i>	<i>p</i>
<i>Disponibilidade para receber utente</i>	-0,161	0,106
<i>Médico com escuta ativa na consulta</i>	-0,150	0,122
<i>Médico aborda a parte emocional do utente</i>	0,099	0,223
<i>Médico esclarece todas as dúvidas</i>	-0,132	0,154
<i>Médico recorre a uma linguagem de fácil compreensão</i>	-0,190	0,070
<i>Médico explica tratamentos e exames que prescreve</i>	-0,067	0,302
<i>Médico deixa colocar todas as questões importantes</i>	-0,095	0,231
<i>Médico certifica-se de que não há dúvidas quanto ao que foi falado e decidido em consulta</i>	-0,067	0,302
<i>Médico envolve no processo de decisão terapêutica, valorizando a opinião do utente</i>	-0,062	0,316
<i>Médico interessa-se pelo utente e não apenas pela doença</i>	-0,021	0,423
<i>Médico responde aos contactos fora do horário de consulta</i>	-0,079	0,270
<i>Médico explica várias vezes as indicações terapêuticas</i>	-0,134	0,149

<i>Desde que utente é seguido por este médico que a doença se encontra estável</i>	-0,040	0,378
<i>Utente não tem dificuldades em perceber a informação que o médico passa</i>	-0,094	0,233
<i>Médico não utiliza uma linguagem muito técnica</i>	-0,052	0,345
<i>O médico não está preocupado em cumprir o horário da consulta</i>	0,204	0,056
<i>Médico não interrompe o utente e deixa terminar de falar</i>	-0,011	0,465
<i>Médico não está focado no computador durante a consulta</i>	0,082	0,264

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (1 extremidade).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (1 extremidade).

Fonte: Autor

Para a análise desta correlação definimos a hipótese nula e a hipótese alternativa:

H0: Idade dos médicos do sexo masculino não se correlaciona com as diversas variáveis de comunicação

H1: Idade dos médicos do sexo masculino correlaciona-se com as diversas variáveis de comunicação

Usando a correlação não paramétrica de Spearman (RS), da análise à tabela n.º 40, houve apenas duas correlações marginalmente significativas entre duas variáveis de comunicação e a idade do médico masculino. Desta forma, conseguimos perceber que, de acordo com a perceção dos participantes, quanto maior a idade do médico do sexo masculino menor a preocupação em cumprir o horário da consulta ($p=0,056$) e recorre a uma linguagem de fácil compreensão ($p=0,070$), logo nestas duas vertentes há evidência para rejeitar a hipótese nula (H0).

No que diz respeito às correlações entre a idade do médico masculino e as restantes variáveis não se encontraram correlações estatisticamente significativas. Ou seja, as restantes variáveis de comunicação apresentadas não variam de acordo com a idade do médico do sexo masculino.

d. Relação entre a idade do médico do sexo feminino e a predisposição para comunicar com utente

Uma vez que pretendemos relacionar um conjunto de variáveis ordinais recorreremos, mais uma vez, à correlação não paramétrica de Spearman (RS). Neste ponto, através da tabela n.º 41, analisamos a correlação existente entre a idade do médico do sexo feminino e a predisposição para comunicar com o utente, de acordo com a percepção deste último, por forma a avaliarmos se existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela n.º 41. Relação de comunicação entre médico do sexo feminino e utente tendo em conta a idade do médico

	<i>Feminino</i>	
	<i>Rs</i>	<i>p</i>
<i>Disponibilidade para receber utente</i>	,246*	0,013
<i>Médico com escuta ativa na consulta</i>	,341**	0,001
<i>Médico aborda a parte emocional do utente</i>	,215*	0,026
<i>Médico esclarece todas as dúvidas</i>	,324**	0,001
<i>Médico recorre a uma linguagem de fácil compreensão</i>	0,114	0,154
<i>Médico explica tratamentos e exames que prescreve</i>	0,155	0,082
<i>Médico deixa colocar todas as questões importantes</i>	,258**	0,010
<i>Médico certifica-se de que não há dúvidas quanto ao que foi falado e decidido em consulta</i>	,188*	0,045
<i>Médico envolve no processo de decisão terapêutica, valorizando a opinião do utente</i>	0,125	0,132
<i>Médico interessa-se pelo utente e não apenas pela doença</i>	,219*	0,024
<i>Médico responde aos contactos fora do horário de consulta</i>	,204*	0,033

<i>Médico explica várias vezes as indicações terapêuticas</i>	,219	0,024
<i>Desde que utente é seguido por este médico que a doença se encontra estável</i>	,203*	0,034
<i>Utente não tem dificuldades em perceber a informação que o médico passa</i>	0,139	0,106
<i>Médico não utiliza uma linguagem muito técnica</i>	-0,004	0,487
<i>O médico não está preocupado em cumprir o horário da consulta</i>	0,444**	< 0,001
<i>Médico não interrompe o utente e deixa terminar de falar</i>	,209*	0,030
<i>Médico não está focado no computador durante a consulta</i>	0,133	0,116

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (1 extremidade).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (1 extremidade).

Fonte: Autor

Para a análise desta correlação definimos a hipótese nula e a hipótese alternativa:

H0: Idade dos médicos do sexo feminino não se correlaciona com as diversas variáveis de comunicação

H1: Idade dos médicos do sexo feminino correlaciona-se com as diversas variáveis de comunicação

Da análise à tabela n.º 41 verificam-se diversas correlações estatisticamente significativas e correlações marginalmente significativas entre as variáveis de comunicação tendo em conta a idade do médico do sexo feminino, logo rejeitamos a hipótese nula.

Analizamos agora as correlações:

- 1) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a idade do médico feminino e o facto de estar disponível para **atender o utente**. Ou seja, quanto

maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes estão disponíveis para atender o utente ($p=0,013$).

- 2) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a idade do médico feminino e o facto ter uma **escuta ativa**. Ou seja, quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes têm uma escuta ativa ($p=0,001$).
- 3) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a idade do médico feminino e o facto de o médico **abordar a parte emocional do utente**. Ou seja, quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes abordam a parte emocional do utente ($p=0,026$).
- 4) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a idade do médico feminino e o facto de o médico **esclarecer todas as dúvidas**. Ou seja, quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes estão disponíveis para esclarecer dúvidas ($p=0,001$).
- 5) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a idade do médico feminino e o facto de o médico **deixar o utente colocar todas as questões**. Ou seja, quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes deixam que o utente coloque todas as questões ($p=0,010$).
- 6) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a idade do médico feminino e o facto de o médico se **certificar de que não há dúvidas** quanto ao que foi falado e decidido em consulta. Desta forma, quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes se certificam de que não há dúvidas quanto ao que foi falado e decidido em consulta ($p=0,045$).
- 7) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a idade do médico feminino e o facto de o médico se **interessar pelo utente** e não apenas pela sua doença. Assim, quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes se interessam pelo utente e não apenas pela sua doença ($p=0,024$).
- 8) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a idade do médico feminino e o facto de o médico **responder ao utente fora do horário da consulta**. Ou seja, quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes respondem ao utente fora do horário da consulta ($p=0,033$).
- 9) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a idade do médico feminino e o facto de o médico **explicar várias vezes** as indicações terapêuticas. Nesta forma, quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes explicam várias vezes as indicações terapêuticas. ($p=0,024$).

- 10) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a idade do médico feminino e o facto de a doença se encontrar estável. Assim, quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino **mais a doença se encontra estável** ($p=0,034$).
- 11) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a idade do médico feminino e o facto de **não estar preocupado em cumprir o horário da consulta**. Ou seja, quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino menos estes estão preocupados em cumprir o horário da consulta ($p=< 0,001$).
- 12) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a idade do médico feminino e o facto de **não interromper o utente**. Ou seja, quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino menos estes interrompem o utente ($p=0,030$).
- 13) Existe uma correlação marginalmente significativa entre a idade do médico feminino e o facto de estes **explicarem os exames que prescrevem**. Assim, no quanto maior a idade dos médicos mais estes explicam os exames que prescrevem ($p=0,082$).

7.1.6. Relação entre o serviço de saúde onde o médico exerce atividade e a predisposição para comunicar com utente

Quisemos ainda perceber se o serviço de saúde onde o médico trabalha, público ou privado, estaria relacionado com a perceção de predisposição dos médicos para comunicar com os utentes e se haveria diferenças entre os dois, de acordo com a perceção dos utentes inquiridos. Nesse sentido, analisamos os dados recolhidos através do teste U de Mann-Whitney para verificar se existem diferenças estatisticamente consideráveis.

Quisemos ainda perceber se as variáveis sexo, idade e serviço de saúde do médico estariam também de alguma forma relacionadas, pelo que recorremos à correlação não paramétrica de Spearman (RS) e mais uma vez ao teste U de Mann-Whitney.

a. Relação entre serviço de saúde onde o médico exerce atividade e a predisposição para comunicar com utente

Para percebermos a relação entre o serviço de saúde onde o médico exerce atividade e a predisposição para comunicar com utente, tendo em conta as variáveis definidas, recorremos ao teste U de Mann-Whitney para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas, através da tabela n.º 42.

Tabela n.º 42. Relação entre serviço de saúde onde o médico exerce atividade e a predisposição para comunicar com utente

	<i>Serviço de Saúde Público</i>		<i>Serviço de Saúde Privado</i>		<i>p</i>
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
<i>Disponibilidade para receber utente</i>	4,12	1,022	3,97	1,092	0,213
<i>Médico com escuta ativa na consulta</i>	4,29	1,016	4,14	1,083	0,166
<i>Médico aborda a parte emocional do utente</i>	3,84	1,187	3,69	1,314	0,302
<i>Médico esclarece todas as dúvidas</i>	4,19	0,101	4,21	0,969	0,395
<i>Médico recorre a uma linguagem de fácil compreensão</i>	4,41	0,925	4,21	0,874	0,030
<i>Médico explica tratamentos e exames que prescreve</i>	4,34	0,849	4,24	0,979	0,361
<i>Médico deixa colocar todas as questões importantes</i>	4,35	1,026	4,19	1,067	0,151
<i>Médico certifica-se de que não há dúvidas quanto ao que foi falado e decidido em consulta</i>	4,01	1,143	3,88	1,141	0,206
<i>Médico envolve no processo de decisão terapêutica, valorizando a opinião do utente</i>	3,99	1,213	3,76	1,247	0,096
<i>Médico interessa-se pelo utente e não apenas pela doença</i>	3,81	1,270	3,57	1,258	0,100
<i>Médico responde aos contactos fora do horário de consulta</i>	3,48	1,516	2,79	1,620	0,006
<i>Médico explica várias vezes as indicações terapêuticas</i>	3,62	1,257	3,45	1,273	0,208
<i>Desde que utente é seguido por este médico que a doença se encontra estável</i>	3,78	1,358	3,57	1,171	0,073

<i>Utente não tem dificuldades em perceber a informação que o médico passa</i>	4,41	1,045	4,43	0,775	0,209
<i>Médico não utiliza uma linguagem muito técnica</i>	4,19	1,057	3,98	1,068	0,098
<i>O médico não está preocupado em cumprir o horário da consulta</i>	3,66	1,289	3,78	1,155	0,362
<i>Médico não interrompe o utente e deixa terminar de falar</i>	4,49	0,878	4,38	0,952	0,222
<i>Médico não está focado no computador durante a consulta</i>	3,80	1,291	4,09	1,097	0,126

Fonte: Autor

Para a análise deste conjunto de variáveis definimos a hipótese nula e a hipótese alternativa:

H0: Médicos do serviço público de saúde estão tão disponíveis para comunicar com o utente como os médicos do serviço privado de saúde

H1: Médicos do serviço público de saúde estão mais disponíveis para comunicar com o utente do que os médicos do serviço privado de saúde

Ao analisarmos a tabela n.º 42 verificamos que, em geral e de acordo com a perceção dos participantes, os médicos do serviço público de saúde apresentam classificações superiores aos médicos do serviço privado de saúde no que diz respeito às variáveis de comunicação. Usando o teste U de Mann-Whitney, houve diferenças estatisticamente significativas e diferenças marginalmente significativas entre os dois serviços de saúde e as diferentes variáveis de comunicação com os utentes, logo rejeitamos a hipótese nula e aceitamos a hipótese alternativa.

Neste caso, podemos indicar que existem cinco relações significativas:

- 1) Existe uma relação significativa entre os médicos do serviço público de saúde e a utilização de uma **linguagem de fácil compreensão**. Ou seja, os médicos do serviço público de saúde utilizam uma linguagem de mais fácil compreensão do que os médicos do serviço privado de saúde ($p=0,030$);

- 2) Existe uma relação significativa entre os médicos do serviço público de saúde e o facto de estes estarem disponíveis fora do horário da consulta. Ou seja, os médicos do serviço público de saúde estão mais disponíveis **para atender os utentes fora do horário da consulta** do que os médicos do serviço privado de saúde ($p=0,006$).
- 3) Existe uma relação marginalmente significativa entre os médicos do serviço público de saúde e a disponibilidade para envolverem o utente no processo de decisão terapêutica. Ou seja, os médicos do serviço público de saúde **envolvem mais o utente nos processos de decisão terapêutica** do que os médicos do serviço privado de saúde ($p=0,096$).
- 4) Existe uma relação marginalmente significativa entre os médicos do serviço público de saúde e a estabilização da doença. Ou seja, os utentes seguidos por médicos no serviço público de saúde dizem ter **a doença mais estável** do que os utentes seguidos por médicos do serviço privado de saúde ($p=0,073$).
- 5) Existe uma relação marginalmente significativa entre os médicos do serviço público de saúde e o facto de não utilizarem uma linguagem muito técnica. Ou seja, os utentes seguidos no serviço público de saúde dizem que os médicos daquele serviço utilizam uma **linguagem menos técnica** do que os médicos do serviço privado de saúde ($p=0,098$).

b. Relação entre a idade do médico, o serviço de saúde onde trabalha e a predisposição para comunicar com utente

Uma vez que pretendemos relacionar um conjunto de variáveis ordinais recorreremos, mais uma vez, à correlação não paramétrica de Spearman (RS). Neste ponto, tabela n.º 43, analisamos, através da percepção dos utentes, a relação existente entre a idade do médico, o serviço de saúde onde trabalha e a predisposição para comunicar com o utente por forma a avaliarmos se existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela n.º 43. Relação de comunicação entre médico e utente tendo em conta a idade do médico e o serviço de saúde onde trabalha

	<i>Serviço Público de Saúde</i>		<i>Serviço Privado de Saúde</i>	
	<i>Rs</i>	<i>p</i>	<i>Rs</i>	<i>p</i>
<i>Disponibilidade para receber utente</i>	0,132	0,113	-0,045	0,368
<i>Médico com escuta ativa na consulta</i>	0,156	0,075	0,071	0,298
<i>Médico aborda a parte emocional do utente</i>	0,110	0,158	0,013	0,462
<i>Médico esclarece todas as dúvidas</i>	0,061	0,288	0,185	0,082
<i>Médico recorre a uma linguagem de fácil compreensão</i>	-0,197	0,035	,251*	0,029
<i>Médico explica tratamentos e exames que prescreve</i>	-0,072	0,254	0,194	0,072
<i>Médico deixa colocar todas as questões importantes</i>	0,098	0,185	0,101	0,225
<i>Médico certifica-se de que não há dúvidas quanto ao que foi falado e decidido em consulta</i>	0,035	0,373	0,116	0,192
<i>Médico envolve no processo de decisão terapêutica, valorizando a opinião do utente</i>	0,079	0,236	0,003	0,492
<i>Médico interessa-se pelo utente e não apenas pela doença</i>	0,062	0,285	0,192	0,075
<i>Médico responde aos contactos fora do horário de consulta</i>	0,084	0,221	0,119	0,187
<i>Médico explica várias vezes as indicações terapêuticas</i>	0,079	0,234	0,028	0,416
<i>Desde que utente é seguido por este médico que a doença se encontra estável</i>	0,033	0,380	,278*	0,017
<i>Utente não tem dificuldades em perceber a informação que o médico passa</i>	-0,112	0,153	,254*	0,027
<i>Médico não utiliza uma linguagem muito técnica</i>	-0,153	0,079	0,153	0,126
<i>O médico não está preocupado em cumprir o horário da consulta</i>	,297**	0,003	,378**	0,002
<i>Médico não interrompe o utente e deixa terminar de falar</i>	0,010	0,463	,241*	0,034
<i>Médico não está focado no computador durante a consulta</i>	0,021	0,424	0,198	0,068

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (1 extremidade).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (1 extremidade).

Fonte: Autor

Para a análise deste conjunto de variáveis definimos a hipótese nula e a hipótese alternativa:

H0: Idade do médico e o serviço de saúde onde trabalha não se correlaciona com a disponibilidade para comunicar com o utente

H1: Idade do médico e o serviço de saúde onde trabalha correlaciona-se com a disponibilidade para comunicar com o utente

A análise à tabela n.º 43 demonstra correlações estatisticamente significativas e correlações marginalmente significativas entre diversas variáveis de comunicação, a idade do médico e o serviço de saúde onde trabalha, logo há evidência para rejeitar a hipótese nula.

Assim, verificamos que no serviço público de saúde, de acordo com a perceção dos participantes, quanto maior a idade do médico maior a sua disponibilidade para uma escuta ativa. Verificamos também que quanto maior a idade do médico menos este recorre a uma linguagem de fácil compreensão e recorre a uma linguagem técnica. Percebemos ainda que quanto maior a idade do médico menor a preocupação com o tempo da consulta.

Já no serviço privado de saúde verificamos diversas correlações significativas entre a idade e a disponibilidade do médico. Ou seja, no serviço privado de saúde conseguimos aferir que, de acordo com a perceção dos participantes, quanto maior a idade do médico mais este está disponível para esclarecer dúvidas, recorre a uma linguagem de fácil compreensão e explica sempre os exames que prescreve. Além disso, verifica-se que quanto maior a idade do médico mais este se preocupa com o utente e a doença encontra-se mais estável. Também no serviço privado de saúde, quanto maior a idade do médico mais este recorre a uma linguagem de fácil compreensão e o utente não tem dificuldades de compreensão. Da análise à tabela n.º 43 percebemos que, além do que foi já referido, quanto maior a idade do médico menos este está preocupado com o tempo da consulta, menos interrompe o utente e não está focado no computador.

No que diz respeito às correlações dentro do serviço público de saúde em que os médicos trabalham, a idade desses mesmos médicos e as restantes variáveis verificam-se quatro correlações estatisticamente significativas.

Da análise verificamos que:

- 1) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre os médicos do serviço público de saúde, a idade e o facto de estes não estarem preocupado em cumprir o horário da consulta. Ou seja, os inquiridos consideram que quanto maior a idade dos médicos do serviço público de saúde **menos estes estão preocupados em cumprir o horário da consulta** ($p=0,003$).
- 2) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre os médicos do serviço público de saúde, a idade e o facto de estes não utilizarem uma linguagem de fácil compreensão. Ou seja, os inquiridos consideram que quanto maior a idade dos médicos do serviço público de saúde **menos estes utilizam uma linguagem de fácil compreensão** ($p=0,035$).
- 3) Existe uma correlação marginalmente significativa entre os médicos do serviço público de saúde, a idade e o facto de terem uma escuta ativa. Ou seja, os inquiridos consideram que quanto maior a idade dos médicos do serviço público de saúde **mais estes têm uma escuta ativa** ($p=0,075$).
- 4) Existe uma correlação marginalmente significativa entre os médicos do serviço público de saúde, a idade e o facto de estes utilizarem uma linguagem técnica. Ou seja, os inquiridos consideram que quanto maior a idade dos médicos do serviço público de saúde **mais estes utilizam uma linguagem técnica** ($p=0,079$).

Analisemos agora em pormenor as correlações dentro do serviço privado de saúde em que os médicos trabalham, a idade desses mesmos médicos e as restantes variáveis. Aqui, verificam-se nove correlações estatisticamente significativas.

A análise demonstra que:

- 1) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre os médicos do serviço privado de saúde, a idade e o facto de utilizarem uma linguagem de fácil compreensão. Ou seja, de acordo com os inquiridos quanto maior a idade dos

médicos do serviço privado de saúde **mais estes recorrem a uma linguagem de fácil compreensão** ($p=0,029$).

- 2) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre os médicos do serviço privado de saúde, a idade e o facto de a doença do utente estar estável. Ou seja, segundo os inquiridos quanto maior a idade dos médicos do serviço privado de saúde **mais a doença dos utentes está estável** ($p=0,017$).
- 3) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre os médicos do serviço privado de saúde, a idade e o facto de os utentes não terem dificuldade em perceberem os médicos. Ou seja, para os inquiridos quanto maior a idade dos médicos do serviço privado de saúde **menos os utentes têm dificuldades em perceber os médicos** ($p=0,027$).
- 4) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre os médicos do serviço privado de saúde, a idade e o facto não estarem preocupados com o tempo da consulta. Ou seja, segundo os inquiridos quanto maior a idade dos médicos do serviço privado de saúde **menos estes estão preocupados em cumprir o horário da consulta** ($p=0,002$).
- 5) Existe uma correlação estatisticamente significativa entre os médicos do serviço privado de saúde, a idade e o facto de não interromperem o utente. Ou seja, de acordo com os inquiridos quanto maior a idade dos médicos do serviço privado de saúde **menos estes interrompem o utente** ($p=0,034$).
- 6) Existe uma correlação marginalmente significativa entre os médicos do serviço privado de saúde, a idade e o facto de estes tirarem dúvidas. Ou seja, para os inquiridos quanto maior a idade dos médicos do serviço privado de saúde **mais estes estão disponíveis para tirar dúvidas** ($p=0,082$).
- 7) Existe uma correlação marginalmente significativa entre os médicos do serviço privado de saúde, a idade e o facto de estes explicarem sempre os exames que prescrevem. Ou seja, segundo os inquiridos quanto maior a idade dos médicos do serviço privado de saúde **mais estes explicam os exames que prescrevem** ($p=0,072$).
- 8) Existe uma correlação marginalmente significativa entre os médicos do serviço privado de saúde, a idade e o facto de estes se interessarem pelo utente e não apenas pela sua doença. Ou seja, para os inquiridos quanto maior a idade dos médicos do serviço privado de saúde **mais estes se interessam pelo utente e não apenas pela sua doença** ($p=0,075$).

- 9) Existe uma correlação marginalmente significativa entre os médicos do serviço privado de saúde, a idade e o facto de estes não estarem focados no computador. Ou seja, segundo os inquiridos quanto maior a idade dos médicos do serviço privado de saúde **menos estes estão focados no computador** ($p=0,068$).

Da análise à tabela n.º 43 verificamos, assim, que se pode aferir que existe evidência estatisticamente significativa de uma correlação entre a idade do médico, o serviço de saúde onde trabalha e a predisposição para comunicar com o doente.

c. Relação entre serviço de saúde público onde o médico exerce atividade, o sexo dos médicos e a predisposição para comunicar com utente

Para percebermos se existem diferenças de comunicação com o utente dentro do serviço público de saúde, tendo em conta o sexo dos médicos e a variáveis definidas, utilizamos o teste U de Mann-Whitney, como verificamos na tabela n.º 44.

Tabela n.º 44 – Relação de comunicação entre médico e utente tendo em conta o sexo do médico e o serviço público de saúde onde trabalha

	Serviço Público de Saúde				
	Masculino		Feminino		<i>p</i>
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
<i>Disponibilidade para receber utente</i>	3,94	1,029	4,23	1,012	0,081
<i>Médico com escuta ativa na consulta</i>	4,27	0,977	4,30	1,049	0,356
<i>Médico aborda a parte emocional do utente</i>	3,73	1,206	3,91	1,181	0,229
<i>Médico esclarece todas as dúvidas</i>	4,18	1,158	4,19	1,075	0,459
<i>Médico recorre a uma linguagem de fácil compreensão</i>	4,48	0,972	4,36	0,901	0,160
<i>Médico explica tratamentos e exames que prescreve</i>	4,36	0,859	4,32	0,850	0,373
<i>Médico deixa colocar todas as questões importantes</i>	4,33	1,137	4,36	0,963	0,336

<i>Médico certifica-se de que não há dúvidas quanto ao que foi falado e decidido em consulta</i>	4,03	1,132	4,00	1,160	0,462
<i>Médico envolve no processo de decisão terapêutica, valorizando a opinião do utente</i>	3,97	1,185	4,00	1,240	0,393
<i>Médico interessa-se pelo utente e não apenas pela doença</i>	3,73	1,257	3,87	1,287	0,268
<i>Médico responde aos contactos fora do horário de consulta</i>	3,48	1,417	3,47	1,588	0,448
<i>Médico explica várias vezes as indicações terapêuticas</i>	3,76	1,146	3,53	1,324	0,256
<i>Desde que utente é seguido por este médico que a doença se encontra estável</i>	3,91	1,400	3,70	1,339	0,165
<i>Utente não tem dificuldades em perceber a informação que o médico passa</i>	4,48	1,034	4,36	1,058	0,215
<i>Médico não utiliza uma linguagem muito técnica</i>	4,15	1,228	4,21	0,948	0,353
<i>O médico não está preocupado em cumprir o horário da consulta</i>	3,67	1,339	3,66	1,285	0,479
<i>Médico não interrompe o utente e deixa terminar de falar</i>	4,36	0,895	4,57	0,866	0,104
<i>Médico não está focado no computador durante a consulta</i>	3,85	1,302	3,77	1,296	0,375

Fonte: Autor

Para a análise deste conjunto de variáveis definimos a hipótese nula e a hipótese alternativa:

H0: Dentro do Serviço Público de Saúde médicos do sexo masculino comunicam tanto com o utente como médicos do sexo feminino

H1: Dentro do Serviço Público de Saúde médicos do sexo masculino comunicam mais com o utente do que médicos do sexo feminino

Com a análise à tabela n.º 44, verificamos que, de acordo com a percepção dos participantes, existe apenas uma diferença marginalmente significativa no que diz respeito à disponibilidade para receber o utente entre os médicos do sexo feminino e masculino dentro do serviço público de saúde ($p=0,081$), logo nesta vertente há evidência para rejeitar a hipótese

nula (H0). Relativamente às restantes variáveis constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas várias vertentes das comunicações analisadas.

d. Relação entre serviço de saúde privado onde o médico exerce atividade, o sexo dos médicos e a predisposição para comunicar com utente

Para percebermos se existem diferenças de comunicação com o utente dentro do serviço privado de saúde, tendo em conta o sexo dos médicos e a variáveis definidas, utilizamos o teste U de Mann-Whitney, como verificamos na tabela n.º 45.

Tabela n.º 45 – Relação de comunicação entre médico e utente tendo em conta o sexo do médico e o serviço privado de saúde onde trabalha

<i>Serviço Privado de saúde</i>					
	Masculino		Feminino		<i>p</i>
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
<i>Disponibilidade para receber utente</i>	4,10	1,145	3,83	1,037	0,117
<i>Médico com escuta ativa na consulta</i>	4,28	0,996	4,00	1,165	0,196
<i>Médico aborda parte emocional do utente</i>	3,79	1,320	3,59	1,323	0,239
<i>Médico esclarece todas as dúvidas</i>	4,41	0,983	4,00	0,926	0,017
<i>Médico recorre a uma linguagem de fácil compreensão</i>	4,28	0,960	4,14	0,789	0,161
<i>Médico explica tratamentos e exames que prescreve</i>	4,45	0,985	4,03	0,944	0,024
<i>Médico deixa colocar todas as questões importantes</i>	4,34	1,111	4,03	1,017	0,058
<i>Médico certifica-se de que não há dúvidas quanto ao que foi falado e decidido em consulta</i>	4,10	1,235	3,66	1,010	0,019
<i>Médico envolve no processo de decisão terapêutica, valorizando a opinião do utente</i>	3,97	1,349	3,55	1,121	0,029
<i>Médico interessa-se pelo utente e não apenas pela doença</i>	3,72	1,306	3,41	1,211	0,143

<i>Médico responde aos contactos fora do horário de consulta</i>	2,86	1,663	2,72	1,601	0,387
<i>Médico explica várias vezes as indicações terapêuticas</i>	3,48	1,299	3,41	1,268	0,415
<i>Desde que utente é seguido por este médico que a doença se encontra estável</i>	3,66	1,289	3,48	1,056	0,199
<i>Utente não tem dificuldades em perceber a informação que o médico passa</i>	4,48	0,785	4,38	0,775	0,293
<i>Médico não utiliza uma linguagem muito técnica</i>	3,83	1,197	4,14	0,915	0,205
<i>O médico não está preocupado em cumprir o horário da consulta</i>	3,86	1,187	3,69	1,137	0,238
<i>Médico não interrompe o utente e deixa terminar de falar</i>	4,38	1,049	4,38	0,862	0,366
<i>Médico não está focado no computador durante a consulta</i>	4,28	1,032	3,90	1,145	0,079

Fonte: Autor

Para a análise deste conjunto de variáveis definimos a hipótese nula e a hipótese alternativa:

H0: Dentro do Serviço Privado de Saúde médicos do sexo masculino comunicam tanto com o utente como médicos do sexo feminino

H1: Dentro do Serviço Privado de Saúde médicos do sexo masculino comunicam mais com o utente do que médicos do sexo feminino

Com a análise à tabela n.º 45 verificamos, de acordo com a percepção dos participantes, que existem diferenças estatisticamente significativas e diferenças marginalmente significativas, em determinadas variáveis, entre os médicos do sexo feminino e masculino dentro do serviço privado de saúde onde trabalham e a sua disponibilidade para comunicar com o utente, pelo que há evidências para rejeitar a hipótese nula e aceitar a hipótese alternativa.

No que diz respeito às relações dentro do serviço privado de saúde em que os médicos trabalham, o sexo desses mesmos médicos e as restantes variáveis verificam-se seis relações estatisticamente significativas.

Analizamos de seguida os resultados:

- 1) Existe uma relação estatisticamente significativa entre os médicos do serviço privado de saúde, o sexo e a disponibilidade para esclarecer dúvidas. Ou seja, segundo os inquiridos, os médicos do sexo masculino que exercem no serviço privado de saúde estão **mais disponíveis para esclarecer dúvidas** ($p=0,017$).
- 2) Existe uma relação estatisticamente significativa entre os médicos do serviço privado de saúde, o sexo e a disponibilidade para o médico explicar os exames que prescreve. Ou seja, para os inquiridos, os médicos do sexo masculino que exercem no serviço privado de saúde estão **mais disponíveis para explicarem os exames que prescrevem** ($p=0,024$).
- 3) Existe uma relação estatisticamente significativa entre os médicos do serviço privado de saúde, o sexo e o facto de o médico se certificar de que não há dúvidas quanto ao que foi falado em consulta. Ou seja, de acordo com inquiridos, os médicos do sexo masculino que exercem no serviço privado de saúde **garantem mais que o utente é esclarecido quanto ao que foi falado em consulta** ($p=0,019$).
- 4) Existe uma relação estatisticamente significativa entre os médicos do serviço privado de saúde, o sexo e o envolvimento do utente no processo de decisão terapêutica. Ou seja, para os inquiridos, os médicos do sexo masculino que exercem no serviço privado de saúde **envolvem mais os utentes no processo de decisão terapêutica** ($p=0,029$).
- 5) Existe uma relação marginalmente significativa entre os médicos do serviço privado de saúde, o sexo e o facto de estes deixarem o utente à vontade para colocar questões. Ou seja, para os inquiridos, os médicos do sexo masculino que exercem no serviço privado de saúde dão **maior liberdade ao utente para colocar questões** ($p=0,058$).
- 6) Existe uma relação marginalmente significativa entre os médicos do serviço privado de saúde, o sexo e o facto de estes não estarem focados no computador. Ou seja, segundos os inquiridos os médicos do sexo masculino que exercem no serviço privado de saúde estão **menos focados no computador** ($p=0,079$).

e. Relação entre serviço de saúde onde os médicos do sexo feminino exercem atividade e a predisposição para comunicar com utente

Nesta análise temos como objetivo perceber, através da perceção dos participantes, se existem diferenças de comunicação com o utente entre os médicos do sexo feminino dentro do serviço de saúde onde trabalham (público/privado), tendo em conta as variáveis de comunicação definidas. Nesse sentido, utilizamos o teste U de Mann-Whitney para analisarmos se existem relações estatisticamente significativas, espelhado na tabela n.º 46.

Tabela n.º 46 – Relação de comunicação entre médico e utente tendo em conta o sexo do médico – feminino - e o serviço de saúde onde trabalha

	Serviço Público de Saúde		Serviço Privado de Saúde		
	Feminino		Feminino		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	p
Disponibilidade para receber utente	4,23	1,012	3,83	1,037	0,034
Médico com escuta ativa na consulta	4,30	1,049	4,00	1,165	0,096
Médico aborda a parte emocional do utente	3,91	1,181	3,59	1,323	0,145
Médico esclarece todas as dúvidas	4,19	1,075	4,00	0,926	0,109
Médico recorre a uma linguagem de fácil compreensão	4,36	0,901	4,14	0,789	0,060
Médico explica tratamentos e exames que prescreve	4,32	0,850	4,03	0,944	0,086
Médico deixa colocar todas as questões importantes	4,36	0,963	4,03	1,017	0,054
Médico certifica-se de que não há dúvidas quanto ao que foi falado e decidido em consulta	4,00	1,160	3,66	1,010	0,040
Médico envolve no processo de decisão terapêutica, valorizando a opinião do utente	4,00	1,240	3,55	1,121	0,014
Médico interessa-se pelo utente e não apenas pela doença	3,87	1,287	3,41	1,211	0,038
Médico responde aos contactos fora do horário de consulta	3,47	1,588	2,72	1,601	0,021
Médico explica várias vezes as indicações terapêuticas	3,53	1,324	3,41	1,268	0,323

<i>Desde que utente é seguido por este médico que a doença se encontra estável</i>	3,70	1,339	3,48	1,056	0,122
<i>Utente não tem dificuldades em perceber a informação que o médico passa</i>	4,36	1,058	4,38	0,775	0,286
<i>Médico não utiliza uma linguagem muito técnica</i>	4,21	0,948	4,14	0,915	0,329
<i>O médico não está preocupado em cumprir o horário da consulta</i>	3,66	1,285	3,69	1,137	0,467
<i>Médico não interrompe o utente e deixa terminar de falar</i>	4,57	0,866	4,38	0,862	0,101
<i>Médico não está focado no computador durante a consulta</i>	3,77	1,296	3,90	1,145	0,406

Fonte: Autor

Para a análise deste conjunto de variáveis definimos a hipótese nula e a hipótese alternativa:

H0: Médicos do sexo feminino do serviço público de saúde comunicam tanto com o utente como médicos do sexo feminino do serviço privado de saúde

H1: Médicos do sexo feminino do serviço público de saúde comunicam mais com o utente do que médicos do sexo feminino do serviço privado de saúde

Com a análise à tabela n.º 46, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas e diferenças marginalmente significativas entre os médicos do sexo feminino que exercem no serviço público de saúde e médicos do sexo feminino que exercem no serviço privado de saúde, pelo que há evidências para rejeitar a hipótese nula e aceitar a hipótese alternativa. No que diz respeito às relações entre os médicos do sexo feminino, o serviço de saúde onde trabalham e as restantes variáveis verificam-se nove relações estatisticamente significativas.

Apresentamos de seguidas as análises:

- 1) Existe uma relação estatisticamente significativa entre os médicos do sexo feminino, o serviço de saúde e a disponibilidade para receber o utente. Ou seja, para os inquiridos, os médicos do sexo feminino que exercem no serviço público de saúde **estão mais disponíveis para receber o utente** ($p=0,034$).

- 2) Existe uma relação estatisticamente significativa entre os médicos do sexo feminino, o serviço de saúde e o facto de o médico se certificar de que não há dúvidas quanto ao que foi falado e decidido em consulta. Ou seja, segundo os inquiridos, os médicos do sexo feminino que exercem no serviço público de saúde **certificam-se mais de que os utentes não têm dúvidas quanto ao que foi falado na consulta** ($p=0,040$).
- 3) Existe uma relação estatisticamente significativa entre os médicos do sexo feminino, o serviço de saúde e o facto de o médico envolver o utente no processo de decisão terapêutica. Ou seja, para os inquiridos, os médicos do sexo feminino que exercem no serviço público de saúde **envolvem mais o utente no processo de decisão terapêutica** ($p=0,014$).
- 4) Existe uma relação estatisticamente significativa entre os médicos do sexo feminino, o serviço de saúde e o facto de o médico se interessar pelo utente e não apenas pela sua doença. Ou seja, de acordo com os inquiridos, os médicos do sexo feminino que exercem no serviço público de saúde **interessam-se mais pelo utente como um todo e não só pela sua doença** ($p=0,038$).
- 5) Existe uma relação estatisticamente significativa entre os médicos do sexo feminino, o serviço de saúde e o facto de o médico atender fora do horário da consulta. Ou seja, para os inquiridos, os médicos do sexo feminino que exercem no serviço público de saúde **atendem mais os utentes fora do horário da consulta** ($p=0,021$).
- 6) Existe uma relação marginalmente significativa entre os médicos do sexo feminino, o serviço de saúde e o facto de o médico ter uma escuta ativa durante a consulta. Ou seja, de acordo com os inquiridos, os médicos do sexo feminino que exercem no serviço público de saúde **têm uma escuta mais ativa** ($p=0,096$).
- 7) Existe uma relação marginalmente significativa entre os médicos do sexo feminino, o serviço de saúde e o facto de o médico utilizar uma linguagem de fácil compreensão. Ou seja, para os inquiridos, os médicos do sexo feminino que exercem no serviço público de saúde **utilizam mais uma linguagem de fácil compreensão** ($p=0,060$).
- 8) Existe uma relação marginalmente significativa entre os médicos do sexo feminino, o serviço de saúde e o facto de o médico explicar os tratamentos e

exames que prescreve. Ou seja, para os inquiridos, os médicos do sexo feminino que exercem no serviço público de saúde **explicam mais os exames e tratamentos que prescrevem** ($p=0,086$).

- 9) Existe uma relação marginalmente significativa entre os médicos do sexo feminino, o serviço de saúde e o facto de o médico deixar o utente colocar questões. Ou seja, segundo os inquiridos, os médicos do sexo feminino que exercem no serviço público de saúde **deixam o utente mais à vontade para colocar questões** ($p=0,054$).

f. Relação entre serviço de saúde onde os médicos do sexo masculino exercem atividade e a predisposição para comunicar com utente

Nesta análise temos como objetivo perceber, através da perceção dos participantes, se existem diferenças de comunicação com o utente entre os médicos do sexo masculino dentro do serviço de saúde onde trabalham (público/privado), tendo em conta as variáveis de comunicação definidas. Nesse sentido, para a tabela n.º 47 utilizamos o teste U de Mann-Whitney para analisarmos se existem relações estatisticamente significativas.

Tabela n.º 47 – Relação de comunicação entre médico e utente tendo em conta o sexo do médico – masculino - e o serviço de saúde onde trabalha

	<i>Serviço Público de Saúde</i>		<i>Serviço Privado de Saúde</i>		<i>p</i>
	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
<i>Disponibilidade para receber utente</i>	3,94	1,029	4,10	1,145	0,208
<i>Médico com escuta ativa na consulta</i>	4,27	0,977	4,28	0,996	0,489
<i>Médico aborda a parte emocional do utente</i>	3,73	1,206	3,79	1,320	0,354
<i>Médico esclarece todas as dúvidas</i>	4,18	1,158	4,41	0,983	0,219
<i>Médico recorre a uma linguagem de fácil compreensão</i>	4,48	0,972	4,28	0,960	0,100
<i>Médico explica tratamentos e exames que prescreve</i>	4,36	0,859	4,45	0,985	0,253

<i>Médico deixa colocar todas as questões importantes</i>	4,33	1,137	4,34	1,111	0,493
<i>Médico certifica-se de que não há dúvidas quanto ao que foi falado e decidido em consulta</i>	4,03	1,132	4,10	1,235	0,321
<i>Médico envolve no processo de decisão terapêutica, valorizando a opinião do utente</i>	3,97	1,185	3,97	1,349	0,387
<i>Médico interessa-se pelo utente e não apenas pela doença</i>	3,73	1,257	3,72	1,306	0,486
<i>Médico responde aos contactos fora do horário de consulta</i>	3,48	1,417	2,86	1,663	0,075
<i>Médico explica várias vezes as indicações terapêuticas</i>	3,76	1,146	3,48	1,299	0,215
<i>Desde que utente é seguido por este médico que a doença se encontra estável</i>	3,91	1,400	3,66	1,289	0,134
<i>Utente não tem dificuldades em perceber a informação que o médico passa</i>	4,48	1,034	4,48	0,785	0,221
<i>Médico não utiliza uma linguagem muito técnica</i>	4,15	1,228	3,83	1,197	0,105
<i>O médico não está preocupado em cumprir o horário da consulta</i>	3,67	1,339	3,86	1,187	0,324
<i>Médico não interrompe o utente e deixa terminar de falar</i>	4,36	0,895	4,38	1,049	0,374
<i>Médico não está focado no computador durante a consulta</i>	3,85	1,302	4,28	1,032	0,110

Fonte: Autor

Para a análise deste conjunto de variáveis definimos a hipótese nula e a hipótese alternativa:

H0: Médicos do sexo masculino do serviço público de saúde comunicam tanto com o utente como médicos do sexo masculino do serviço privado de saúde

H1: Médicos do sexo masculino do serviço público de saúde comunicam mais com o utente do que médicos do sexo masculino do serviço privado de saúde

Com a análise à tabela n.º 47, verificamos que existe apenas uma diferença marginalmente significativa no que concerne à resposta a contactos fora da consulta nos médicos do sexo masculino entre os dois serviços de saúde (público/privado). Ou seja, de

acordo com a perceção dos inquiridos, os médicos do sexo masculino do serviço público de saúde **respondem mais aos contactos do utente fora da consulta** ($p=0,075$), logo nesta vertente há evidência para rejeitar a hipótese nula. Relativamente às restantes variáveis constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas várias vertentes de comunicação analisadas.

7.1.7. Relação entre região onde utente é seguido e a predisposição do médico para comunicar com utente

Na nossa análise quisemos incluir uma avaliação entre a região onde utente é seguido e a predisposição do médico para comunicar com utente, tendo em conta as variáveis definidas para a análise da relação de comunicação. Nesse sentido, desenvolvemos o teste Kruskal-Wallis para aferir se haveria entre regiões (área metropolitana de Lisboa, área metropolitana do Porto e outras) diferenças estatisticamente significativas sobre a predisposição dos médicos para comunicar com os utentes, tal como espelhado na tabela n.º 48.

O teste Kruskal-Wallis é um teste não paramétrico que avalia as diferenças entre três ou mais grupos de amostras independentes numa única variável contínua não distribuída normalmente ou em que a variável dependente é do tipo ordinal.

Tabela n.º 48 – Relação entre região onde utente é seguido e a predisposição do médico para comunicar com utente

	AM Porto		AM Lisboa		Outras regiões		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	<i>p</i>
<i>Disponibilidade para receber utente</i>	4,44	0,801	3,93	1,153	4,00	1,009	0,109
<i>Médico com escuta ativa na consulta</i>	4,56	0,847	4,08	1,100	4,23	1,044	0,081
<i>Médico aborda a parte emocional do utente</i>	4,07	1,035	3,59	1,359	3,84	1,172	0,326
<i>Médico esclarece todas as dúvidas</i>	4,37	0,792	4,18	1,103	4,13	1,096	0,796
<i>Médico recorre a uma linguagem de fácil compreensão</i>	4,41	0,747	4,36	0,857	4,25	1,031	0,941
<i>Médico explica tratamentos e exames que prescreve</i>	4,44	0,801	4,38	0,840	4,14	0,999	0,320

<i>Médico deixa colocar todas as questões importantes</i>	4,49	0,747	4,30	1,085	4,13	1,096	0,162
<i>Médico certifica-se de que não há dúvidas quanto ao que foi falado e decidido em consulta</i>	4,26	0,764	3,92	1,173	3,86	1,242	0,549
<i>Médico envolve no processo de decisão terapêutica, valorizando a opinião do utente</i>	4,37	0,792	3,82	1,336	3,75	1,240	0,097
<i>Médico interessa-se pelo utente e não apenas pela doença</i>	4,07	1,141	3,61	1,333	3,66	1,240	0,254
<i>Médico responde aos contactos fora do horário de consulta</i>	3,33	1,593	3,02	1,607	3,34	1,576	0,508
<i>Médico explica várias vezes as indicações terapêuticas</i>	3,85	0,907	3,43	1,284	3,54	1,375	0,449
<i>Desde que utente é seguido por este médico que a doença se encontra estável</i>	3,93	1,072	3,52	1,386	3,77	1,265	0,449
<i>Utente não tem dificuldades em perceber a informação que o médico passa</i>	4,19	1,145	4,56	0,786	4,38	0,983	0,307
<i>Médico não utiliza uma linguagem muito técnica</i>	3,74	1,130	4,34	0,892	4,02	1,152	0,031
<i>O médico não está preocupado em cumprir o horário da consulta</i>	3,48	1,189	3,82	1,232	3,70	1,278	0,417
<i>Médico não interrompe o utente e deixa terminar de falar</i>	4,59	0,694	4,44	1,009	4,38	0,885	0,546
<i>Médico não está focado no computador durante a consulta</i>	4,15	1,027	3,75	1,287	3,98	1,228	0,379

Fonte: Autor

Para este teste Kruskal-Wallis colocamos as seguintes hipóteses:

H0: Não há diferenças estatisticamente significativas na predisposição do médico para comunicar com o utente entre as regiões

H1: Há diferenças estatisticamente significativas na predisposição do médico para comunicar com o utente entre as regiões

Com a análise à tabela n.º 48, através da perceção dos inquiridos, verificamos que existe uma relação estatisticamente significativa entre as regiões (área metropolitana de Lisboa, área metropolitana do Porto e outras) na predisposição dos médicos para comunicar com o utente e

duas relações marginalmente significativas, pelo que há evidências para rejeitar a hipótese nula e aceitar a hipótese alternativa.

Em análise verificamos:

- 1) Existe uma relação estatisticamente significativa entre as regiões e o facto de o médico não ter uma linguagem muito técnica. Ou seja, **na Área Metropolitana de Lisboa os médicos utilizam uma linguagem menos técnica**, enquanto que na Área Metropolitana do Porto utilizam uma linguagem mais técnica ($p=0,031$).
- 2) Existe uma relação marginalmente significativa entre as regiões e o facto de o médico ter uma escuta ativa. Ou seja, **na Área Metropolitana do Porto os médicos têm uma escuta mais ativa**, enquanto que na Área Metropolitana de Lisboa os médicos têm uma escuta menos ativa ($p=0,081$).
- 3) Existe uma relação marginalmente significativa entre as regiões e o facto de o médico envolver os utentes no processo de decisão terapêutica. Ou seja, **na Área Metropolitana do Porto os médicos envolvem mais os utentes no processo de decisão terapêutica**, enquanto que noutras regiões do país envolvem menos ($p=0,097$).

7.2. Tabela Síntese dos Resultados dos Inquéritos por Questionário

Apresentamos em baixo uma tabela síntese com os resultados e correlações estatisticamente significativas para o nosso estudo de modo a confirmar ou rejeitar as hipóteses formuladas no início deste trabalho.

Quadro 5 – Síntese dos resultados dos inquéritos por questionário

Hipótese	Resultado	Confirmação ou rejeição da hipótese
H1: Médicos com mais idade são percecionados com maior disponibilidade para comunicar com o utente em comparação com médicos mais novos	No global, quanto maior a idade do médico menor a preocupação em cumprir o horário da consulta ($p=<0,001$)	Confirmado
	Quanto maior a idade do médico do sexo masculino menor a preocupação em cumprir o horário da consulta ($p=0,056$)	Parcialmente confirmado
	Quanto maior a idade do médico do sexo masculino mais este recorre a uma linguagem de fácil compreensão ($p=0,070$)	Parcialmente confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes estão disponíveis para atender o utente ($p=0,013$)	Confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes têm uma escuta ativa ($p=0,001$)	Confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes abordam a parte emocional do utente ($p=0,026$)	Confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes estão disponíveis para esclarecer dúvidas ($p=0,001$)	Confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes deixam que o utente coloque todas as questões ($p=0,010$)	Confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes se certificam de que não há dúvidas quanto ao que foi falado e decidido em consulta ($p=0,045$)	Confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes respondem ao utente fora do horário da consulta ($p=0,033$)	Confirmado

	Quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes explicam várias vezes as indicações terapêuticas. ($p=0,024$)	Confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais a doença se encontra estável ($p=0,034$)	Confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino menos estes estão preocupados em cumprir o horário da consulta ($p=< 0,001$)	Confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino menos estes interrompem o utente ($p=0,030$)	Confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes explicam os exames que prescrevem ($p=0,082$)	Parcialmente confirmado
H2: Mulheres médicas são percecionadas como mais disponíveis para comunicar com o utente em comparação com os homens médicos	Médicos do sexo masculino estão mais disponíveis para esclarecer dúvidas ($p=0,084$)	Rejeitado
	Médicos do sexo masculino estão mais disponíveis para explicar os exames e os tratamentos que prescrevem ($p=0,058$)	Rejeitado
	Médicos do sexo masculino estão mais preocupados em explicar várias vezes as indicações terapêuticas ($p=0,093$)	Rejeitado
	Médicos do sexo feminino mostraram-se mais abertos a dúvidas , mais disponíveis para atender e mais simpáticos ($p=0,092$)	Parcialmente confirmado
H3: Tipo de serviço de saúde (público ou privado) pode mediar as hipóteses 1 e 2.	Quanto maior a idade dos médicos do serviço público de saúde menos estes estão preocupados em cumprir o horário da consulta ($p=0,003$)	Confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do serviço público de saúde menos estes utilizam uma linguagem de fácil compreensão ($p=0,035$)	Rejeitado
	Quanto maior a idade dos médicos do serviço público de saúde mais estes têm uma escuta ativa ($p=0,075$)	Parcialmente confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do serviço público de saúde mais estes	Rejeitado

	utilizam uma linguagem técnica ($p=0,079$)	
	Quanto maior a idade dos médicos do serviço privado de saúde mais estes recorrem a uma linguagem de fácil compreensão ($p=0,029$)	Confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do serviço privado de saúde mais a doença dos utentes está estável ($p=0,017$)	Confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do serviço privado de saúde menos os utentes têm dificuldades em perceber os médicos ($p=0,027$)	Confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do serviço privado de saúde menos estes estão preocupados em cumprir horário da consulta ($p=0,002$)	Confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do serviço privado de saúde menos estes interrompem o utente ($p=0,034$)	Confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do serviço privado de saúde mais estes estão disponíveis para tirar dúvidas ($p=0,082$)	Parcialmente confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do serviço privado de saúde mais estes explicam os exames que prescrevem ($p=0,072$)	Parcialmente confirmado
	Quanto maior a idade dos médicos do serviço privado de saúde menos estes estão focados no computador ($p=0,068$)	Parcialmente confirmado
	Médicos do sexo masculino que exercem no serviço privado de saúde estão mais disponíveis para esclarecer dúvidas ($p=0,017$)	Rejeitado
	Médicos do sexo masculino que exercem no serviço privado de saúde estão mais disponíveis para explicarem os exames que prescrevem ($p=0,024$)	Rejeitado
	Médicos do sexo masculino que exercem no serviço privado de saúde garantem mais que o utente é esclarecido quanto ao que foi falado em consulta ($p=0,019$)	Rejeitado
	Médicos do sexo masculino que exercem no serviço privado de saúde envolvem mais os utentes no processo de decisão terapêutica ($p=0,029$)	Rejeitado

	Médicos do sexo masculino que exercem no serviço privado de saúde dão maior liberdade ao utente para colocar questões ($p=0,058$)	Rejeitado
	Médicos do sexo masculino que exercem no serviço privado de saúde estão menos focados no computador ($p=0,079$)	Rejeitado
	Médicos do sexo feminino do serviço público de saúde estão mais disponíveis para receber o utente ($p=0,034$)	Confirmado
	Médicos do sexo feminino no serviço público de saúde certificam-se mais de que os utentes não têm dúvidas quanto ao que foi falado na consulta ($p=0,040$)	Confirmado
	Médicos do sexo feminino no serviço público de saúde envolvem mais o utente no processo de decisão terapêutica ($p=0,014$)	Confirmado
	Médicos do sexo feminino no serviço público de saúde atendem mais os utentes fora do horário da consulta ($p=0,021$)	Confirmado
	Médicos do sexo feminino no serviço público de saúde têm uma escuta mais ativa ($p=0,096$)	Parcialmente confirmado
	Médicos do sexo feminino no serviço público de saúde utilizam mais uma linguagem de fácil compreensão ($p=0,060$)	Parcialmente confirmado
	Médicos do sexo feminino no serviço público de saúde explicam mais os exames e tratamentos que prescrevem ($p=0,086$)	Parcialmente confirmado
	Médicos do sexo feminino no serviço público de saúde deixam o utente mais à vontade para colocar questões ($p=0,054$)	Parcialmente confirmado
	Médicos do sexo masculino no serviço público de saúde respondem mais aos contactos do utente fora do horário da consulta ($p=0,075$)	Rejeitado

Fonte: Autor

8. DISCUSSÃO GERAL DOS RESULTADOS

Após concluída a investigação qualitativa e quantitativa é possível responder à pergunta de partida do estudo “Pode a idade e o sexo dos médicos afetar a sua predisposição para comunicar com os utentes? Uma avaliação da perceção dos utentes dos serviços de saúde portugueses”.

No que diz respeito ao estudo qualitativo, através da perceção dos utentes nas entrevistas coletivas, foi possível perceber que a idade e o sexo do médico, de forma geral, não afetam a predisposição para comunicar com os utentes. Contudo, no estudo quantitativo, através dos inquéritos por questionário, verificámos que, de acordo com a perceção dos utentes, o sexo e a idade do médico afetam a sua capacidade para comunicar com os utentes, sendo ainda este resultado mediado pelo serviço de saúde onde o médico trabalha.

Assim, foi-nos possível confirmar a hipótese formulada, mas quando mediada pelo fator sexo - H1: Médicos com mais idade são percecionados com maior disponibilidade para comunicar com o utente em comparação com médicos mais novos. Ou seja, de acordo com o nosso estudo, quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes estão disponíveis para comunicar com o utente. Paralelamente, também conseguimos aferir a H3: o tipo de serviço de saúde (público ou privado) pode mediar a hipótese 1. Ou seja, no que diz respeito ao serviço de saúde (público ou privado) onde o médico trabalha, os resultados revelaram correlações positivas na perceção dos utentes, ou seja, quanto maior a idade dos médicos do serviço privado de saúde maior a sua predisposição para comunicar.

Também nos foi possível, de um ponto de vista geral, confirmar a H2: Mulheres médicas são percecionadas como mais disponíveis para comunicar com o utente em comparação com os homens médicos. De forma global, evidenciam-se que os médicos do sexo feminino são vistos como mais disponíveis a acolher a perspetiva do utente e para esclarecer dúvidas, além de serem mais simpáticos. Contudo, os médicos do sexo masculino também tiveram bons resultados noutras componentes de comunicação. Aqui, também foi possível confirmar a H3: o tipo de serviço de saúde (público ou privado) pode mediar a hipótese 2. Ou seja, quando mediado pelo serviço de saúde, os médicos do sexo feminino apresentam melhores resultados no que diz respeito à perceção dos utentes em relação à predisposição dos médicos para comunicar. No nosso estudo, verificamos que os médicos do sexo feminino no serviço público de saúde estão mais disponíveis para comunicar com o utente, de acordo com a perceção dos participantes.

Da literatura já consultada, a questão do sexo tem suscitado grande interesse de investigação por ser considerado um fator de possíveis variações nos aspetos interpessoais da prática da medicina, colocando as mulheres médicas como mais centradas no utente e com maior abertura para a comunicação (Roter e Hall, 2004). Já no que concerne à idade verificamos que os utentes dão valor ao equilíbrio entre a experiência e o conhecimento clínico atualizado (McKinstry e Yang, 1994). Há estudos em que os participantes indicaram preferir médicos mais novos por estarem mais disponíveis e abertos ao diálogo (Shah e Ogden, 2006) e outros em que os inquiridos preferiam médicos mais velhos por os considerarem mais experientes e atenciosos (Tsugawa et al., 2017).

Nas entrevistas coletivas, numa primeira fase, os participantes foram questionados sobre a idade e o sexo do seu médico no âmbito da patologia dermatite atópica e, posteriormente, abordaram-se os aspetos de comunicação na interação entre o participante e o médico. Apesar de não haver unanimidade de opiniões, a maioria dos participantes considerou não haver relação entre o sexo/idade do médico e a sua predisposição para comunicar com o utente: “Já fui consultado por médicos com mais idade e por outros mais novos, que não foram todos iguais” (em transcrição da entrevista 1), ou “Não consigo fazer essa correlação. Parece-me que seja uma questão de personalidade” (em transcrição entrevista 2).

Dos 19 participantes nas entrevistas coletivas apenas cinco consideraram que o sexo do médico tem influência. Segundo esses cinco participantes, há uma maior identificação com os médicos do sexo feminino, sendo que os médicos do sexo feminino, por exemplo, têm mais sensibilidade para a questão estética. Essa identificação poderá estar relacionada com os atributos e qualidades pessoais das médicas, havendo também uma maior identificação com a capacidade profissional do médico do sexo feminino do que com o do sexo masculino (Delgado et al., 1993). Os restantes participantes consideraram não ter influência nenhuma, pois muitos passaram por diversos médicos e as reações e a forma de comunicação são sempre diferentes. A maioria apontou a personalidade do médico como sendo o fator que determina a predisposição do médico para comunicar mais ou menos com os utentes.

Quanto à idade do médico, sete participantes afirmaram que existem diferenças entre médicos mais novos e mais velhos. Estes participantes consideraram que um médico mais velho pode não ter tanta paciência como um médico mais novo e que os mais novos tendem a sugerir outras abordagens extra terapêuticas farmacológicas, como ioga, pilates, alimentação saudável como forma de melhorar o lado emocional e o bem-estar físico. Os restantes participantes

consideraram que a idade em nada influencia a predisposição dos médicos para comunicar com os utentes ou não tinham uma opinião formada sobre o tema.

Contudo, através do estudo quantitativo conseguimos apurar correlações significativas entre idade e sexo do médico e as variáveis de comunicação em estudo, nomeadamente a disponibilidade para receber o utente, para uma escuta ativa, para abordar a parte emocional, abertura a dúvidas, utilização de linguagem de fácil compreensão, resposta aos contactos fora do horário de consulta, explicação dos tratamentos que prescreve, envolvimento do utente na decisão terapêutica, contacto visual durante a consulta. Estas variáveis de comunicação apoiam na percepção sobre a predisposição do médico para comunicação com o utente de acordo com a percepção desde último.

Ao analisarmos de forma geral observamos que em relação às correlações entre a idade do médico e as variáveis de comunicação estudadas, e que concorrem para a percepção sobre a disponibilidade do médico para comunicar com o utente, quanto maior a idade do médico menor a preocupação com o horário da consulta, não existindo mais correlações entre a idade dos médicos e as restantes variáveis de comunicação em estudo. Contudo, quando mediada pelo fator sexo do médico, encontraram-se correlações estatisticamente significativas entre a idade do médico e as variáveis de comunicação estudadas. De acordo com os resultados, quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes estão disponíveis para comunicar com o utente. Contudo, na revisão de literatura desenvolvida, autores como Barnsley et al. (1999) ou Shah e Ogden (2006) sugerem que os médicos mais jovens parecem estar mais disponíveis e abertos a acolher os interesses dos utentes, existindo uma maior satisfação nas consultas. Assim, os nossos resultados não confirmam a literatura consultada.

No que diz respeito ao sexo, verificamos que de modo geral os médicos do sexo feminino são perçecionados como mais abertos às dúvidas do utente e mais disponíveis para acolher a perspetiva deste, além de serem mais simpáticos. Este resultado é também confirmado quando mediado pelo serviço de saúde, colocando os médicos do sexo feminino mais disponíveis para comunicar com o utente, de acordo com a percepção dos participantes.

Da revisão da literatura, Shah e Ogden (2006) demonstraram através de um estudo que os médicos do sexo feminino tinham melhores competências de relação interpessoal, melhores capacidades técnicas, com maior capacidade para abordar o lado emocional do utente e capacitá-lo sobre a sua saúde. Também Agostinho et al. (2010) sugere que a maioria dos utentes se sente mais satisfeita ao ser consultada por um médico do sexo feminino. Contudo, muitos

autores consideram que ainda não há informação suficiente para se fazer esta relação. Há ainda um longo caminho a explorar na procura de conhecimento em relação à idade e ao sexo do médico e ao seu desempenho profissional no que diz respeito ao relacionamento com os doentes e os resultados em saúde.

Quando analisamos de forma mais pormenorizada, verificam-se diversas correlações estatisticamente significativas entre as variáveis de comunicação em estudo tendo em conta a idade do médico do sexo feminino. Ou seja, através dos inquéritos, os participantes consideram que quanto maior a idade dos médicos do sexo feminino mais estes estão disponíveis para atender o utente, têm uma escuta mais ativa, mais abordam a parte emocional do utente, mais estão disponíveis para esclarecer dúvidas, deixam que o utente coloque todas as questões, certificam-se de que não há dúvidas quanto ao que foi falado e decidido em consulta, respondem mais ao utente fora do horário da consulta e mais a doença se encontra estável. Além disso, estão menos preocupadas em cumprir o horário da consulta, menos interrompem o utente e mais estes explicam os exames que prescrevem. Este resultado vai ao encontro de alguns estudos consultados para a estruturação desta tese, tal como o estudo levado a cabo por McKinstry e Yang (1994) em que os inquiridos consideravam que a idade do médico não era relevante, mas muitos não ficavam satisfeitos em serem vistos por médicos mais jovens. Além disso, consideravam que os médicos mais velhos eram mais gentis, atenciosos e disponíveis para ouvir, além de serem mais sábios.

Na análise quantitativa também quisemos comparar os médicos do serviço público e privado de saúde para fazermos uma ponte com os resultados obtidos no estudo qualitativo e que apenas incluiu utentes do serviço público de saúde, sendo que a maioria dos entrevistados perceciona que a idade e o sexo do médico não têm implicações na predisposição do médico para comunicar com os utentes

De forma geral, através da análise dos resultados obtidos pelos inquéritos por questionário, percebemos que os médicos do serviço público de saúde apresentam classificações superiores aos médicos do serviço privado de saúde no que diz respeito às variáveis de comunicação em estudo. Ou seja, os médicos do serviço público de saúde utilizam uma linguagem de fácil compreensão e menos técnica em comparação com os médicos do serviço privado de saúde, além de que estão mais disponíveis para atender os utentes fora do horário da consulta, envolvem mais o utente nos processos de decisão terapêutica e a doença encontra-se mais estável, na percepção dos inquiridos.

Uma análise mais concreta em relação à idade e ao sexo dos médicos dentro de cada serviço de saúde foi desenvolvida tendo-se verificado que no serviço público de saúde, de acordo com a percepção dos participantes, quanto maior a idade do médico maior a sua disponibilidade para uma escuta ativa. Percebemos ainda que quanto maior a idade do médico menor a preocupação com o tempo da consulta.

No que diz respeito ao serviço privado de saúde, verificamos diversas correlações significativas entre a idade e a disponibilidade do médico. Ou seja, no serviço privado de saúde conseguimos aferir que, de acordo com a percepção dos participantes, quanto maior a idade do médico mais este está disponível para esclarecer dúvidas, recorre a uma linguagem de fácil compreensão e explica sempre os exames que prescreve. Além disso, verifica-se que quanto maior a idade do médico mais este se preocupa com o utente e a doença encontra-se mais estável. Também no serviço privado de saúde, quanto maior a idade do médico mais este recorre a uma linguagem de fácil compreensão, menos está preocupado com o horário da consulta, menos interrompe o utente e não está focado no computador.

Ambos os resultados referidos nos dois parágrafos acima parecem contrariar a literatura consultada, na medida em que há estudos que demonstram que os médicos mais jovens parecem estar mais disponíveis e abertos a acolher os interesses dos utentes, existindo uma maior satisfação nas consultas. Os médicos mais jovens parecem também apoiar mais os direitos dos utentes em comparação com os médicos mais experientes (Barnsley et al., 1999). Parece haver também a ideia de que as capacidades clínicas e a experiência acumulada podem levar a uma maior qualidade da consulta e do atendimento, contudo à medida que o médico envelhece o seu conhecimento pode ficar desatualizado, tendo em conta a evolução do conhecimento científico, a tecnologia e as diretrizes clínicas (Tsugawa et al., 2017).

No que diz respeito às relações dentro do serviço privado de saúde em que os médicos trabalham, o sexo desses mesmos médicos e as restantes variáveis verificou-se que, segundo os inquiridos, os médicos do sexo masculino estão mais disponíveis para esclarecer dúvidas, para explicarem os exames que prescrevem, garantem mais que o utente é esclarecido quanto ao que foi falado em consulta, envolvem mais o utente no processo de decisão terapêutica, dão maior liberdade ao utente para colocar questões e estão menos focados no computador.

Já dentro do serviço público de saúde, de acordo com os inquiridos, os médicos do sexo feminino estão mais disponíveis para receber o utente, certificam-se mais de que o utente não tem dúvidas quanto ao que foi falado na consulta, envolvem mais o utente no processo de

decisão terapêutica, abordam mais a parte emocional do utente, atendem mais os utentes fora do horário da consulta, têm uma escuta mais ativa, utilizam uma linguagem de fácil compreensão, explicam mais os exames e tratamentos que prescrevem e deixam o utente mais à vontade para colocar questões.

Estas duas análises apresentam-nos resultados muito curiosos, na medida em que pela percepção dos utentes os médicos do sexo masculino do serviço privado de saúde estão mais disponíveis para comunicar com o utente de acordo com as variáveis estudadas, contrariando a literatura e os estudos consultados. Já no serviço público de saúde são os médicos do sexo feminino aqueles que estão mais disponíveis para comunicar com o utente, confirmando assim as conclusões dos estudos mencionados na revisão da literatura.

De facto, a literatura consultada apontou para o facto de os médicos do sexo feminino parecerem estar mais envolvidos na consulta, promoverem comportamentos como encorajamento e segurança, com uma conversa positiva, exibindo ainda comportamentos mais afetivos, como preocupação, empatia e simpatia (Jefferson et al., 2013). Além disso, no que diz respeito à capacidade profissional, os utentes parecem sentirem-se mais satisfeitos com o médico do sexo feminino do que com o do sexo masculino (Delgado et al., 1993).

Uma outra análise que quisemos desenvolver foi verificar se existia uma relação entre as regiões (área metropolitana de Lisboa, área metropolitana do Porto e outras) na predisposição dos médicos para comunicar com o utente. Desta análise apuramos que na Área Metropolitana de Lisboa os médicos utilizam uma linguagem menos técnica, enquanto que na Área Metropolitana do Porto utilizam uma linguagem mais técnica. Já na Área Metropolitana do Porto os médicos têm uma escuta mais ativa, enquanto que na Área Metropolitana de Lisboa os médicos têm uma escuta menos ativa. Também na Área Metropolitana do Porto os médicos envolvem mais os utentes no processo de decisão terapêutica, enquanto que noutras regiões do país envolvem menos.

A predisposição do médico para comunicar com utente não está relacionada com o sexo ou a idade destes profissionais de saúde, de acordo com a percepção dos participantes nas entrevistas coletivas. Contudo, através dos inquéritos por questionários foram confirmados ou refutados alguns pontos encontrados na literatura, nomeadamente obtivemos confirmação em relação ao facto de os médicos do sexo feminino estarem mais disponíveis para comunicar com o utente e refutamos as ideias referentes ao facto de os utentes verem os médicos mais novos como mais disponíveis para comunicar com os utentes. No nosso estudo, houve tendência em

determinadas análises para os participantes indicarem os médicos mais velhos como mais disponíveis para comunicar com o utente. Contudo, no que diz respeito à idade, os estudos apontam diferentes direções, não sendo tão concordantes como aqueles que abordam a varável sexo dos médicos e apontam o sexo feminino para mais aberto à comunicação com o utente.

De facto, tendo em conta a literatura consultada, e apesar de muitos autores afirmarem que é um campo ainda por explorar, a verdade é que os estudos por eles realizados apontam diferenças entre médicos mais velhos e mais novos e diferenças entre sexos na disponibilidade de comunicação, nomeadamente Shah e Ogden (2006), Agostinho et al. (2010) ou Tsugawa et al. (2017). Os autores concluíram das suas investigações que os médicos mais jovens e as médicas do sexo feminino tinham melhores competências de relação interpessoal e melhores capacidades técnicas, além disso, os utentes sentiam-se mais satisfeitos ao serem consultados por um médico do sexo feminino.

Os estudos consultados (Jefferson et al., 2013; Roter e Hall, 2004; Tsugawa et al., 2017) apontam, maioritariamente, para a preferência de médicos do sexo feminino em detrimento do sexo masculino, por considerarem que as mulheres mostram mais interesse pela vertente psicossocial do utente, mostram ter um estilo de comunicação mais empático e de maior cumplicidade. Além disso, as médicas levam mais em consideração aspetos sociais e psíquicos, mostrando uma maior aceitação dos sentimentos do utente e uma maior sensibilidade do que os médicos do sexo masculino. Já no que diz respeito à idade, os estudos apontam diferentes direções. Ou seja, por um lado há investigação que aponta para uma preferência por médicos mais velhos, os utentes consideravam que eram mais gentis, atenciosos e disponíveis para ouvir. Por outro lado, há trabalhos que revelam que os utentes preferem os médicos mais jovens por estes parecem estar mais disponíveis e abertos a acolher os interesses dos utentes, existindo uma maior satisfação nas consultas.

Através dos questionários e da sua análise foi possível concluir a existência de uma relação positiva entre o médico e o utente. Apenas o tópico sobre a disponibilidade do médico para contactos fora da consulta apresenta resultados mais baixos pela perspetiva dos utentes.

9. CONCLUSÃO

O trabalho desenvolvido teve como objetivo conhecer a percepção dos utentes dos serviços de saúde público e privado sobre se a idade e o sexo dos médicos (e a combinação de ambos) afetam a predisposição destes profissionais para comunicar com os primeiros e se estes resultados podem ser mediados pelo tipo de serviço de saúde (público ou privado).

Foram levados a cabo dois estudos, o primeiro através das entrevistas coletivas e o segundo através da aplicação de inquéritos por questionário. Através do estudo qualitativo os participantes, pela sua perspetiva e experiência pessoal enquanto pessoas com uma doença crónica, a dermatite atópica, indicaram não verificar relação entre a idade e o sexo do médico e a sua capacidade de comunicar. Pelo contrário, apontaram que não tem que ver com estas características, mas sim com a personalidade dos médicos.

Uma vez que no estudo qualitativo, através da percepção dos utentes seguidos no serviço público de saúde, depois da análise dos dados recolhidos não obtivemos resultados que evidenciassem diferenças na predisposição dos médicos para comunicar com os utentes tendo em conta o sexo e a idade destes últimos, quisemos perceber se obteríamos os mesmos resultados com os utentes do serviço privado de saúde.

Assim, para obter uma comparação e/ou uma confirmação das conclusões do primeiro estudo (estudo qualitativo) desenvolvemos um segundo estudo (estudo quantitativo) com a inclusão de utentes dos serviços público e privado de saúde que, através da percepção dos inquiridos, permitiu verificar a existência de correlações entre a idade e sexo do médico e a sua predisposição para comunicar com o utente, incluindo diferenças entre médicos dos dois serviços de saúde.

Apesar de a literatura consultada não ser perentória, estudos apontam para a existência de uma relação entre idade e sexo do médico e a sua disponibilidade para comunicar com o utente. O nosso estudo qualitativo não nos permitiu corroborar essas conclusões, mas o estudo quantitativo deu-nos informação que aponta na direção da existência de diferenças na predisposição do médico para comunicar com o utente, tendo em conta o sexo e a idade e também quando mediado pelo serviço de saúde onde o médico trabalha (público ou privado).

Desta forma, é importante perceber que a comunicação em saúde acontece num ambiente complexo onde encorajar e apoiar os profissionais de saúde a promoverem os melhores cuidados de saúde aos utentes pode não ser tarefa fácil (Schiavo, 2014). É fundamental

haver uma estratégia de comunicação em saúde bem definida por forma a alcançar os melhores resultados em saúde para os utentes e uma maior equidade de acesso aos cuidados.

A premissa da comunicação em saúde é que as mudanças de comportamento estão intimamente relacionadas com o ambiente em que as pessoas vivem e trabalham, bem como por aqueles que os influenciam (Schiavo, 2014).

Os utentes dão valor a um equilíbrio entre a experiência e o conhecimento clínico atualizado (McKinstry e Yang, 1994). Nesse sentido, a atualização e a educação médica constante são fundamentais para manter os clínicos a par das melhores práticas e garantir que prestam cuidados de alta qualidade ao longo das suas carreiras, independentemente da idade ou experiência (Tsugawa et al., 2017). Também no que diz respeito ao sexo dos médicos, esta questão tem provocado um grande interesse na comunidade científica, na medida em que pode ser um fator de possíveis variações nos aspetos interpessoais da prática da medicina. Apesar de os utentes mostrarem alguma preferência pelos médicos do sexo feminino, também não existe uma conclusão definitiva (Roter e Hall, 2004).

De facto, a satisfação dos utentes para com os médicos pode estar mais relacionada com a forma como os médicos lidam com as preocupações dos doentes, no facto de estes se sentirem ouvidos e compreendidos, na confiança que depositam no seu médico(a) e, também, na forma como os médicos expressam cortesia e a simpatia (Silva, 2008).

Com este estudo, percebemos que é, de facto, essencial que os médicos sejam motivados e orientados desde o início da sua formação em medicina a desenvolverem as chamadas '*soft skills*' ou competências sociais, onde a comunicação se insere. Esta formação e capacitação na área da comunicação permite estabelecer e manter relações positivas e produtivas não só com os utentes, mas também com os membros da equipa, influenciar com maior facilidade os utentes para a adesão à terapêutica e/ou para a adoção de estilos de vida mais saudáveis e preventivos.

Além disso, os resultados deste trabalho poderão ser um contributo importante na preparação de formações em comunicação entre médico e utente em contexto académico e em contexto de cuidados de saúde. Os resultados desta investigação poderão também apresentar-se como uma ferramenta para a adaptação de cursos em comunicação, levando em conta o sexo dos médicos e a idade, adequando a disciplina e os discursos a essas características. Referir também os resultados obtidos quando comparamos serviço público e privado de saúde e predisposição dos médicos para comunicarem com os utentes (de acordo com a perceção dos próprios utentes). Dadas as descobertas a que chegamos, de que existem diferenças, o estudo

poderá também apoiar na construção de contextos formativos para estes profissionais que exercem atividade em serviços de saúde diferentes. Ou seja, ao adaptarmos os discursos e as mensagens-chave a cada público poderemos obter resultados mais proveitosos e consistentes na área da comunicação entre médico e utente e suas diferentes vertentes.

De uma forma mais abrangente, ao divulgarmos os resultados deste estudo esperamos contribuir para que seja uma fonte de reflexão para todos os profissionais de saúde em relação à sua predisposição para comunicar com o utente e adaptar o seu comportamento no sentido de ir ao encontro das necessidades comunicacionais de cada pessoa e em cada momento particular, levando a melhores resultados em saúde.

Face à nossa pergunta de investigação e o facto de o questionário não ter sido aplicado de forma equitativa a todas as regiões do país, existe uma grande limitação deste trabalho, não podendo ser considerado representativo da amostra estudada, pelo que não podemos generalizar os seus resultados e conclusões a uma escala nacional. Podemos considerar, no entanto, um contributo e um ponto de partida para um estudo mais aprofundando dos fatores que influenciam a predisposição dos médicos para comunicar com os utentes e verificar a preponderância das características sociodemográficas.

9.1 Limitações

Como indicado anteriormente e ao longo deste trabalho de investigação, a área da comunicação em saúde tem sido amplamente estudada nos últimos anos, contudo a influência das características dos médicos, tais como idade e sexo, e a sua capacidade de comunicação com o utente ainda se encontra pouco explorada, uma situação que, aliada à falta de experiência académica da investigadora, sem trabalhos realizados nesta área de estudo, concorrem para que esta investigação apresente algumas limitações que valerá a pena identificar. Desta forma, apresentamos as seguintes limitações:

- a. Tendo em conta a natureza exploratória deste estudo e tendo em conta que se cinge às pessoas com dermatite atópica em Portugal, tem limitações. Foi também impossível obter resposta de todas as pessoas com dermatite atópica em Portugal, até porque ainda não existem dados concretos quanto ao número de pessoas com esta patologia, pelo que poderá levar a discordâncias. Além disso, as entrevistas

coletivas foram realizadas numa época em que o coronavírus ainda pairava sobre nós, pelo que os participantes não se mostraram disponíveis para uma interação presencial, mas apenas online via Zoom. Esta limitação poderá ter resultado em opiniões mais contidas. Contudo, todos os resultados apresentados são fruto das opiniões, respostas e ideias recolhidas durante estas sessões e que acreditamos que foram as mais honestas que poderiam ter dado, evidenciando-se alguns pré-conceitos que foram sendo enunciados em relação aos médicos e à sua postura de comunicação.

- b. Referir também que as perguntas 5, 6 e 13 do guião das entrevistas coletivas poderiam ter sido operacionalizadas de outra forma, desdobrando-se ao todo em seis perguntas com a separação entre a disponibilidade do médico para ouvir o utente e a disponibilidade para responder a todas as suas dúvidas (pergunta 5), a separação entre o facto de o médico ouvir a opinião do utente e o facto de a ter em conta (pergunta 6) e a separação em duas questões das variáveis idade e sexo como influenciadoras de uma relação próxima entre médico e utente (pergunta 13).
- c. A amostra escolhida para as entrevistas coletivas e para os inquéritos por questionário é uma amostra pequena e não representativa, pelo que não é possível que as suas conclusões sejam generalizadas. Esta situação resultou de diversos fatores, tais como limitações de tempo e a impossibilidade espacial de desenvolver um estudo nacional.
- d. Além disso, apenas abordamos e ouvimos a perceção dos utentes, deixando de fora a perceção dos próprios médicos, situação que se ficou a dever ao facto de não querermos um estudo muito exaustivo e extenso. Contudo, não nos permite obter a opinião destes profissionais de saúde.
- e. Uma outra limitação que consideramos pertinente identificar, prende-se com o facto de termos privilegiado no estudo 1 (estudo qualitativo) a perceção dos utentes seguidos nos serviços públicos, tendo abordado os utentes dos serviços privados de saúde apenas no estudo 2 (estudo quantitativo) a fim de percebermos se haveria diferenças dignas de nota, uma vez que os resultados do estudo 1 (apenas com utentes do serviço público de saúde) não revelaram diferenças na perceção dos utentes em relação à comunicação com os seus médicos tendo em conta a idade e o sexo destes últimos.

9.2 Recomendações Para Investigações Futuras

No decorrer deste trabalho foram surgindo algumas sugestões de investigações futuras, pelo que consideramos pertinente listar algumas ideias:

- Aplicação a uma escala nacional do questionário utilizado para este estudo, tanto em hospitais centrais, como em unidades locais de saúde;
- Investigação à percepção dos médicos sobre a sua postura de comunicação perante o utente e fatores influenciadores;
- A comunicação em saúde como processo influenciador dos resultados em saúde dos utentes;
- Pesquisa comparativa entre serviços privados e públicos de saúde relativamente a boas práticas de comunicação em saúde;

A elaboração desta tese de doutoramento e as consequentes investigações levaram-me a querer aprofundar os meus conhecimentos nesta área da comunicação em saúde, em particular entre médico e utente, e de que forma uma bem pensada estratégia de comunicação poderia beneficiar esta relação e melhorá-la nos casos em que é necessário esse incremento.

BIBLIOGRAFIA

- Agostinho, C., Cabanelas, M., Franco, D., Jesus, J., & Martins, H. (2010). Satisfação do doente: Importância da comunicação médico-doente. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 26(2), 150–7. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i2.10725>
- Amsbary, J., Blanquicett, C., Mill, C., & Powell, L. (2007). Examining the Perceptions of Doctor-Patient Communication. *Human Communication. A Publication Of The Pacific And Asian Communication Association*, 10(4), 421 – 436.
- Araújo, M., Silva, M., & Puggina, A. (2007). A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. Retirado em 19 de setembro de 2019 de: <https://pdfs.semanticscholar.org/add8/aa2b6251016beeec1902783a0f2eb4e5abfd.pdf>
- Argenti, P., Howell, R., & Beck, K. (2005). The Strategic Communication Imperative (p. 84). *MIT Sloan Management Review*, 46(3). Retirado em 14 de novembro de 2020 de: <http://cimsec.org/wp-content/uploads/2014/11/SloanMITStratCommImp.pdf>.
- Azizam, N., Maon, S., Aziz, N., & Hamid, N. (2016). Association of Patient Centered Communication and Patient Enablement. Retirado a 18 de junho de 2022 de https://www.europeanproceedings.com/files/data/article/47/1408/article_47_1408_pdf_100.pdf
- Babalola, S., Figueroa, M. E., & Krenn, S. (2017). Association of Mass Media Communication with Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa: A Meta-Analysis of Demographic and Health Surveys. *Journal of health communication*, 22(11), 885–895. <https://doi.org/10.1080/10810730.2017.1373874>
- Baladi, M. (2019, July 4). Health Communication. Dr.Moulya B. Retirado a 21 de abril de 2023 de: https://www.academia.edu/39748582/health_communication?email_work_card=view-paper
- Barbarot, S., Auziere, S., Gadkari, A., Girolomoni, G., Puig, L., Simpson, E. L., Margolis, D. J., de Bruin-Weller, M., & Eckert, L. (2018). Epidemiology of atopic dermatitis in adults: Results from an international survey. *Allergy*, 73(6), 1284–1293. <https://doi.org/10.1111/all.13401>

- Barnsley, J., Williams, P., Cockerill, R., Tanner, J. (1999). Physician characteristics and the physician-patient relationship. Impact of sex, year of graduation, and specialty (p. 936). *Can Fam Physician*. (45).
- Barrat, H., & Shantikumar, S. (2018). Methods of sampling from a population. Retirado a 16 de maio de 2021, de: <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/research-methods/1a-epidemiology/methods-of-sampling-population>
- Bauer, M., & Gaskell, G. (2008). *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som. Um Manual Prático* (7th ed.). Petrópolis: Vozes.
- Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of internal medicine*, 101(5), 692–696. Retirado em 19 dezembro de 2018 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6486600>
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-101-5-692>
- Belim, C., & Almeida, C. (2018). Communication Competences are the Key! A Model of Communication for the Health Professional to Optimize the Health Literacy – Assertiveness, Clear Language and Positivity. *Journal Of Healthcare Communications*, 03(03). doi: 10.4172/2472-1654.100141
- Bertakis K. D. (2009). The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient education and counseling*, 76(3), 356–360. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.022>
- Black N. (2013). Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ* (Clinical research ed.), 346, f167. <https://doi.org/10.1136/bmj.f167>
- Borg, J. (2011). *A arte da linguagem corporal. Diga tudo o que pensa sem precisar falar* (p. 26). São Paulo: Editora Saraiva.
- Bryman, A. (2004). *Quantity and quality in social research*. Routledge.
- Butow, P. N., Brown, R. F., Cogar, S., Tattersall, M. H., & Dunn, S. M. (2002). Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psycho-oncology*, 11(1), 47–58. <https://doi.org/10.1002/pon.556>
- Bylund, S., Kobyletzki, L. B., Svalstedt, M., & Svensson, Å. (2020). Prevalence and Incidence of Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *Acta dermato-venereologica*, 100(12), adv00160. <https://doi.org/10.2340/00015555-3510>

- Campos, A. (2016, novembro 6). Utentes dizem que linguagem dos médicos é muito técnica. Público. Retirado a 23 de janeiro de 2019 de: <https://www.publico.pt/2016/11/06/sociedade/noticia/utentes-dizem-que-linguagem-dos-medicos-e-muito-tecnica-1750124>
- Carrapiço, E., & Ramos, V. (2012). A comunicação na consulta: Uma proposta prática para o seu aperfeiçoamento contínuo. Retirado em 21 de dezembro de 2018 de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732012000300010
- Carrillo, M. V. (2014). Comunicação Estratégica no ambiente comunicativo das organizações atuais. Comunicação E Sociedade, 26, 71–80. [https://doi.org/10.17231/comsoc.26\(2014\).2025](https://doi.org/10.17231/comsoc.26(2014).2025)
- Carvalho, I., Silva, R., Pais, V., Braga, M., Vale, I., & Teles, A. et al. (2010). O ENSINO DA COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-UTENTE Uma Proposta em Prática (p. 528). Acta Médica Portuguesa, (23). Retirado a 6 de janeiro de 2019 de: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Zl8aJX6Df1AJ:https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/623/307+&cd=2&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt&client=firefox-b>
- Carvalho, I. P., Pais, V. G., Almeida, S. S., Ribeiro-Silva, R., Figueiredo-Braga, M., Teles, A., Castro-Vale, I., & Mota-Cardoso, R. (2011). Learning clinical communication skills: outcomes of a program for professional practitioners. Patient education and counseling, 84(1), 84–89. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.05.010>
- Chandra, S., Mohammadnezhad, M. and Ward, P. (2018). Trust and Communication in a Doctor- Patient Relationship: A Literature Review (pp. 5). [online] iMedPub Journals. Retirado a 5 de setembro de 2019 de: <http://healthcare-communications.imedpub.com/trust-and-communication-in-a-doctorpatient-relationship-a-literature-review.php?aid=23072>
- Charon R. (2001). The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. JAMA, 286(15), 1897–1902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
- Charon R. (2004). Narrative and medicine. The New England journal of medicine, 350(9), 862–864. <https://doi.org/10.1056/NEJMp038249>

- Choy, L. (2014). The Strengths and Weaknesses of Research Methodology: Comparison and Complimentary between Qualitative and Quantitative Approaches. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science*, 19(4).
- Churruca, K., Pomare, C., Ellis, L. A., Long, J. C., Henderson, S. B., Murphy, L. E. D., Leahy, C. J., & Braithwaite, J. (2021). Patient-reported outcome measures (PROMs): A review of generic and condition-specific measures and a discussion of trends and issues. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 24(4), 1015–1024. <https://doi.org/10.1111/hex.13254>
- Clausewitz, C. (1989). *On war*. Princeton N.J.: Princeton Univ. Pr.
- Clifford, N., Cope, M., Gillespie, T., & French, S. (2016). *Key methods in geography* (3rd ed.). Los Angeles [etc.]: SAGE.
- Colarusso, C.A. (1992). Middle Adulthood (Ages 40–60). In: *Child and Adult Development. Critical Issues in Psychiatry*. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9673-5_11
- Connelly, L. (2013). Demographic data in research studies. Retirado a 4 março de 2021, de: <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA341687270&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=10920811&p=AONE&sw=w>
- Correia, J. (2005). A teoria da comunicação de Alfred Schutz (pp. 11, 153, 160). Lisboa (PT): Livros Horizonte.
- Coutinho, C., (2022). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas*. 2nd ed. Coimbra: Almedina.
- Daymon, C. and Holloway, I., (2011). *Qualitative research methods in public relations and marketing communications*. 2nd ed. New York, NY: Routledge.
- Daniele, F. (2021). The Centrality of Language in Health Communication. *European Scientific Journal*, ESJ, 17(30), 24. <https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n30p24>
- Deland, E., Gordon, J., & Kelly, R. (2015). Let's talk about improving communication in healthcare. Retirado a 3 de dezembro de 2018 de <https://medicalreview.columbia.edu/article/communication-healthcare/>

- Delgado, A., Lopez-Fernandez, L. A., & Luna, J. D. (1993). Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Medical care*, 31(9), 795–800. <https://doi.org/10.1097/00005650-199309000-00004>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: SAGE
- Dermatite atópica afeta gravemente a qualidade de vida. (2022, September 13). *Diário de Notícias*. Retirado em 1 de agosto de 2023 de: <https://www.dn.pt/especiais/saude-e-sustentabilidade/dermatite-atopica-afeta-gravemente-a-qualidade-de-vida-15158317.html>.
- Direção Geral de Saúde. (2018). *Manual de Aconselhamento para a Mudança Comportamental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Dörr, A. (2004). Acerca de la comunicación médico-utente desde una perspectiva histórica y antropológica. *Revista Medica De Chile*, 2004 (132). Retirado em 13 de fevereiro de 2020 de: https://www.researchgate.net/publication/298009185_On_doctor-patient_communication_from_an_anthropological_and_social_point_of_view
- Duarte Melo, A. G., Ruão, T., Balonas, S., Alves, M., & Ferreira, M. (2022). *Guia de Comunicação Em Saúde. Boas Práticas*. <https://doi.org/10.21814/1822.78904>
- Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L., & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social science & medicine* (1982), 61(7), 1516–1528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.02.001>
- Falkheimer, J., & Heide, M. (2018). *Strategic communication* (1st ed.). Routledge.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (1999) Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur J Cancer* 35:1592–1597
- Falvo, D. (2004). *Effective patient education* (3^a ed.). Sudbury, Mass: Jones and Bartlett. Retirado em 6 de janeiro de 2019 de https://books.google.pt/books?id=B2KtVwlyO7cC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r#v=onepage&q&f=false
- Firestone, M., Moya, J., Cohen-Hubal, E., Zartarian, V., & Xue, J. (2007). Identifying childhood age groups for exposure assessments and monitoring. *Risk analysis: an*

- official publication of the Society for Risk Analysis, 27(3), 701–714.
<https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2007.00918.x>
- Fortin, M. (2000). O Processo de Investigação. Da Concepção à Realização (p. 22). Lusodidacta.
- Freud, S., Strachey, J., Freud, A., Strachey, A., Tyson, A., & Breuer, J. (2001). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Vintage.
- Gáspárik, A., & Vass, L. (2014). Relation of Some Communication Parameters to Patients' Education, Gender and Age. Teaching to Communicate Effectively. Procedia - Social And Behavioral Sciences, 142, 367-369. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.07.688
- Ghofranipour, F., Ghaffarifar, S., Ahmadi, F., Hosseinzadeh, H. & Akbarzadeh, A. (2018). Improving interns' patient–physician communication skills: Application of self-efficacy theory, a pilot study (pp. 11). Cogent Psychology, 5(1). Retirado em 5 de setembro de 2019 de: <https://www.cogentoa.com/article/10.1080/23311908.2018.1524083>
- Grau-Muñoz, A., Muñoz-Rodríguez, D. and Marco-Arocas, E. (2019). Culturas de salud y encuentro clínico: percepción de los profesionales sobre las dimensiones que median en el encuentro terapéutico. [online] Scielo.isciii.es. Retirado a 5 de setembro de 2019 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322019000200003&lang=pt#B1
- Greenberg, D. M., Warrier, V., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2018). Testing the empathizing–systemizing theory of sex differences and the extreme male brain theory of autism in half a million people. Proceedings of the National Academy of Sciences, 115(48), 12152–12157. <https://doi.org/10.1073/pnas.1811032115>
- Gschwend, T. (2005). Analyzing Quota Sample Data and the Peer-review Process. French Politics, 3(1), 88-91. <https://doi.org/10.1057/palgrave.fp.8200068>
- Ha, J., & Longnecker, N. (2010). Doctor-Patient Communication: A Review. Retirado a 6 setembro de 2019 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/>
- Habermas, J. (1987). Rationalite de l'agir et rationalisation de la societe. [Paris]: Fayard.
- Hadi, H. A., Tarmizi, A. I., Khalid, K. A., Gajdács, M., Aslam, A., & Jamshed, S. (2021). The epidemiology and global burden of atopic dermatitis: A narrative review. Life, 11(9), 936. <https://doi.org/10.3390/life11090936>

- Haguette, T. (1999). Metodologias qualitativas na sociologia (p. 86). Petrópolis: Vozes.
- Hallahan, K., Van Ruler, B., Holtzhausen, D., & Verčič, D. (2007). Defining Strategic Communication. *International Journal Of Strategic Communication*, 1. Retirado a 04 de fevereiro de 2020 de: <http://dx.doi.org/10.1080/15531180701285244>
- Halpern, D. F. (2000). Sex differences in cognitive abilities (3rd ed.). L. Erlbaum Associates.
- Halpern J. (2003). What is clinical empathy?. *Journal of general internal medicine*, 18(8), 670–674. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x>
- Haron, N., & Ibrahim, N. (2012). Patients' Preference for Doctors: Perceptions of Patients at a Hematology Clinic. *Procedia - Social And Behavioral Sciences*, 66, 187-195. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.11.260
- Harrop, J., Chinn, S., Verlato, G., Olivieri, M., Norbäck, D., Wjst, M., Janson, C., Zock, J. P., Leynaert, B., Gislason, D., Ponzio, M., Villani, S., Carosso, A., Svanes, C., Heinrich, J., & Jarvis, D. (2007). Eczema, atopy and allergen exposure in adults: a population-based study. *Clinical and experimental allergy: journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology*, 37(4), 526–535. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2222.2007.02679.x>
- Hashim, M. (2017). Patient-Centered Communication: Basic Skills. Retirado a 18 de junho de 2022, from <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/0101/p29.html>
- Heide, M., von Platen, S., Simonsson, C., & Falkheimer, J. (2018). Expanding the Scope of Strategic Communication: Towards a Holistic Understanding of Organizational Complexity. *International Journal of Strategic Communication*, 12(4), 452–468. <https://doi.org/10.1080/1553118X.2018.1456434>
- Hinkle, D.E., Wiersma, W., Jurs, S.G. (2003). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. Boston: Houghton Mifflin. 5th ed.
- Hudzik B. (2019). The Wounded Healer: A Doctor's Experience of Being a Patient. *JACC. Case reports*, 1(2), 228–229. <https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2019.06.009>
- Hulsman R. L. (2009). Shifting goals in medical communication. Determinants of goal detection and response formation. *Patient education and counseling*, 74(3), 302–308. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.001>

- Impact of Communication in Healthcare | Institute for Healthcare Communication. (2011). Retirado a 13 de janeiro de 2019 de: <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>
- Institute of Medicine (IOM) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academies Press (US). DOI: 10.17226/10027
- Jagosh, J., Donald Boudreau, J., Steinert, Y., MacDonald, M. E., & Ingram, L. (2011). The importance of physician listening from the patients' perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor–patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 369–374. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.028>
- Janković, S. (2013). Adequate doctor - patient communication. *Racionalna Terapija*, 5(2), 85-88. doi: 10.5937/racter5-4374
- Jefferson, L., Bloor, K., Birks, Y., Hewitt, C., & Bland, M. (2013). Effect of physicians' gender on communication and consultation length: a systematic review and meta-analysis. *Journal of health services research & policy*, 18(4), 242–248. <https://doi.org/10.1177/1355819613486465>
- Jeffrey D. (2016). Clarifying empathy: the first step to more humane clinical care. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(643), e143–e145. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X683761>
- Jerant, A., DiMatteo, R., Arnsten, J., Moore-Hill, M., & Franks, P. (2008). Self-report adherence measures in chronic illness: retest reliability and predictive validity. *Medical care*, 46(11), 1134–1139. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31817924e4>
- Johnson, J. L., Greaves, L., & Repta, R. (2007). Better Science with sex and gender: A Primer for Health Research. Women's Health Research Network.
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International journal of surgery (London, England)*, 5(1), 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2006.01.005>
- Kee, J., Khoo, H., Lim, I., & Koh, M. (2018). Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints. Retirado a 6 setembro de 2019 de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452301116301225>

- King, A., & Hope, R. (2013). "Best Practice" for Patient-Centered Communication: A Narrative Review. Retirado a 10 abril de 2021 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3771166/>
- Kitzinger, J. (2005). Interviewing. In I. Holloway (Ed.), *Qualitative research in health care*: Editor, Immy Holloway. essay, Open University Press.
- Kreps, G. L., Bonaguro, E. W., & Query Jr, J. L. (2003). The history and development of the field of health communication. *Russian Journal of Communication*, 10, 12-20.
- Kreps, G. (2011). Methodological Diversity and Integration in Health Communication Inquiry. Retirado a 4 de Agosto de 2022, de https://www.academia.edu/21346373/Methodological_Diversity_and_Integration_in_Health_Communication_Inquiry?email_work_card=view-paper
- Kreps, G. L., & Neuhauser, L. (2010). New directions in eHealth communication: opportunities and challenges. *Patient education and counseling*, 78(3), 329–336. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.013>
- Kreps G. L. (2020). The value of health communication scholarship: New directions for health communication inquiry. *International journal of nursing sciences*, 7(Suppl 1), S4–S7. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.04.007>
- Krznaric, R. (2015). *Empathy: A handbook for revolution*. Rider Books.
- Kuhn, T. S. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kunsch, M. (2018). A comunicação estratégica nas organizações contemporâneas (p. 14). *Media&Jornalismo*, 18(33).
- Kurtz, S. M., Silverman, J., Draper, J., & Silverman, J. (2005). *Teaching and learning communication skills in medicine* (2nd ed.). Radcliffe Pub.
- Latorre, A., Igea, D. & Arnal, J., 2020. *Bases metodológicas de la investigación educativa*. 1st ed. Barcelona: Experiencia.
- Lazare, A., Putnam, S., & Lipkin Jr., M. (1995). "Three Functions of the Medical Interview" (p. 3-19). In *The Medical Interview Clinical Care, Education, and Research*. Mack Lipkin, Jr., Samuel M. Putnam, and Aaron Lazare. New York: Springer. doi:10.1007/978-1-4612-2488-4.

- Lee, A. S., & Baskerville, R. L. (2003). Generalizing generalizability in Information Systems Research. *Information Systems Research*, 14(3), 221–243. <https://doi.org/10.1287/isre.14.3.221.16560>
- Leonard, P. (2017). Exploring ways to manage healthcare professional—patient communication issues. *Supportive Care in Cancer*, 25(S1), 7–9. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3635-6>
- Levinson, W., Roter, D. L., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M. (1997). Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, 277(7), 553–559. <https://doi.org/10.1001/jama.277.7.553>
- Likert, R. (1932). *A Technique for a Measurement of Attitudes*. New York: Archives of Psychology.
- Lips, H. M. (2008). *Sex and gender: An introduction*. McGraw-Hill Higher Education.
- Littlejohn, S., & Foss, K. (2011). *Theories Of Human Communication* (10^a ed.). Long Grove: Waveland Press, Inc.
- Lopes, F. (2018). *Relação médico-utente e Influência nos Outcomes de Saúde*. Retirado a 18 de março de 2019 de: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/82674/1/Tese%20Final.pdf>
- Lüdke, M., & André, M. (2000). *Pesquisa em educação* (p. 45). Grupo Gen - E.P.U.
- Luhmann, N. (1981). A improbabilidade da comunicação. (pp. 137-140), *Revista Internacional De Ciências Sociais*, XXXIII(1).
- Maanen, J. (1979). Reclaiming Qualitative Methods for Organizational Research: A Preface. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 520. <https://doi.org/10.2307/2392358>
- MacFarland, T. W., & Yates, J. M. (2016). Mann–whitney U test. *Introduction to Nonparametric Statistics for the Biological Sciences Using R*, 103–132. https://doi.org/10.1007/978-3-319-30634-6_4
- Markides M. (2011). The importance of good communication between patient and health professionals. *Journal of pediatric hematology/oncology*, 33 Suppl 2, S123–S125. <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e318230e1e5>

- Martins, J., & Belfo, F. (2011). Métodos De Investigação Qualitativa Estudos De Casos Na Investigação Em Sistemas De Informação. Proelium – Revista Da Academia Militar. Retirado a 7 de dezembro 2020, de https://www.researchgate.net/publication/303346737_Metodos_de_Investigacao_qualitativa_Estudo_de_Casos_na_Investigacao_em_sistemas_de_Informacao.
- Martin, J. (1990) Breaking up the mono-method monopolies in organizational analysis. In: HASSARD, J.; PYM, D. The theory and philosophy of organizations: critical issues and new perspectives. London: Routledge.
- Martin, P., Kliegel, M., Rott, C., Poon, L. W., & Johnson, M. A. (2008). Age differences and changes of coping behavior in three age groups: findings from the Georgia Centenarian Study. *International journal of aging & human development*, 66(2), 97–114. <https://doi.org/10.2190/AG.66.2.a>
- Martins, M. E. (2005, June). Introdução à Probabilidade e à Estatística Com complementos de Excel. Retirado a 10 de março de 2023 de <https://spestatistica.pt/storage/app/uploads/public/5e3/da5/85e/5e3da585eecb6455759468.pdf>
- Mathers, N., Fox, N., & Hunn, A. (2000). Using Interviews in a Research Project. *Research Approaches In Primary Care*. Radcliffe.
- Mattelart, A., & Mattelart, M. (1997). História das Teorias da Comunicação (1st ed., pp. 49, 54). Porto: Campo das Letras.
- McCabe, R., & Healey, P. G. T. (2018). Miscommunication in Doctor-Patient Communication. *Topics in cognitive science*, 10(2), 409–424. <https://doi.org/10.1111/tops.12337>
- McKnight, P. E., & Najab, J. (2010). Kruskal-Wallis Test. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0491>
- McKinstry, B., & Yang, S. (1994). Do patients care about the age of their general practitioner? A questionnaire survey in five practices (p. 349). *British Journal of General Practice*.
- McLuhan, M. (1964). *Understanding Media: The Extensions of Man* (p. 7). Retirado a 10 de janeiro, 2019, de <http://web.mit.edu/allanmc/www/mcluhan.mediummessage.pdf>
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087–1110. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00098-8

- Medaris, A. (2023). Women say they're stressed, misunderstood, and alone. Retirado a 31 de julho de 2023 de: <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2010/gender-stress>
- Mellor, D., & Moore, K. (2013). The Use of Likert Scales With Children. *Journal Of Pediatric Psychology*, 39(3), 369-379. doi: 10.1093/jpepsy/jst079
- Mendes Nunes, J. (2010). *Comunicação em Contexto Clínico* (1ª ed.). Lisboa: MG Familiar.
- Minayo, M., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. *Cadernos De Saúde Pública*, 9(3), 237-248. doi: 10.1590/s0102-311x1993000300002
- MOORE, P., GÓMEZ, G., KURTZ, S., & VARGAS, A. (2010). La comunicación médico utente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?. *Revista Médica De Chile*, 138(8). doi: 10.4067/s0034-98872010000800016
- Mukherji, P., & Albon, D. (2014). *Research Methods in Early Childhood*. Retirado a 1 de novembro de 2021 de: https://in.sagepub.com/sites/default/files/upm-assets/65907_book_item_65907.pdf
- Nahm, F. S. (2016). Nonparametric statistical tests for the continuous data: The basic concept and the practical use. *Korean Journal of Anesthesiology*, 69(1), 2. <https://doi.org/10.4097/kjae.2016.69.1.8>
- Nova IMS. (2020). *Impacto da Dermatite Atópica - Resultados do Estudo de Impacto Social e Económico da Dermatite Atópica em Portugal 2020*. *Jornal Médico*. Retirado a 1 de agosto de 2023 de: https://www.jornalmedico.pt/images/pdf/Infografia_Estudo_Impcato_DA_VF.pdf
- Nothhaft, H., Werder, K. P., Verčič, D., & Zerfass, A. (2018). Strategic Communication: Reflections on an Elusive Concept. *International Journal of Strategic Communication*, 12(4), 352–366. <https://doi.org/10.1080/1553118X.2018.1492412>
- Oliveira, E. & Ruão, T. (2014). Os quatro paradigmas da Comunicação Estratégica e o ensino em Portugal (pp.1013 e 1018). *Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação*.
- Paul, C. (2011). *Strategic Communication* (p.3). Santa Barbara: ABC-CLIO.
- Pawankar, R., Canonica, G. W., Lockey, R. F., Blaiss, M. S., & Holgate, S. T. (2013). *Wao White Book on allergy 2013 update*. WAO. Retirado em 1 de agosto de 2023 de: <https://www.worldallergy.org/wao-white-book-on-allergy>

- Pearson, S. D., & Raeke, L. H. (2000). Patients' trust in physicians: Many theories, few measures, and Little Data. *Journal of General Internal Medicine*, 15(7), 509–513. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.11002.x>
- Porto editora. (2008). *Dicionário da língua portuguesa* (9ª ed.).
- Preston, V. (2009). Questionnaire Survey. *International Encyclopedia Of Human Geography*, 46-52. doi: 10.1016/b978-008044910-4.00504-6
- Prince, V. (2005). Sex vs. Gender. *International Journal of Transgenderism*, 8(4), 29–32. https://doi.org/10.1300/J485v08n04_05
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. van. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Ed. Gradiva. 4.ª Edição
- Rahman, S. (2015). THE CONTRIBUTION MADE BY QUALITATIVE RESEARCH TO TESOL. *International Journal Of English Language Teaching*, 3(2), 1-14. Retirado a 20 de dezembro de 2020 de: https://www.researchgate.net/publication/292380430_THE_CONTRIBUTION_MADE_BY_QUALITATIVE_RESEARCH_TO_TESOL_Teaching_English_to_Speakers_of_Other_Languages
- Ranjan, P. (2015). How can doctors improve their communication skills? *JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH*. <https://doi.org/10.7860/jcdr/2015/12072.5712>
- Ratna, H. (2019). The importance of effective communication in healthcare practice. *HPHR Journal*, (23), 1–6. <https://doi.org/10.54111/0001/w4>
- Ratzan, S. C., Payne, J. G., & Bishop, C. (1996). The status and scope of health communication. *Journal of health communication*, 1(1), 25–41. <https://doi.org/10.1080/108107396128211>
- Reis, M. (2019). João Pedroso de Lima. “As pessoas comportam-se melhor numa biblioteca do que num hospital”. *Jornal i*, 4 de março de 2019. <https://ionline.sapo.pt/2019/03/04/joao-pedroso-de-lima-as-pessoas-comportam-se-melhor-numa-biblioteca-do-que-num-hospital/>
- Ricou, M., Salgado, J., Alves, C., Duarte, I., Teixeira, Z., Barrias, J., & Nunes, R. (2004). *A Comunicação e a Alteração de Comportamentos*. Psicologia, Saúde & Doenças.

- Rönmark, E. P., Ekerljung, L., Lötvall, J., Wennergren, G., Rönmark, E., Torén, K., & Lundbäck, B. (2012). Eczema among adults: Prevalence, risk factors and relation to airway diseases. results from a large-scale population survey in Sweden. *British Journal of Dermatology*, 166(6), 1301–1308. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2012.10904.x>
- Rosengren, K. (2000). *Communication: an introduction*. London: Sage.
- Roter, D., & Hall, J. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors* (2^a ed., p. 7). Westport, Conn.: Praeger.
- Roter, D., & Hall, J. (2004). Physician gender and patient-centered communication: A critical review of empirical research (pp. 497, 510). *Annu. Rev. Public. Health*.
- van Ruler, B. (2018). Communication Theory: An Underrated Pillar on Which Strategic Communication Rests. *International Journal of Strategic Communication*, 12(4), 367–381. <https://doi.org/10.1080/1553118X.2018.1452240>
- Saccol, A. (2009). Um Retorno Ao Básico: Compreendendo Os Paradigmas De Pesquisa E Sua Aplicação Na Pesquisa Em Administração. *Revista De Administração Da Universidade Federal De Santa Maria*, 2(2). Retirado a 7 de dezembro de 2020 de: <https://www.redalyc.org/pdf/2734/273420378007.pdf>
- Sampieri, R. (2007). *Metodologia de Pesquisa* (4^a ed.). São Paulo: McGraw Hill.
- Sánchez, C. (2023) Comparison of Pearson and spearman correlation for didactic purposes, ResearchGate. Retirado a 30 de março de 2023 de: https://www.researchgate.net/profile/Ciro-Sanchez-2/publication/367156909_Comparison_of_Pearson_and_Spearman_Correlation_for_didactic_purposes/data/63c3a781d7e5841e0bccd707/Correlation-Pearson-Spearman-ENGLISH.pdf
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do utente: problemas e desafios. Retirado a 10 de janeiro de 2019 de: <http://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-comunicacao-em-saude-e-seguranca-X0870902510898583>
- Scales, P. C., Benson, P. L., Oesterle, S., Hill, K. G., Hawkins, J. D., & Pashak, T. J. (2015). The dimensions of successful young adult development: A conceptual and measurement framework. *Applied developmental science*, 20(3), 150–174. <https://doi.org/10.1080/10888691.2015.1082429>

- Schiavo, R. (2007). *Health Communication From Theory to Practice* (1st ed., p. 31). San Francisco: Jossey-Bass.
- Schiavo, R. (2014). *Health communication: From theory to practice* (2nd ed.). John Wiley & Sons, Incorporated.
- Schiavo, R. (2023). Embracing cultural humility in clinical and public health settings: A prescription to bridge inequities. *Journal of Communication in Healthcare*, 16(2), 123–125. <https://doi.org/10.1080/17538068.2023.2221556>
- Schieber, A., Delpierre, C., Lepage, B., Afrite, A., Pascal, J., Cases, C., Lombrail, P., Lang, T. & Kelly-Irving, M. (2014). Do gender differences affect the doctor–patient interaction during consultations in general practice? Results from the INTERMEDE study. *Family Practice* (31). Retirado a 21 de novembro de 2019 de: <https://academic.oup.com/fampra/article/31/6/706/592408>
- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice* (1st ed.). SAGE Publications Ltd.
- Sedgwick, P. (2014). Cluster sampling. *BMJ*, 348(jan31 2), g1215-g1215. doi: 10.1136/bmj.g1215
- Seoane, J. (2010). Vista de Las autonomías del utente (p.62). [online] Dilemata.net. Retirado a 5 de setembro de 2019 de: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/35/29>
- Serra, P. (2007). *Manual de Teoria de Comunicação*. Covilhã: Livros Labcom.
- Seufert, E. (2014). Quantitative Methods for Product Management. *Freemium Economics*, 47-82. doi: 10.1016/b978-0-12-416690-5.00003-8
- Shah, R. & Ogden, J. (2006). What“s in a face?“ The role of doctor ethnicity, age and gender in the formation of patients“ judgements: an experimental study (p. 2-9). *Patient Educ Couns* 60 (2).
- Sharma, N., Mohan Nahak, F., & Kanozia, R. (2019). Identifying the Gaps of Health Communication Research:A Systematic Review. *Journal Of Content, Community And Communication*, 10(9). doi: 10.31620/jccc.12.19/13
- Silva, I., Veloso, A., & Keating, J. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. Retirado a 1 de janeiro de 2021, de:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-72502014000100012

- Silva, P. (2008). A comunicação na prática médica: O seu papel como componente terapêutico (pp. 510). Retirado a 15 de novembro de 2018 de: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10531>
- Silvestre Salvador, J. F., Romero-Pérez, D., & Encabo-Durán, B. (2017). Atopic Dermatitis in Adults: A Diagnostic Challenge. *Journal of investigational allergology & clinical immunology*, 27(2), 78–88. <https://doi.org/10.18176/jiaci.0138>
- Sim, D., Yuan, S., & Yun, J. (2016). Health literacy and physician-patient communication: a review of the literature (p. 109) Retirado a 18 de setembro de 2019 de <http://communicationandhealth.ro/upload/number10/DON-SIM.pdf>
- Soares, V., & Castro, D. (2012). Ou Isto ou Aquilo? A Integração entre Pesquisa Qualitativa e Quantitativa em Estudos Organizacionais no Brasil. Presentation, Curitiba.
- Sobral, D., & Figueiredo-Braga, M. (2016). Family Physician Communication, Quality of Care and the use of Computer in the Consultation – The Patient's Perspective. *Procedia Computer Science*, 100, 594-601. doi: 10.1016/j.procs.2016.09.200
- SOTER, N. A. (1989). Morphology of atopic eczema. *Allergy*, 44(s9), 16–19. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.1989.tb04310.x>
- Stake, R. E., & Chaves, A. M. (2012). A arte da investigação com Estudos de Caso (2nd ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stake, R. E. (2010). *The Art of Case Study Research*. Sage Publ.
- Steyn, B. (2000). Steyn: Model for developing corporate communication strategy Model for developing corporate communication strategy. Researchgate. Retirado a 14 de novembro de 2020 de: https://www.researchgate.net/publication/265230020_Steyn_Model_for_developing_corporate_communication_strategy_Model_for_developing_corporate_communication_strategy
- Stewart, MA. (1995) Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 152:1423–1433

- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory (2nd ed.). Sage Publications, Inc
- Su, M., Zhou, Z., Si, Y., & Fan, X. (2022). The Association Between Patient-Centered Communication and Primary Care Quality in Urban China: Evidence From a Standardized Patient Study. *Frontiers in public health*, 9, 779293. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.779293>
- SZASZ, T. S., & HOLLENDER, M. H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *A.M.A. archives of internal medicine*, 97(5), 585–592. <https://doi.org/10.1001/archinte.1956.00250230079008>
- Taylor, C., Graham, J., Potts, HW., Richards MA., Ramirez, AJ. (2005) Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s. *Lancet* 366:742–744
- Torgirmon, B. N., & Minson, C. T. (2005). Sex and gender: what is the difference?. *Journal of applied physiology* (Bethesda, Md.: 1985), 99(3), 785–787. <https://doi.org/10.1152/japplphysiol.00376.2005>
- Tsimpri, P. (2018). Doctor-patient communication and improvement practices. Retirado a 27 de fevereiro de 2020 de https://www.researchgate.net/publication/325477393_Doctor_Patient_Communication
- Tsugawa, Y., Jena, A. B., Figueroa, J. F., Orav, E. J., Blumenthal, D. M., & Jha, A. K. (2017). Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians. *JAMA internal medicine*, 177(2), 206–213. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7875>
- Tsugawa, Y., Newhouse, J. P., Zaslavsky, A. M., Blumenthal, D. M., & Jena, A. B. (2017). Physician age and outcomes in elderly patients in hospital in the US: observational study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 357, j1797. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1797>
- Tulsky, J. A., Beach, M. C., Butow, P. N., Hickman, S. E., Mack, J. W., Morrison, R. S., Street, R. L., Jr, Sudore, R. L., White, D. B., & Pollak, K. I. (2017). A Research Agenda for Communication Between Health Care Professionals and Patients Living With Serious Illness. *JAMA internal medicine*, 177(9), 1361–1366. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.2005>
- Velten, J., Arif, R., & Moehring, D. (2017). When Pain Can be Managed by Managing the Communication: The Influence of Indirect Providers on HCAHPS. Retirado a 04 de

março de 2020 de <http://communicationandhealth.ro/upload/number11/JUSTIN-VELTEN.pdf>

- Veldhuijzen, W., Mogendorff, K., Ram, P., van der Weijden, T., Elwyn, G., & van der Vleuten, C. (2013). How doctors move from generic goals to specific communicative behavior in real practice consultations. *Patient education and counseling*, 90(2), 170–176. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.005>
- Verhoeven, P., Zeffass, A., Verčič, D., Moreno, Á., & Tench, R. (2019). Strategic Communication across Borders: Country and Age Effects in the Practice of Communication Professionals in Europe. *International Journal Of Strategic Communication*, 14(1), 60-72. <https://doi.org/10.1080/1553118x.2019.1691006>
- Verissimo, R. (2002). *Desenvolvimento Psicossocial (Erik Erikson) (1st ed.)*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto.
- Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalck, S., Deveugele, M., & Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *International journal for equity in health*, 11, 12. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-12>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento (10th ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Visser, L. N. C., Kunneman, M., Murugesu, L., van Maurik, I., Zwan, M., Bouwman, F. H., Schuur, J., Wind, H. A., Blaauw, M. S. J., Kragt, J. J., Roks, G., Boelaarts, L., Schipper, A. C., Schooneboom, N., Scheltens, P., van der Flier, W. M., & Smets, E. M. A. (2019). Clinician-patient communication during the diagnostic workup: The ABIDE project. *Alzheimer's & dementia (Amsterdam, Netherlands)*, 11, 520–528. <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2019.06.001>
- von Humboldt, S., & Leal, I. (2014). Adjustment to aging in late adulthood: A systematic review. *International Journal of Gerontology*, 8(3), 108–113. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2014.03.003>
- Walonick, D. S. (2013). *Survival statistics*. StatPac Inc.
- Weiner J. P. (2012). Doctor-patient communication in the e-health era. *Israel journal of health policy research*, 1(1), 33. <https://doi.org/10.1186/2045-4015-1-33>

- Weldring, T., & Smith, S. M. (2013). Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health services insights*, 6, 61–68.
<https://doi.org/10.4137/HSI.S11093>
- Wiśniewski, J. W. (2022). The possibilities on the use of the spearman correlation coefficient. ResearchGate. Retirado a 30 de março de 2023 de [https://www.researchgate.net/publication/362218857 THE POSSIBILITIES ON THE USE OF THE SPEARMAN CORRELATION COEFFICIENT](https://www.researchgate.net/publication/362218857_THE_POSSIBILITIES_ON_THE_USE_OF_THE_SPEARMAN_CORRELATION_COEFFICIENT)
- Wolf, M. (2003). *Teorias da Comunicação* (pp. 10, 26, 49). 8th ed. Lisboa: EDITORIAL PRESENÇA
- Wolton, D. (2004). *Pensar a comunicação* (p. 27). Brasília, DF: Editora UnB
- Wolton, D. (2013). *Informer n'est pas communiquer*. (p. 26). Paris: CNRS Éditions.
- World Health Organization. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. Geneva: WHO
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (4th ed.). Sage Publication.
- Zaharias, G., Piterman, L., & Liddell, M. (2004). Doctors and Patients: Gender Interaction in the Consultation: *Academic Medicine*. Retirado a 28 de fevereiro de 2020 de: https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2004/02000/Doctors_and_Patients_Gender_Interaction_in_the.11.aspx
- Zenger, J., & Folkman, J. (2014, July 23). Are women better leaders than men?. *Harvard Business Review*. Retirado a 31 de julho de 2023 de: <https://hbr.org/2012/03/a-study-in-leadership-women-do>
- Zhao, G., Yang, H., Yang, J., Zhang, L., & Yang, X. (2021). A data-based adjustment for Fisher Exact Test. *European Journal of Statistics*, 1(1), 74–107.
<https://doi.org/10.28924/ada/stat.1.74>

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Questionário aplicado nas entrevistas coletivas.....	73
Quadro 2 - Subcategorias relativas à categoria “Relação com o médico atual”.....	76
Quadro 3 - Subcategorias relativas à categoria “Disponibilidade e abertura ao diálogo pelo médico”.....	77
Quadro 4 - Subcategorias relativas à categoria “Competências sociais e comunicativas do médico”.....	77
Quadro 5 – Síntese dos resultados dos inquéritos por questionário.....	158

LISTA DE FIGURAS

Figura n.º 1 – Gráfico circular referente à idade dos participantes.....	81
Figura n.º 2 – Gráfico circular referente ao número de visitas ao médico por ano.....	82
Figura n.º 3 – Gráfico circular referente à idade do médico.....	83
Figura n.º 4 – Gráfico circular referente à duração da consulta.....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela n.º 1 – Tabela de frequências 1. Residência do Inquirido.....	100
Tabela n.º 2 – Tabela de frequências 2. Idade do Inquirido.....	101
Tabela n.º 3 – Tabela de frequências 3. Sexo do Inquirido.....	102
Tabela n.º 4 – Tabela de frequências 4. Escolaridade do Inquirido.....	102
Tabela n.º 5 – Tabela de frequências 5. Serviço de saúde do Inquirido.....	103
Tabela n.º 6 – Tabela de frequências 6. Nº de consultas anuais do Inquirido.....	104
Tabela n.º 7 – Tabela de frequências 7. Nº de consultas anuais do Inquirido no Serviço Privado de Saúde.....	104
Tabela n.º 8 – Tabela de frequências 8. Nº de consultas anuais do Inquirido no Serviço Público de Saúde.....	105
Tabela n.º 9 – Tabela de frequências 9. Sexo do médico do Inquirido.....	105
Tabela n.º 10 – Tabela de frequências 10. Sexo do médico do Inquirido – Serviço Privado de Saúde.....	106
Tabela n.º 11 – Tabela de frequências 11. Sexo do médico do Inquirido – Serviço Público de Saúde.....	106
Tabela n.º 12 – Tabela de frequências 12. Idade do médico do Inquirido.....	107
Tabela n.º 13 – Tabela de frequências 13. Idade do médico do Inquirido Serviço Privado de Saúde.....	108

Tabela n.º 14 – Tabela de frequências 14. Idade do médico do Inquirido Serviço Público de Saúde.....	108
Tabela n.º 15 – Tabela de frequências 15. Característica que os participantes mais apreciam no seu médico.....	109
Tabela n.º 16 – Tabela de frequências 16. Tempo médio da duração da consulta.....	110
Tabela n.º 17 – Tabela de frequências 17. Relação de comunicação entre médico e utente	111
Tabela n.º 18 – Tabela de frequências 18. Disponibilidade do médico para receber o utente.....	112
Tabela n.º 19 – Tabela de frequências 19. Médico apresenta uma escuta ativa durante a consulta.....	113
Tabela n.º 20 – Tabela de frequências 20. Médico aborda os pensamentos, preocupações, sentimentos e expectativas sobre o problema de saúde do utente.....	114
Tabela n.º 21 – Tabela de frequências 21. Médico esclarece todas as dúvidas do utente.....	114
Tabela n.º 22 – Tabela de frequências 22. Médico recorre sempre a uma linguagem de fácil compreensão.....	115
Tabela n.º 23 – Tabela de frequências 23. O médico explica sempre os tratamentos e exames que me prescreve	116
Tabela n.º 24 – Tabela de frequências 24. Médico deixa o utente à vontade para colocar todas as questões que considera importantes.....	116
Tabela n.º 25 – Tabela de frequências 25. Médico certifica-se de que não existem dúvidas por parte do utente quanto ao que foi falado e decidido em consulta.....	117
Tabela n.º 26 – Tabela de frequências 26. Médico envolve o utente no processo de decisão terapêutica, valorizando a sua opinião.....	118
Tabela n.º 27 – Tabela de frequências 27. Médico interessa-se pelo utente e não apenas pela sua doença.....	118
Tabela n.º 28 – Tabela de frequências 28. Médico responde aos contactos fora do horário de consulta.....	119

Tabela n.º 29 – Tabela de frequências 29. médico explica várias vezes as indicações terapêuticas.....	120
Tabela n.º 30 – Tabela de frequências 30. Desde que o utente é seguido pelo médico atual que a sua doença se encontra estável.....	120
Tabela n.º 31 – Tabela de frequências 31. Utente não tem dificuldades em perceber a informação que o médico transmite.....	121
Tabela n.º 32 – Tabela de frequências 32. Médico não utiliza uma linguagem muito técnica.....	122
Tabela n.º 33 – Tabela de frequências 33. Médico não se mostra preocupado em cumprir o horário da consulta.....	122
Tabela n.º 34 – Tabela de frequências 34. Médico não interrompe e deixa terminar de falar.....	123
Tabela n.º 35 – Tabela de frequências 35. Médico não está focado no computador durante a consulta.....	124
Tabela n.º 36. Relação de comunicação entre médico e utente tendo em conta a idade do médico.....	125
Tabela n.º 37. Relação entre a idade do médico e a característica que o utente mais aprecia.....	127
Tabela n.º 38. Relação de comunicação entre médico e utente tendo em conta o sexo do médico.....	129
Tabela n.º 39. Relação entre o sexo do médico e a característica que o utente mais aprecia.....	130
Tabela n.º 40. Relação de comunicação entre médico do sexo masculino e utente tendo em conta a idade do médico.....	132
Tabela n.º 41. Relação de comunicação entre médico do sexo feminino e utente tendo em conta a idade do médico.....	134
Tabela n.º 42. Relação entre serviço de saúde onde o médico exerce atividade e a predisposição para comunicar com utente.....	138
Tabela n.º 43. Relação de comunicação entre médico e utente tendo em conta a idade do médico e o serviço de saúde onde trabalha.....	141

Tabela n.º 44 – Relação de comunicação entre médico e utente tendo em conta o sexo do médico e o serviço público de saúde onde trabalha.....	145
Tabela n.º 45 – Relação de comunicação entre médico e utente tendo em conta o sexo do médico e o serviço privado de saúde onde trabalha.....	147
Tabela n.º 46 – Relação de comunicação entre médico e utente tendo em conta o sexo do médico – feminino - e o serviço de saúde onde trabalha.....	150
Tabela n.º 47 – Relação de comunicação entre médico e utente tendo em conta o sexo do médico – masculino - e o serviço de saúde onde trabalha.....	153
Tabela n.º 48 – Relação entre região onde utente é seguido e a predisposição do médico para comunicar com utente.....	155

APÊNDICES

Apêndice A: Guião entrevistas coletivas

I. DETALHES DO GRUPO

Organização: ADERMAP - Associação Dermatite Atópica Portugal

Formato: online, via Zoom

Data:

Duração:

Horário:

Nome da entrevistadora: Filipa Couto

Nome do participante:

II. CONTEXTUALIZAÇÃO

- **Descrição da investigação:** dar a conhecer aos participantes o estudo em causa e os objetivos do mesmo.

- **Consentimento assinado:** solicitação a cada participante da assinatura de um consentimento informado, onde descreve de forma breve o estudo e objetivos, além de garantir o total anonimato dos participantes. Assegurar também a divulgação dos dados recolhidos durante a entrevista coletiva, bem como a sua divulgação em contexto científico.
- **Pedir autorização para gravar:** recolher autorização dos participantes para gravar as entrevistas coletivas com vista a uma transcrição exata.

III. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

- Nome;
- Idade;
- Escolaridade;
- Localidade:

IV. CARACTERIZAÇÃO DO MÉDICO QUE SEGUE O UTENTE

- Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?
- Que idade tem o seu médico?
- Qual o sexo do seu médico?

V. CARACTERIZAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-UTENTE

- Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?
- Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?
- Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?
- O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?
- O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?
- Quanto tempo em média demora a consulta?

- Sente que o médico apressa a consulta?
- Sente que o tempo da consulta é suficiente?
- Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?

Apêndice B: Formulário de consentimento

Exmo.(a) Sr.(a)

O estudo ‘Pode a idade e o sexo dos médicos afetar a sua predisposição para ouvir os utentes? Uma avaliação da perceção dos utentes dos serviços de saúde portugueses’, com vista à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Comunicação pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, é da inteira responsabilidade da aluna Filipa Couto, com o número de cartão de cidadão 13230763.

Ao aceitar fazer parte deste estudo, gostaria de informar que os dados aqui recolhidos são única e exclusivamente para o desenvolvimento deste trabalho académico, garantindo-se o total anonimato do participante.

Procedimentos

Os participantes deste grupo focal são convidados a debater alguns tópicos e a dar a sua opinião na sequência das perguntas lançadas pelo investigador/moderador no âmbito do tema acima referido.

A sessão terá gravação audiovisual e serão tomadas notas escritas. As gravações serão utilizadas apenas para efeitos de análise das perceções dos participantes e servirão apenas como material informativo sem referência às respostas de qualquer pessoa específica. Da gravação

resultará a transcrição das respostas dadas pelos participantes através de tabelas normativas para análise dos resultados. As gravações serão destruídas após defesa e publicação da tese de doutoramento.

Tratamento De Dados

O tratamento dos dados obtidos garante o anonimato do participante, nunca sendo feito qualquer tipo de uso que possa revelar a identidade do participante. Os dados recolhidos apenas servirão para a elaboração desta tese de doutoramento.

O tratamento dos dados pessoais será feito de acordo com o RGPD e todas as disposições, nomeadamente sobre a recolha, processamento, armazenamento e destruição dos dados pessoais, serão cumpridas, para devida proteção da privacidade.

O autor assegura que qualquer publicação ou divulgação pública, não levará a uma violação do anonimato e da confidencialidade acordada.

A recolha e análise de dados deste estudo serão integradas na tese de doutoramento que ficará em acesso público no Repositório Científico da FCSH com acesso aberto. A tese não conterá quaisquer dados pessoais que possam revelar direta ou indiretamente a identidade de uma pessoa singular.

Identificação Dos Investigadores

Se tiver qualquer questão ou apreensão com este estudo, poderá contactar:

– Filipa Couto, aluna de doutoramento em Ciências da Comunicação da Faculdade de Ciências Sociais de Humanas da Universidade Nova de Lisboa, através do email: f.alex_couto@hotmail.com

– Prof.^a Doutora Ana Margarida Barreto (orientadora da aluna que realiza esta teses de doutoramento), através do email: abbarreto@fcsb.unl.pt

Compreendo os procedimentos acima descritos. As minhas questões foram respondidas de forma satisfatória e concordo em participar neste estudo. Foi-me dada uma cópia deste protocolo.

Nome participante

Assinatura e Data

Apêndice C: Transcrição das entrevistas coletivas

I. DETALHES DO GRUPO 1

Organização: ADERMAP - Associação Dermatite Atópica Portugal

Formato: online, via Zoom

Data: 2 de abril de 2022

Duração: 60 minutos

Horário: 14h30 – 15h30

Nome da entrevistadora: Filipa Couto

Participante 1

Caracterização participante

- **Sexo:** Masculino

- **Idade:** 41-50

- **Escolaridade:** Ensino Básico

- **Localidade:** Lisboa

Caracterização do médico que segue o utente

- Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?

+ de 4 vezes por ano

- Que idade tem o seu médico?

30 - 39

- Qual o sexo do seu médico?

Feminino

Caracterização da relação médico-utente

- Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?

Sim. Sempre fui bem atendido e que tem interesse em querer ajudar.

- Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?

Sim

- Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?

Sim

- O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?

Sim

- O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?

Sim

- Quanto tempo em média demora a consulta?

+ 20 minutos

- Sente que o médico apressa a consulta?

Não

- Sente que o tempo da consulta é suficiente?

Sim

- Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?

Eu acho que não. Já fui consultado por médicos com mais idade e por outros mais novos, que não foram todos iguais. Tive anteriormente uma médica mais velha e achei-a mais arrogante, mas foi a única até à data de hoje. Mas acho que a idade e o sexo não interferem.

Participante 2

- **Sexo:** Feminino
- **Idade:** 51 - 60
- **Escolaridade:** Ensino Superior
- **Localidade:** Lisboa

Caracterização do médico que segue o utente

- **Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?**

4 vezes por ano

- **Que idade tem o seu médico?**

60 - 69

- **Qual o sexo do seu médico?**

Masculino

Caracterização da relação médico-utente

- **Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?**

O meu médico é muito calado. Não consigo perceber se é por falta de disponibilidade ou se é pelo próprio feitio. Sou eu que coloco muitas vezes as questões e a resposta é sempre muito reduzida. Não quer dizer que os tratamentos que ele me tenha feito não estivessem a resultar, mas não consigo perceber se o facto de ele ser calado é pelo próprio feitio. É um médico que não responde muito às minhas perguntas.

- **Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?**

Não

- **Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?**

Não

- **O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?**

Sim

- **O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?**

Não

- **Quanto tempo em média demora a consulta?**

10 minutos

- **Sente que o médico apressa a consulta?**

Não

- **Sente que o tempo da consulta é suficiente?**

Sim

- **Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?**

Não consigo fazer essa correlação. Parece-me que seja uma questão de personalidade. Não consigo responder de forma objetivo a esta pergunta.

Participante 3

- **Sexo:** Feminino

- **Idade:** 18-30

- **Escolaridade:** ensino Superior

- **Localidade:** Lisboa

Caracterização do médico que segue o utente

- **Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?**

4 vezes por ano

- **Que idade tem o seu médico?**

40 - 49

- **Qual o sexo do seu médico?**

Feminino

Caracterização da relação médico-utente

- **Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?**

Responde a tudo o que pergunto e é compreensiva

- **Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?**

Sim

- **Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?**

Não

- **O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?**

Sim

- **O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?**

Não

- **Quanto tempo em média demora a consulta?**

+ 20 minutos

- **Sente que o médico apressa a consulta?**

Não

- **Sente que o tempo da consulta é suficiente?**

Sim

- **Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?**

Penso que tem que ver mais com a personalidade dos médicos do que com o sexo e a idade. Penso que nenhuma destas questões afeta.

Participante 4

- **Sexo:** Feminino

- **Idade:** 41 - 50

- **Escolaridade:** Ensino básico

- **Localidade:** Lisboa

Caracterização do médico que segue o utente

- **Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?**

4 vezes por ano

- **Que idade tem o seu médico?**

50 - 59

- **Qual o sexo do seu médico?**

Feminino

Caracterização da relação médico-utente

- **Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?**

Sinto um acompanhamento muito grande por parte da minha médica. Ela não é de muitas palavras, mas está sempre disponível para responder a qualquer questão, a qualquer dúvida e para ver comigo qualquer situação que eu ache que deva ser melhorada/alterada. Tenho, de facto, um acompanhamento

muito forte nesse sentido, tanto a nível do hospital como em qualquer circunstância, através de telefone, email ou mensagem. A médica está sempre disponível para ajudar.

- Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?

Sim

- Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?

Sim

- O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?

Sim

- O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?

Sim

- Quanto tempo em média demora a consulta?

20 minutos

- Sente que o médico apressa a consulta?

Não

- Sente que o tempo da consulta é suficiente?

Sim

- Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?

Já tive contacto com diferentes médicos de diferentes idades e sexo e as reações e a forma de comunicação são sempre diferentes. Penso que a diferença estará na personalidade do médico e não tanto no sexo e idade, a vontade de ouvir e de ajudar. No caso da minha médica, quero acreditar que ela será disponível com todos os utentes e não apenas comigo. E eu acho que ela tem uma boa comunicação e uma boa predisposição para saber ouvir, perceber e ajudar com os problemas de cada um. Contudo, já tive experiências e situações em que já tive médicas mais novas e sinto que há uma predisposição maior da parte delas para ouvir e tentar ajudar mais. Parecem-me mais interessadas. E talvez os médicos mais velhos, com mais anos de experiência, podem não ter tanta paciência para nos ouvirem e dar certas explicações. Sinto, de facto, mais à vontade e predisposição de médicas mais novas para um acompanhamento mais próximo.

Participante 5

- Sexo: Masculino

- Idade: 18 - 30

- Escolaridade: Ensino básico

- Localidade: Lisboa

Caracterização do médico que segue o utente

- Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?

3 vezes por ano

- Que idade tem o seu médico?

30 - 39

- Qual o sexo do seu médico?

Masculino

Caracterização da relação médico-utente

- Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?

Sinto uma disponibilidade muito grande por parte do médico que me acompanha. Não há pressa para terminar a consulta em função das minhas dúvidas e questões.

- Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?

Sim

- Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?

Sim

- O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?

Sim

- O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?

Sim

- Quanto tempo em média demora a consulta?

+ 20 minutos

- Sente que o médico apressa a consulta?

Não

- Sente que o tempo da consulta é suficiente?

Sim

- Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?

Acho que tem mais que ver com o feitio do que com a idade e o sexo do médico. Não vejo qualquer relação entre estes dois fatores. Já tive médicos de idades e sexos diferentes, mas não consigo relacionar isso com a predisposição e com a relação que têm com o doente. Mas acredito que um médico mais velho não tenha tanta paciência como um médico mais novo.

II. DETALHES DO GRUPO 2

Organização: ADERMAP - Associação Dermatite Atópica Portugal

Formato: online, via Zoom

Data: 5 de maio de 2022

Duração: 50 minutos

Horário: 17h45

Nome da entrevistadora: Filipa Couto

Participante 1 (6)

- **Sexo:** Masculino
- **Idade:** 41 - 50
- **Escolaridade:** Ensino superior
- **Localidade:** Porto

Caracterização do médico que segue o utente

- **Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?**

2 vezes por ano

- **Que idade tem o seu médico?**

40 - 49

- **Qual o sexo do seu médico?**

Feminino

Caracterização da relação médico-utente

- **Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?**

Sim, completamente. Está sempre disponível.

- **Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?**

Sim

- **Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?**

Sim

- O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?

Sim

- O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?

Sim

- Quanto tempo em média demora a consulta?

+ 20 minutos

- Sente que o médico apressa a consulta?

Não

- Sente que o tempo da consulta é suficiente?

Sim

- Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?

Não sinto que haja relação entre a idade e o sexo e a capacidade para ouvir os utentes.

Participante 2 (7)

- **Sexo:** Feminino

- **Idade:** 18 - 30

- **Escolaridade:** Ensino superior

- **Localidade:** Lisboa

Caracterização do médico que segue o utente

- Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?

4 vezes por ano

- Que idade tem o seu médico?

50 - 59

- Qual o sexo do seu médico?

Feminino

Caracterização da relação médico-utente

- Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?

Por vezes a comunicação é um bocadinho complicada. Sinto que poderia ser um pouco melhor. Não há uma comunicação regular.

- Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?

Sim

- Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?

Sim

- O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?

Sim

- O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?

Não

- Quanto tempo em média demora a consulta?

+ 20 minutos

- Sente que o médico apressa a consulta?

Não

- Sente que o tempo da consulta é suficiente?

Sim

- Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?

Creio que é algo intrínseco à personalidade. Contudo, parece-me que há uma tendência para os médicos serem um pouco mais conservadores nas terapêuticas, enquanto que os mais novos estão mais virados para a investigação e são um pouco mais abertas. Mas também há médicos mais velhos com essa abertura. O sexo não é um fator decisivo. Mas noto que à medida que cresci e fui passando pela puberdade, acabei por procurar médicas mulheres. Talvez pela necessidade de haver alguma identificação. Sinto que há uma tendência para uma maior abertura dos médicos mais novos e uma maior sensibilidade das médicas mulheres.

Participante 3 (8)

- Sexo: Feminino

- Idade: 31 - 40

- Escolaridade: Ensino superior

- Localidade: Lisboa

Caracterização do médico que segue o utente

- Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?

4 vezes por ano

- Que idade tem o seu médico?

30 - 39

- Qual o sexo do seu médico?

Feminino

Caracterização da relação médico-utente

- Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?

Sim, sempre.

- Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?

Sim

- Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?

Sim

- O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?

Sim

- O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?

Sim

- Quanto tempo em média demora a consulta?

+ 20 minutos

- Sente que o médico apressa a consulta?

Não

- Sente que o tempo da consulta é suficiente?

Sim

- Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?

A mim facilita-me o facto de ter uma mulher médica. Há particularidades da doença que se calhar é mais fácil falar com uma médica, por questões de mulheres. É também mais fácil se for uma médica próxima da minha idade, pois é mais fácil fazer uma partilha do lado emocional e enquadrar o meu problema. Também reparei que as médicas mais novas tendem a sugerir uma ioga ou pilates, uma alimentação saudável, ou seja, sugerir ou tipo de terapêuticas alternativas que possam melhorar o meu lado emocional e o meu bem-estar físico que possam diretamente ajudar-me. E talvez uma dermatologia mais conservadora já não faça esta abordagem 360.

Participante 4 (9)

- **Sexo:** Masculino
- **Idade:** 41 - 50
- **Escolaridade:** Ensino secundário
- **Localidade:** Lisboa

Caracterização do médico que segue o utente

- **Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?**

+ de 4 vezes por ano

- **Que idade tem o seu médico?**

50 - 59

- **Qual o sexo do seu médico?**

Feminino

Caracterização da relação médico-utente

- **Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?**

Sim, muito disponível. Nunca fiquei com dúvidas penduradas.

- **Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?**

Sim

- **Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?**

Sim

- **O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?**

Sim

- **O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?**

Sim

- **Quanto tempo em média demora a consulta?**

+ 20 minutos

- **Sente que o médico apressa a consulta?**

Não

- **Sente que o tempo da consulta é suficiente?**

Sim

- Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?

Eu acredito que existam tendências. Eu nunca senti diferenças relacionadas com sexo e idade. Tive primeiramente uma demagogista na casa dos 50 anos que, pelo contrário, não levou a lado nenhum, não consegui ser diagnosticado, o tratamento não estava a levar a nada. E foi uma médica mais nova que me levou para o hospital para ser seguido e que me fez o diagnóstico.

Participante 5 (10)

- Sexo: Feminino

- Idade: 41 - 50

- Escolaridade: Ensino superior

- Localidade: Lisboa

Caracterização do médico que segue o utente

- Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?

+ de 4 vezes por ano

- Que idade tem o seu médico?

30 - 39

- Qual o sexo do seu médico?

Feminino

Caracterização da relação médico-utente

- Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?

Quando questiono também me respondem sempre.

- Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?

Sim

- Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?

Não

- O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?

Sim

- O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?

Sim

- Quanto tempo em média demora a consulta?

15 minutos

- Sente que o médico apressa a consulta?

Não

- Sente que o tempo da consulta é suficiente?

Sim

- Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?

Tenho esta médica há cerca de 1 ano. Mas anterior passei por vários médicos. Mas o meu primeiro médico era mais velho e faltava-lhe a parte da empatia e a dimensão emocional. Disse-me 'É uma doença para o resto da vida, por isso habitue-se'. Em relação ao sexo, não sinto que fosse a questão.

III. DETALHES DO GRUPO 3

Organização: ADERMAP - Associação Dermatite Atópica Portugal

Formato: online, via Zoom

Data: 19 de maio de 2022

Duração: 60 minutos

Horário: 18h15

Nome da entrevistadora: Filipa Couto

Participante 1 (11)

- **Sexo:** Masculino

- **Idade:** 18 - 30

- **Escolaridade:** Ensino secundário

- **Localidade:** Porto

Caracterização do médico que segue o utente

- Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?

4 vezes por ano

- Que idade tem o seu médico?

30 - 39

- Qual o sexo do seu médico?

Feminino

Caracterização da relação médico-utente

- Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?

Sim, a minha médica até facultou o contacto móvel dela para caso tivesse alguma urgência para lhe ligar.

- Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?

Sim

- Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?

Sim

- O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?

Sim

- O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?

Sim

- Quanto tempo em média demora a consulta?

15 minutos

- Sente que o médico apressa a consulta?

Não

- Sente que o tempo da consulta é suficiente?

Sim

- Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?

Acho que a idade demonstra mais experiência, mas a disponibilidade não varia consoante a idade e o sexo. A disponibilidade e a predisposição para ouvir não são influenciados pela idade e sexo.

Participante 2 (12)

- **Sexo:** Feminino
- **Idade:** 31 - 40
- **Escolaridade:** Ensino superior
- **Localidade:** Porto

Caracterização do médico que segue o utente

- **Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?**

+ de 4 vezes por ano

- **Que idade tem o seu médico?**

40 - 49

- **Qual o sexo do seu médico?**

Masculino

Caracterização da relação médico-utente

- **Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?**

O médico está disponível. Facultou-me os contactos para dúvidas. No SNS as consultas têm sempre uma duração mais apertada, mas no essencial consigo sempre resolver com ele e tenho sempre aqueles meios paralelos. Sinto que há abertura.

- **Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?**

Sim

- **Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?**

Sim

- **O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?**

Sim

- **O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?**

Sim

- **Quanto tempo em média demora a consulta?**

10 minutos

- **Sente que o médico apressa a consulta?**

Sim

- **Sente que o tempo da consulta é suficiente?**

Não

- Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?

Em relação à idade, creio que não há grande diferença. Creio que tem mais a ver com a personalidade e a empatia. Na minha experiência, sinto que a questão do sexo é mais visível. As médicas mulheres, por exemplo, têm mais sensibilidade para a questão estética. No caso desta doença esta é uma vertente muito importante. Já tive uma médica que se preocupava muito com a questão estética e me receitava medicamentos para fortalecer o cabelo, por exemplo. Mas também já aconteceu ter uma médica em que pedi um creme para as estrias e a médica disse que com a minha pele não me podia preocupar com isso. Também sinto que os médicos mais novos são mais ativos e mais interventivos noutras dimensões do que um médico mais convencional.

Participante 3 (13)

- **Sexo:** Feminino
- **Idade:** 51 - 60
- **Escolaridade:** Ensino superior
- **Localidade:** Porto

Caracterização do médico que segue o utente

- Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?

4 vezes por ano

- Que idade tem o seu médico?

60 - 69

- Qual o sexo do seu médico?

Masculino

Caracterização da relação médico-utente

- Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?

Não tenho contactos telefónicos, mas também não quis, pois em alturas de crise levava-me a pegar no telefone e ligar e, assim, leva-me a pensar um bocadinho. Mas sempre que necessito de alguma coisa há disponibilidade. Há abertura por parte do médico.

- Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?

Sim

- Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?

Sim

- O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?

Sim

- O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?

Sim

- Quanto tempo em média demora a consulta?

10 minutos

- Sente que o médico apressa a consulta?

Sim

- Sente que o tempo da consulta é suficiente?

Não

- Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?

Sinto maior abertura das médicas para falar de questões estéticas ao contrário dos médicos, algo muito importante nesta doença. Não senti diferença em relação à idade dos médicos. Mas senti que os médicos mais novos faziam mais perguntas. Senti-os mais interessados no meu historial.

IV. DETALHES DO GRUPO 4

Organização: ADERMAP - Associação Dermatite Atópica Portugal

Formato: online, via Zoom

Data: 14 de julho de 2022

Duração: 60 minutos

Horário: 21h00

Nome da entrevistadora: Filipa Couto

Participante 1 (14)

- **Sexo:** Feminino

- **Idade:** 31 - 40

- **Escolaridade:** Ensino superior

- **Localidade:** Porto

Caracterização do médico que segue o utente

- **Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?**

4 vezes por ano

- **Que idade tem o seu médico?**

40 - 49

- **Qual o sexo do seu médico?**

Feminino

Caracterização da relação médico-utente

- **Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?**

Sim, vai além daquilo que eu preciso de saber para além do tratamento. Aborda a parte pessoal e de que forma é que a minha rotina diária poderia ser melhorada para ir ao encontro do tratamento que eu precisava. Tem atenção não só a componente da pele, mas também o meu bem-estar e como isso influencia tudo o resto. E penso que isto foi a chave desta relação duradoura com a médica.

- **Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?**

Sim

- **Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?**

Sim

- **O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?**

Sim

- **O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?**

Sim

- **Quanto tempo em média demora a consulta?**

20 minutos

- **Sente que o médico apressa a consulta?**

Não

- **Sente que o tempo da consulta é suficiente?**

Sim

- **Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?**

Eu não tenho a certeza se é dependente do sexo, mas acho que a idade poderá ter influência. Ou seja, há uma disponibilidade diferente de acordo com todos os dermatologistas que conheci até chegar a esta médica com que estou agora. Eram normalmente pessoas mais velhas com uma escola diferente. E, neste caso, o facto de ser uma pessoa muito ligada à investigação faz com que procure saber a causa e o efeito. A forma como a interdisciplinaridade e a variabilidade entre doentes pode ser direccionada se houver esse cuidado em conhecer o doente. Por isso, neste caso penso que a idade pode influenciar pela geração em que eu encontrei a médica quando comecei a lidar com ela, quando comparado com outros médicos com quem estive antes. Mas penso que o sexo não tem influência.

Participante 2 (15)

- **Sexo:** Masculino
- **Idade:** 31 - 40
- **Escolaridade:** Ensino superior
- **Localidade:** Lisboa

Caracterização do médico que segue o utente

- **Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?**

4 vezes por ano

- **Que idade tem o seu médico?**

30 - 39

- **Qual o sexo do seu médico?**

Masculino

Caracterização da relação médico-utente

- **Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?**

Ao nível do cuidado médico, fica muito pela terapêutica, pois a conversa não flui muito para outros campos. Mas há empatia. Ao nível dos cuidados de enfermagem há muito mais proximidade.

- **Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?**

Sim

- **Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?**

Não

- **O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?**

Sim

- **O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?**

Não

- **Quanto tempo em média demora a consulta?**

20 minutos

- **Sente que o médico apressa a consulta?**

Não

- **Sente que o tempo da consulta é suficiente?**

Sim

- **Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?**

Não consigo ter uma opinião sobre isto. Já apanhei médicos homens e mulheres, mais velhos e mais novos e não consigo fazer uma correlação. Eu tenho um médico homem mais velho e outro mais novo e ambos me ouvem. Já tive dermatologistas mulheres mais novas e mais velhas e que não mostravam interesse, assim como dermatologistas homens com diferentes idades. Por isso, eu não consigo fazer essa ligação.

Participante 3 (16)

- **Sexo:** Feminino

- **Idade:** 41 - 50

- **Escolaridade:** Ensino superior

- **Localidade:** Porto

Caracterização do médico que segue o utente

- **Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?**

3 vezes por ano

- **Que idade tem o seu médico?**

30 - 39

- **Qual o sexo do seu médico?**

Feminino

Caracterização da relação médico-utente

- **Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?**

Sim, tenho abertura para falar de várias coisas.

- Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?

Sim

- Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?

Sim

- O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?

Sim

- O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?

Sim

- Quanto tempo em média demora a consulta?

15 minutos

- Sente que o médico apressa a consulta?

Não

- Sente que o tempo da consulta é suficiente?

Sim

- Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?

Da minha experiência em relação à idade e sexo dos médicos não noto diferença. Noto sim diferenças entre especialidades médicas. Enquanto o dermatologista se mostrou fechado o alergologista mostrou-se mais disponível em abordar temas como a alimentação, estilo de vida, estado emocional. Mas enquanto profissional de saúde (enfermeira) vejo médicos mais velhos, da velha guarda, que estão naquele pedestal, “eu é que sei”, foi sempre assim e não há muita abertura. Mas também tenho a percepção de que nos médicos mais velhos as mulheres têm mais abertura. Dos médicos mais novos acho que já têm uma maior abertura e sabem que quem percebe da doença é o doente. Entre o sexo não noto grande diferença. Também acho que os muito novos acham que sabem tudo.

Participante 4 (17)

- **Sexo:** Masculino

- **Idade:** 31 - 40

- **Escolaridade:** Ensino superior

- **Localidade:** Porto

Caracterização do médico que segue o utente

- Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?

4 vezes por ano

- Que idade tem o seu médico?

30 - 39

- Qual o sexo do seu médico?

Feminino

Caracterização da relação médico-utente

- Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?

Sim. Eu acho que tive muita sorte com os médicos que apanhei. Há muita empatia.

- Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?

Sim

- Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?

Sim

- O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?

Sim

- O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?

Sim

- Quanto tempo em média demora a consulta?

20 minutos

- Sente que o médico apressa a consulta?

Não

- Sente que o tempo da consulta é suficiente?

Sim

- Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?

Eu nasci com dermatite atópica e quando cheguei à minha adolescência senti que a médica de família (bastante mais velha) não estava a tomar a atenção devida. Sentia-me a piorar e ela só me dava mais cortisona e não resolvia nada. Senti que não tinha o acompanhamento de que precisava. Então, procurei outras alternativas. Fui a uma médica mais nova de imunoalergologia no hospital de Gaia e também não senti que recebia a atenção necessária. Tive a sorte de encontrar um médico na CUF que era espetacular, que me encaminhou para onde estou e, aí, tive bastante sorte. Ou seja, tive médicos novos e médicos mais velhos, uns espetaculares e outros nem tanto. Ou seja, não encontro uma relação. No ICBAS lido com médicos todos os dias e não vejo relação nenhuma entre idade, sexo e disponibilidade para ouvir os doentes.

Participante 5 (18)

- **Sexo:** Feminino
- **Idade:** 41 - 50
- **Escolaridade:** Ensino superior
- **Localidade:** Porto

Caracterização do médico que segue o utente

- **Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?**

3 vezes por ano

- **Que idade tem o seu médico?**

30 - 39

- **Qual o sexo do seu médico?**

Masculino

Caracterização da relação médico-utente

- **Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?**

As consultas são bastante curtas, é para controlo da terapêutica. Mas todas as dúvidas que me surgem o médico responde e está completamente disponível.

- **Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?**

Sim

- **Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?**

Sim

- **O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?**

Sim

- **O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?**

Sim

- **Quanto tempo em média demora a consulta?**

15 minutos

- **Sente que o médico apressa a consulta?**

Não

- Sente que o tempo da consulta é suficiente?

Sim

- Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?

Eu não posso dizer que há uma ligação entre o sexo e a idade e o acompanhamento. O que eu sinto é que alguns médicos estagnaram, não procuraram mais informação. Eu bati no fundo em 2017 e fui a um médico que já estava reformado e que me disse para seguir para um hospital mais central porque estava uma medicação em fase 3 e eu estive num congresso na Suíça e isto está prestes a entrar, por isso procura. por isso, não posso associar o sexo nem a idade.

Participante 6 (19)

- Sexo: Feminino

- Idade: 41 - 50

- Escolaridade: Ensino secundário

- Localidade: Porto

Caracterização do médico que segue o utente

- Quantas vezes vai ao médico (SNS) por ano, apenas no âmbito desta especialidade?

+ de 4 vezes por ano

- Que idade tem o seu médico?

50 - 59

- Qual o sexo do seu médico?

Feminino

Caracterização da relação médico-utente

- Sente que ele se mostra disponível para o ouvir e responder a todas as suas dúvidas, além das questões terapêuticas (dimensão psicossocial)?

Sempre disponível a qualquer hora do dia e da noite. Tenho o telemóvel da médica. Tudo o que eu preciso fora de horas está sempre disponível.

- Sente que o médico ouve a sua opinião e leva-a em conta?

Sim

- Se lhe surgir alguma dúvida/problema fora da consulta o médico mostra-se disponível para ouvir?

Sim

- O médico certifica-se de que percebeu a informação terapêutica?

Sim

- O médico tenta abordar as suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o problema?

Sim

- Quanto tempo em média demora a consulta?

5 minutos

- Sente que o médico apressa a consulta?

Não

- Sente que o tempo da consulta é suficiente?

Sim

- Considera que a idade e o sexo do médico são variáveis influenciadoras para uma relação próxima entre médico e utente?

Eu passei por médicos, tanto homens como mulheres, porque desde pequena tive vários internamentos longos. Todos os médicos me trataram sempre com muito carinho. Nunca senti que houvesse diferença entre sexos ou idades.

Apêndice D: Quadros de codificação – contagem das unidades de registo (resultados entrevistas coletivas)

Quadro 5 – Contagem das unidades de registo na categoria “Relação com o médico atual”

Relação de comunicação entre médico e utente																				
Categoria	Relação com o médico atual	Entr. 1	Entr. 2	Entr. 3	Entr. 4	Entr. 5	Entr. 6	Entr. 7	Entr. 8	Entr. 9	Entr. 10	Entr. 11	Entr. 12	Entr. 13	Entr. 14	Entr. 15	Entr. 16	Entr. 17	Entr. 18	Entr. 19
Subcategorias	Maior Cumplicidade (Agostinho et al., 2010; Pearson e Raeke, 2000)				1	1				1		1	1		1		1	1	1	
	Menor Cumplicidade (Agostinho et al., 2010; Pearson e Raeke, 2000)			1				1								1				
	Empática (Barnsley et al., 1999; Jeffrey, 2016)	1		1			1		1		1			1						
	Empatia neutra (Halpern, 2003)																			
Total		19																		

Fonte: Autor

Quadro 6 – Contagem das unidades de registo na categoria “Disponibilidade e abertura ao diálogo pelo médico”

Relação de comunicação entre médico e utente																				
Categoria	Disponibilidade e abertura ao diálogo pelo médico	Entr. 1	Entr. 2	Entr. 3	Entr. 4	Entr. 5	Entr. 6	Entr. 7	Entr. 8	Entr. 9	Entr. 10	Entr. 11	Entr. 12	Entr. 13	Entr. 14	Entr. 15	Entr. 16	Entr. 17	Entr. 18	Entr. 19
Subcategorias	Disponível para ouvir (McKinstry e Yang, 1994; Jagosh et al., 2011)	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Não disponível para ouvir (McKinstry e Yang, 1994; Ranjan, 2015)		1					1												
Total		19																		

Fonte: Autor

Quadro 7 – Contagem das unidades de registo na categoria “Competências sociais e comunicativas do médico”

Relação de comunicação entre médico e utente																				
Categoria	Competências sociais e comunicativas do médico	Entr. 1	Entr. 2	Entr. 3	Entr. 4	Entr. 5	Entr. 6	Entr. 7	Entr. 8	Entr. 9	Entr. 10	Entr. 11	Entr. 12	Entr. 13	Entr. 14	Entr. 15	Entr. 16	Entr. 17	Entr. 18	Entr. 19
Subcategorias	Maior abertura à comunicação (Roter e Hall, 2004; Carvalho et al., 2010)																			
	Menor abertura à comunicação (Roter e Hall, 2004; Moore et al., 2010)		1					1								1				
	Disponível para esclarecer dúvidas (Moore et al., 2010)	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1	1			1	1	1	1
	Limita diálogo à patologia e terapêutica (Visser et al., 2019)																			
	Tem escuta ativa (Falvo, 2004)																			
	Exploração das questões emocionais (Shah e Ogden, 2006; Hashim, 2017)															1				
Total		19																		

Fonte: Autor

Apêndice E: Modelo do inquérito por questionário

Introdução:

O meu nome é Filipa Couto e sou aluna de doutoramento da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

O presente questionário tem como objetivo obter a perceção das pessoas com dermatite atópica sobre a sua relação com o médico que as segue de forma mais regular (dermatologista ou imunoalergologista).

Ao aceitar fazer parte deste estudo, gostaria de informar que os dados aqui recolhidos são única e exclusivamente para o desenvolvimento deste trabalho académico, garantindo-se o total anonimato do participante. Os dados recolhidos apenas servirão para a elaboração desta tese de doutoramento. O tratamento dos dados pessoais será feito de acordo com o RGPD e todas as disposições, nomeadamente sobre a recolha, processamento, armazenamento e destruição dos dados pessoais, serão cumpridas, para devida proteção da privacidade.

O autor assegura que qualquer publicação ou divulgação pública não levará a uma violação do anonimato e da confidencialidade acordada. A recolha e análise de dados deste estudo serão integradas na tese de doutoramento que ficará em acesso público no Repositório

Científico da FCSH com acesso aberto. A tese não conterá quaisquer dados pessoais que possam revelar direta ou indiretamente a identidade de uma pessoa singular.

Qualquer esclarecimento poderá contactar através do e-mail f.alex_couto@hotmail.com. Muito obrigada por participar!

1) Quantas vezes por ano visita o seu médico no âmbito do acompanhamento da dermatite atópica?

1 a 2 vezes

3 a 4 vezes

5 ou mais

2) Qual o sexo do seu médico?

Feminino

Masculino

3) Idade do seu médico

20-29

30-39

40-49

50-59

60-69

+ 70

4) Qual a característica que mais aprecia no seu médico (indique apenas uma)

Simpatia

Disponibilidade para me atender

Abertura a dúvidas

Conhecimento clínico

Despreocupação com o tempo da consulta

Contacto visual

Nenhuma

Outro _____

5) Quanto tempo em média demora a consulta

5 minutos

10 minutos

15 minutos

20 minutos

+ de 20 minutos

Considerando a sua percepção da relação com o seu médico, indique, numa escala de 1 a 5, onde 1 representa “Discordo Totalmente” e 5 “Concordo Totalmente”, o seu nível de concordância com cada uma das seguintes frases:

6) O meu médico está disponível para me receber

- ☐ 1 Discordo totalmente
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 Concordo totalmente

7) O meu médico tem uma escuta ativa durante a consulta

- ☐ 1 Discordo totalmente
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 Concordo totalmente

8) O meu médico aborda os meus pensamentos, preocupações, sentimentos e expectativas sobre o meu problema de saúde

- ☐ 1 Discordo totalmente
- ☐ 2
- ☐ 3

- ☐ 4
- ☐ 5 Concordo totalmente

9) O meu médico esclarece todas as minhas dúvidas

- ☐ 1 Discordo totalmente
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 Concordo totalmente

10) O meu médico recorre sempre a uma linguagem de fácil compreensão

- ☐ 1 Discordo totalmente
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 Concordo totalmente

11) O meu médico explica-me sempre os tratamentos e exames que me prescreve

- ☐ 1 Discordo totalmente
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 Concordo totalmente

12) O meu médico deixa-me à vontade para colocar todas as questões que considero importantes

- ☐ 1 Discordo totalmente
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 Concordo totalmente

13) O meu médico certifica-se de que não tenho dúvidas quanto ao que foi falado e decidido em consulta

- ☐ 1 Discordo totalmente

- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 Concordo totalmente

14) O meu médico envolve-me no processo de decisão terapêutica, valorizando a minha opinião

- ☐ 1 Discordo totalmente
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 Concordo totalmente

15) O meu médico interessa-se por mim e não apenas pela minha doença

- ☐ 1 Discordo totalmente
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 Concordo totalmente

16) O meu médico responde aos meus contactos fora do horário de consulta

- ☐ 1 Discordo totalmente
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 Concordo totalmente

17) O meu médico repete/explica várias vezes as indicações terapêuticas

- ☐ 1 Discordo totalmente
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 Concordo totalmente

18) Desde que sou seguida por este médico que a minha doença se encontra estável

- ☐ 1 Discordo totalmente
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 Concordo totalmente

19) Tenho dificuldades em perceber a informação que o meu médico me passa

- ☐ 1 Discordo totalmente
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 Concordo totalmente

20) O meu médico utiliza uma linguagem muito técnica

- ☐ 1 Discordo totalmente
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 Concordo totalmente

21) O meu médico está preocupado em cumprir o horário da consulta

- ☐ 1 Discordo totalmente
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 Concordo totalmente

22) O meu médico interrompe-me e não me deixa terminar de falar

- ☐ 1 Discordo totalmente
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 Concordo totalmente

23) O meu médico está focado no computador durante a consulta

- 1 Discordo totalmente
- 2
- 3
- 4
- 5 Concordo totalmente

24) Idade

18-30

31-40

41-50

51-60

+61

25) Sexo

Masculino

Feminino

26) Escolaridade

Ensino básico

Ensino secundário

Ensino Superior

27) Serviço de saúde onde é seguido por este médico

Privado

Público

