

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
Universidade do Porto



Dissertação | Artigo de Revisão Bibliográfica
Mestrado Integrado em Medicina 2009/2010

RUÍDOS E INTERFERÊNCIAS NA COMUNICAÇÃO MÉDICO-DOENTE: Uma Revisão Bibliográfica

Nuno Miguel Gonçalves da Silva
Mestrado Integrado em Medicina - 6º ano profissionalizante
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
Universidade do Porto
Morada: Rua do Madoufe nº106, 4455-477 Perafita, Matosinhos
n-m-silva@hotmail.com

Orientador(a): Dra. Sara Mendes Moreira
Licenciatura: Medicina
Grau Académico: Licenciatura

Porto 2010

RESUMO

Introdução | Nos últimos anos, vem surgindo cada vez mais evidência da importância de inúmeros factores que influenciam a recepção e a transmissão das mensagens partilhadas entre o médico e o doente, factores estes diferenciados em dois grandes grupos: ruídos e interferências. Defende-se que o treino e a análise apurada destes aspectos da comunicação contribuem para a optimização da relação médico-doente.

Objectivos | Efectuar uma revisão bibliográfica onde seja abordada a influência de ruídos e de interferências (associadas a preconceitos quanto a aspectos sócio-demográficos e à aparência física) na relação médico-doente. Analisar os efeitos do treino e da formação específicos de comunicação.

Desenvolvimento | Os doentes manifestam uma tendência alargada para a preferência de profissionais do sexo feminino. Os estudos demonstram que as diferenças entre o padrão comunicacional de médicos e médicas estão em sinergia com as atitudes diferenciais dos doentes. Sobre o impacto da idade do médico na competência atribuída pelo paciente, observou-se que os médicos entre os 30 e os 50 anos reúnem maior consenso. A etnia/raça demonstra exercer influência, constatando-se que relações entre médicos e doentes de etnias ou raças não concordantes culminam, mais frequentemente, na insatisfação do paciente.

A imagem ideal do médico é um tema controverso, havendo dados sugestivos de que a conduta do médico pode alterar a percepção do doente, independentemente da indumentária.

Quanto às interrupções, observa-se que estas podem contribuir para o desenvolvimento de emoções negativas do doente ou do próprio clínico.

O uso do computador durante a consulta não parece ter alterado o padrão de satisfação dos doentes, destacando-se a perícia do médico e a capacidade de gerir a relação como os factores-chave desta questão.

O treino comunicacional demonstra, na literatura recolhida, dados concordantes com a optimização das aptidões comunicacionais.

Conclusões | As interferências condicionam o comportamento e o grau de satisfação dos doentes, provocando, igualmente, alterações na conduta dos clínicos. Os ruídos, do mesmo modo, podem ser prejudiciais tanto para o médico como para o doente.

A formação e o treino da comunicação devem ser explorados, no sentido de optimizar as competências comunicacionais dos profissionais e dos estudantes das áreas da saúde.

Palavras – chave:

Comunicação; preconceitos; sexo do médico; idade do médico; etnia/raça; especialidade; aparência física; interrupções; computador; treino da comunicação.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a reflexão sobre o conceito de saúde tem sido centrada, primariamente, nos mecanismos fisiopatológicos e nos tratamentos disponíveis, mais que na resolução dos sintomas expressos pelos doentes.¹

A arte de cuidar e de comunicar com o doente - marcada pelas emoções, expectativas e competências relacionais - tem sido, assim, colocada em segundo plano.

Não obstante, na última década, um corpo crescente de evidência tem vindo a realçar a importância da qualidade da comunicação entre o médico e o doente, suportando a sua poderosa influência tanto nos resultados psicossociais como nos biomédicos.^{2,3}

No que é relativo à fenomenologia da interacção médico-doente observa-se, antes de mais, que esta relação em que um e outro dos intervenientes se encontram face a face possui características idiossincráticas, consistindo num encontro de um doente angustiado ou incongruente com um médico capaz de o receber e de assumir calmamente essa situação.⁴ Um dos aspectos singulares desta relação resulta precisamente do facto de um dos intervenientes no encontro ser um doente, já que, do ponto de vista formal, esta interacção estabelecida face a face não é simétrica. Na verdade, entre cada um dos intervenientes, há diferenças de *status*, papel, objectivos e expectativas, estando o médico incumbido da tarefa de dirigir a relação e da responsabilidade de criar condições que favoreçam a sintonia comunicacional com o doente que se lhe apresenta.⁵ Nesta relação interpessoal assimétrica, o doente expõe as suas queixas – que constituem a forma de relação com o médico – sendo estas passíveis de uma determinada descodificação. As suas angústias e os seus medos devem encontrar no médico um código que lhes dê um sentido psicológico e existencial, no drama específico e pessoal da sua vivência.

Desta forma, a questão crucial que caracteriza e distingue a relação entre médico e doente de uma outra relação interpessoal pode ser resumida, em termos gerais, na codificação da angústia e, em termos particulares, na descodificação dos sintomas.⁴

Numa era da medicina cada vez mais focada nos avanços tecnológicos e farmacológicos, é fulcral meditar sobre a importância da comunicação como pedra basilar da relação médico-doente, assim como no risco que decorre do seu menosprezo – a desumanização da prática médica.⁵

Uma premissa que deve estar presente na mente de todos os clínicos, na sua interacção com o doente, é a de que o comportamento não tem oposto. Por outras palavras, não existe um não-comportamento. Sendo aceite que todo o comportamento, numa situação interaccional, tem valor de mensagem, ou seja, é comunicação, conclui-se que por muito que o individuo se esforce, é-lhe impossível não comunicar. Actividade ou inactividade, palavras ou silêncio, tudo possui valor da mensagem; influencia outros e esses outros, respondam ou não,

estão também a comunicar.⁶

A comunicação é, assim, simultaneamente, uma atitude social e criadora da própria sociedade, sendo onnipresente ao ponto de parecer um dado adquirido e negligenciável.⁷

Contrariamente à concepção de que a comunicação é apenas um meio de traçar um diagnóstico, uma vasta corrente de novos achados reforçam a sua importância como um objectivo na relação médico-doente, generalizando a ideologia patente na metáfora de *Balint*: “o médico é o fármaco mais prescrito”.⁸

Apesar de a comunicação ser uma ferramenta universal presente em toda a actividade humana, a qualidade com que ela se estabelece varia entre indivíduos, sendo defendido que esta pode ser aperfeiçoada, adaptando-se às exigências do meio.⁷ Torna-se, pois, importante dar corpo à ideia de que a comunicação deve ser explorada e treinada pelos profissionais de saúde, ao mesmo tempo que se deve encorajar o reconhecimento íntimo dos aspectos que a podem afectar.

Na escola processual da comunicação, no que concerne aos factores que afectam quer a emissão quer e a recepção das mensagens, há dois tipos distintos descritos: os ruídos e as interferências.

Os ruídos, alvo de particular atenção por parte de *Shannon* e *Weaver*⁹, são fenómenos físicos, adicionados à mensagem entre a transmissão e a sua recepção, com potencial para afectar ambas. A sua influência é exercida ao nível dos fenómenos sensoriais e geralmente são evidentes e relativamente fáceis de evitar.⁷ Exemplos clássicos de ruídos que podem estar presentes na prática médica são as chamadas telefónicas durante a consulta, as interrupções devidas à entrada de terceiros no consultório e as pausas decorrentes da interacção do médico com o computador.

As interferências, ao contrário dos ruídos, são subtis e, por isso, mais difíceis de evitar, constituindo fenómenos de dimensão psicológica que determinam a forma como o receptor faz a leitura das mensagens. Sob o ponto de vista fenomenológico da relação, estão descritas três classes distintas de interferências: as cognitivas, as emocionais e as sociais.

Aplicando o conceito de interferência ao médico, as interferências cognitivas caracterizam-se pela sua incapacidade de perceber ou compreender o doente, devido a pensamentos automáticos que desenvolveu e sedimentou ao longo do seu trajecto pessoal e profissional.

Por seu turno, as interferências emocionais retratam a influência das suas emoções na interpretação que faz das mensagens do doente. A sua correcção depende do grau de domínio que o médico possui sobre as suas emoções, sendo importante, antes de mais, ter consciência da sua influência no desenrolar da interacção.

Por último, as interferências sociais decorrem da diferença sócio-cultural entre o doente e o médico, sempre que isso implique uma menor motivação do médico em explicitar os factos

ao seu doente por descrédito das suas capacidades, atitude que leva à manutenção da ignorância do doente quanto aos seus problemas; estão igualmente presentes quando o médico relata os factos de acordo com o seu próprio perfil cultural, tornando a mensagem imperceptível para um doente com formação diferente da dele.⁷

Apesar de, no panorama geral da publicação médica, o conceito de interferência se focar essencialmente no médico, é incontornável que, numa visão global da relação, também o doente pode estar na sua génese. *Short*¹⁰ advoga que durante a consulta há duas pessoas “em trabalho” - o médico que pretende fazer o diagnóstico e o doente que avalia o médico – sendo o doente aquele que, frequentemente, chega mais depressa a uma conclusão.

Neste sentido, os estereótipos e preconceitos quanto às características sócio-demográficas e à aparência física, em certa parte decorrentes do esforço do doente em compreender o mundo do médico que se lhe apresenta, constituem exemplos claros da combinação dos três tipos de interferências, reunindo o potencial necessário para o condicionamento da competência atribuída ao médico e da confiança a ele dedicada.⁷

A influência de todos estes factores tem, nos últimos anos, sido alvo de especial interesse, numa tentativa de melhor compreender os aspectos inerentes ao médico, ao doente ou a condicionantes extrínsecas que dificultam o desenrolar da relação. Sob este aspecto, a literatura existente indica que a prevalência de consultas consideradas difíceis é de cerca de 15% e que, independentemente do que as origina, delas resulta menor concentração na efectividade de cuidados, desperdício de energia pelo médico, protestos de pacientes e funcionários e persistência dos problemas de saúde do paciente.¹¹⁻¹³

Perante a complexidade, inconveniência e dissimulação das interferências, defende-se que apenas e tão-somente o treino comunicacional, associado a uma abordagem crítica da comunicação, pode diminuir o seu impacto, ora pelo aumento da capacidade de detectar a sua existência, ora pelo desenvolvimento dos mecanismos necessários à sua minimização.⁵ Em acréscimo, é de prever que, além da diminuição dos obstáculos que se erguem à transmissão correcta das mensagens, a própria expressão da informação possa ser optimizada com o treino adequado.

A transmissão apropriada da informação, nos diversos contextos e situações inerentes à prática médica, constitui um dos maiores, senão o maior desafio da prática clínica. A sua influência é hoje, mais do que nunca, elevada, pelas evidências que os padrões de satisfação dos doentes estão fortemente enraizados na conduta humana do médico, concretizando-se, entre outros, na empatia, na sinceridade, na amabilidade e credibilidade por eles sentida.¹⁴⁻¹⁵

Perante tudo isto, na construção de um modelo de medicina holístico e humanista, é absolutamente indispensável que se reflecta sobre o mais elementar e fulcral alicerce da interacção humana – a comunicação.

OBJECTIVOS

Este trabalho tem como objectivo a revisão bibliográfica da literatura disponível acerca de ruídos e interferências presentes na interacção médico-doente.

Por um lado, pretende-se caracterizar a influência de interferências baseadas em preconceitos quanto a aspectos sócio-demográficos e à aparência física, no decorrer da interacção médico-doente.

Por outro lado, procura-se relatar o real impacto de ruídos frequentemente presentes durante a consulta, como os telefonemas, as interrupções por terceiros e a interacção do médico com o computador.

Por último, numa tentativa de tornar a discussão dos pontos anteriores mais abrangente, avaliar-se-á em que medida o treino comunicacional pode alterar as estratégias de comunicação do médico, ao mesmo tempo em que se reflectirá sobre a importância de uma boa comunicação entre o médico e o seu doente.

MATERIAL E MÉTODOS

A recolha da literatura utilizada nesta revisão foi efectuada através de pesquisas *online*, nas bases de dados electrónicas **Pubmed** (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/), **Medline Plus** (www.nlm.nih.gov/medlineplus/) e **PsycINFO** (www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx).

As palavras-chave utilizadas na pesquisa automática foram: *physician gender/age preference; ethnic/racial discrimination; patient-physician relationship; physician style/outfit; piercings; interruptions during consultations; computer; electronic records; communication; work alliance; improving communication skills e patient satisfaction*.

Além da pesquisa automática foi ainda elaborada pesquisa manual, recorrendo às referências bibliográficas de artigos previamente encontrados, sempre que o foco do estudo coincidissem com o leque de variáveis que se pretende avaliar.

DESENVOLVIMENTO

1. O PRECONCEITO COMO FENÓMENO DE INTERFERÊNCIA

O preconceito, enquanto atitude derivada de pré-julgamentos com tendência para a discriminação de pessoas, grupos, classes, lugares ou tradições, encerra três dimensões fundamentais: a cognitiva, a emocional e a comportamental. Esta concepção, disseminada por toda a bibliografia de cariz académico, foi estabelecida à custa de autores como *Allport*

(1954)¹⁶, que se debruçaram sobre esta temática, procurando encontrar respostas e sentido prático para este conceito.

No campo da comunicação em contexto médico, muito se tem aprofundado sobre o impacto dos preconceitos, enquanto fenómenos que interferem na relação médico-doente.

1.1 - Sexo do médico

Durante largas décadas, a medicina foi dominada pelo sexo masculino, dado que as condições sociais não favoreciam o acesso das mulheres ao ensino superior. À medida que o número de mulheres envolvidas na prática clínica foi aumentando, a discussão sobre as preferências dos utentes foi sendo alargada e, na mesma medida, foram sendo levantadas hipóteses relacionadas com o preconceito do doente quanto ao sexo do médico.¹⁷

Nas últimas décadas, numerosos estudos em diversos contextos focaram-se na influência desempenhada pelo sexo do médico na competência e na confiança atribuídas pelo doente.

A maioria dos estudos realizados sobre este tema, demonstram, em traços gerais, uma tendência para a valorização dos profissionais do sexo feminino.¹⁷⁻²²

A investigação realizada por *Reena Shah et al.* (2006)²⁰, no contexto da Medicina Geral e Familiar, constitui um dos exemplos em que se constatou que o sexo feminino do médico estava associado a avaliações mais elevadas. Sob este ponto, os fundamentos apontados pelos utentes foram a actuação mais delicada, a maior exploração de aspectos emocionais, a maior capacidade de explicação e técnica e o maior *empowerment* do doente, aspectos que foram relacionados com uma maior confiança no diagnóstico e um maior grau de satisfação.

Noutro contexto, *Lafta* (2006)¹⁷ realizou um estudo baseado em questionários, em Bagdad, através do qual pretendia aferir a preferência das mulheres pelo género do seu ginecologista/obstetra, concluindo que 73% preferiam uma ginecologista do sexo feminino e 79% tinham a mesma preferência pelo obstetra. Este estudo concluiu ainda que as razões para esta preferência basearam-se, sobretudo, em tradições sociais e religiosas, facto perfeitamente congruente com o achado de que um médico do sexo masculino seria aceite, em situação de emergência, por 79,2% das mulheres.

Em contraponto com estes estudos, *Heje et al.* (2010)²¹, numa investigação realizada na Dinamarca, observaram que, no que respeita ao género do Médico de Família, apenas se registou diferença na maior acessibilidade atribuída aos médicos do sexo masculino.

Uma dúvida que se coloca quanto a esta questão prende-se à influência do sexo do doente nas suas preferências. Os resultados publicados na literatura, além de escassos, não oferecem concordância. Se para *Patrick-Cooper et al.* (1999)²² o género do paciente não interfere nas suas escolhas, para *Derosé et al.* (2001)²³ as mulheres têm maior tendência para

a escolha de médicos do sexo feminino, não se registando tendências nos pacientes do sexo masculino.

O facto de existir uma tendência mais alargada para a preferência de médicos do sexo feminino provocou, no âmbito da investigação internacional, a formulação de várias hipóteses. Enquanto alguns autores se debruçaram sobre a influência dos preconceitos resultantes das diferentes pressões sociais entre homens e mulheres, outros procuraram descobrir diferenças efectivas entre o padrão de comunicação dos médicos do sexo masculino e do sexo feminino, a fim de justificar tais diferenças.

Na revisão efectuada por *Roter e Hall (2004)*²⁴, focada em estudos baseados na gravação ou observação directa da interacção médico-doente, observou-se diferenças significativas entre o padrão de comunicação dos médicos, de acordo com o seu género. Conclui-se, assim, que as consultas levadas a cabo por mulheres duravam, em média, mais 2 minutos (10%) que as levadas a cabo por homens, ao mesmo tempo em que se verificou que as médicas do sexo feminino apresentam uma maior tendência para centrar a sua abordagem no doente e para lhes disponibilizar um maior tempo de discurso.

Todavia, a evidência destas diferenças relacionadas com o sexo do médico deve ser confrontada com os resultados de investigações focadas nas atitudes dos pacientes. Se é um facto que as características apontadas pelos doentes aos médicos do sexo feminino coincidem com os resultados da observação da interacção entre estes, também há estudos que defendem que as atitudes dos doentes variam de acordo com o sexo do médico.²⁵

*Barnsley et al. (1999)*²⁶, num estudo realizado em médicos, verificaram que os profissionais do sexo feminino referiam que os seus pacientes manifestavam, frequentemente, vontade de falar sobre temas gerais, ao passo que os médicos do sexo masculino não partilhavam dessa experiência. Este factor tem a importância reforçada pelos resultados obtidos por *Street et al. (2005)*²⁷, demonstrativos de que, em 84% dos casos, o papel activo dos pacientes é obtido à custa da sua própria iniciativa, mais que pelo discurso inclusivo do médico.

Por outro lado, *Roter et al. (1999)*²⁸, numa investigação realizada no contexto da obstetrícia, concluíram que, apesar de as consultas de médicos do sexo masculino serem mais longas e de haver mais diálogo, demonstração de interesse e parceria, as profissionais do sexo feminino foram significativamente mais bem contadas em termos de satisfação do paciente. Estes resultados demonstram, assim, que a preferência das doentes do sexo feminino constantes na amostra foi dependente de outros factores que não os descritos.

1.2 - Idade do médico

A idade do médico constitui outro dos factores com potencial para afectar o desenrolar da consulta.¹⁹ Alguns autores sugeriram a possibilidade de os doentes preferirem um médico que

adoptasse o modelo paternalista, tendo sido pensado que isto resultaria no desejo de ser atendido por um clínico mais velho.²⁹

Todavia, a literatura disponível demonstra que, apesar de não haver consenso nem quanto à faixa etária preferida pelos doentes nem quanto ao real efeito da idade no grau de satisfação, a tendência para a escolha de médicos com idades mais avançadas não é a norma geral.^{20,21,26,29-31}

Agostinho *et al.* (2010)³¹, num estudo efectuado em Portugal acerca de aspectos da comunicação verbal e não verbal da relação médico doente, concluíram que 70,1% dos doentes preferiram um médico com idade inferior a 50 anos. Na mesma linha, *McNaughton-Filion et al.* (1991)³² verificaram que os doentes preferem ser atendidos por médicos com idades entre os 30 e os 50 anos, resultados estes igualmente compatíveis com a investigação de *McKinstry et al.* (1994)²⁹ através da qual se observou que a média das preferências rondava os 42 anos.

Outro ponto de destaque prende-se ao facto de, apesar de não haver dados disponíveis que corroborem a necessidade do doente estar perante um médico da mesma faixa etária, Agostinho *et al.* (2010)³¹ e *McKinstry et al.* (1994)²⁹ terem verificado que a média das preferências dos indivíduos mais velhos era superior à média geral dos estudos, passando-se o contrário em inquiridos mais novos, o que sugere uma tentativa de proximidade etária.

Em contraponto com os resultados supramencionados, Shah e Ogden (2004)²⁰ verificaram que os pacientes se sentiam mais satisfeitos quando confrontados com médicos mais jovens, à custa de uma maior delicadeza, da maior exploração de aspectos emocionais e da maior capacidade de explicação e de um maior conforto durante o exame físico, entre outros. Estes resultados, todavia, estão restritos à categorização da idade em “novo” e “velho” com base em fotografias, sendo possível que a categoria preferida pelos utentes esteja dentro das faixas etárias distinguidas noutros estudos.

A atribuição de características ao médico de acordo com a sua idade, encontra, na publicação já mencionada de *McKinstry et al.* (1994)²⁹, algumas respostas elucidativas. Em primeiro lugar, dentro dos doentes que consideraram haver diferenças, os médicos mais novos foram significativamente mais associados a uma maior actualização de conhecimentos, a uma maior compreensão de doentes jovens e à falta de experiência. Em contraposição, os médicos mais velhos foram mais associados a uma grande experiência, ao melhor conhecimento do background do paciente e à maior compreensão dos doentes mais velhos.

1.3 - Influência da raça/etnia

Os preconceitos gerados pelas diferenças de raça e de etnia atravessam sociedades e são alvo de estudo privilegiados em outras valências como a Psicologia e a Sociologia. No que concerne à medicina, ainda que não a possamos separar das áreas supramencionadas, desde

há vários anos que se tenta avaliar a influência das diferenças étnicas ou raciais no desenrolar da interacção médico-paciente.

Antes de mais, destaca-se que, por exemplo, estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA), um país marcado pela realidade multicultural / multi-racial, concluíram que as minorias étnicas e raciais reúnem, à partida, um conjunto desfavorável de condições, visto que se deparam com um leque de ofertas mais pobre ao nível da saúde em contraposição com uma maior necessidade de cuidados.^{33,34} Esta disparidade verificada nas minorias foi, claro está, alvo de especial preocupação, até pela presunção de que as diferenças sócio-económicas poderiam estar a contribuir para esta situação, num contexto de sistema de saúde claramente mais privatizado que o português.³⁵ Perante estas condicionantes que se geram em torno das minorias, torna-se difícil aferir até que ponto as diferenças observadas na saúde são dominadas pelos preconceitos do doente, pelos preconceitos do médico ou por diferenças relacionadas com o sistema de saúde e com as condições sócio-económicas.^{22,36}

Deste modo, vários estudos se debruçaram sobre esta questão, sendo ora focados nas avaliações dos doentes, ora na observação de diferenças nas atitudes do médico.

Em duas investigações realizadas sobre este tema por *Van Ryn (2002)*³⁷ e *Van Ryn e Burke (2000)*³⁸, concluiu-se que a raça ou etnia dos pacientes exercia influência sobre a interpretação das queixas e a tomada de decisões terapêuticas pelo médico. Neste sentido, vários outros estudos demonstraram que os pacientes pertencentes a minorias étnicas ou raciais relatam, com maior frequência que a população geral, ser alvo de atitudes negativas do seu médico durante o processo terapêutico, facto que ajuda a explicar as menores percentagens globais de satisfação verificadas nestes subgrupos.³⁹⁻⁴² Além destes factores, os pacientes pertencentes a minorias destacam ainda uma actuação mais passiva durante a consulta, quando comparados com os indivíduos que integram a maioria racial ou étnica.²²

Outros artigos a respeito deste tema provaram que a interacção entre médico e doente da mesma etnia/raça conflui numa maior participação do doente na tomada de decisões e num maior grau de satisfação que os apresentados em casos de não concordância.^{22,43,44} Com estes resultados, o achado de que os pacientes manifestam preferência por médicos da mesma raça/etnia não é de todo inesperado.^{22,45-47}

Todavia, os factores que levam à preferência dos doentes nem sempre estão totalmente esclarecidos, o que limita presunções acerca responsabilidade do médico, do doente ou de ambos. No estudo elaborado por *Street et al. (2005)*²⁷ concluiu-se que os médicos, em geral, tendiam a ser menos facilitadores do diálogo quando confrontados com doentes não caucasianos. Ao mesmo tempo, verificou-se que, sendo o papel activo do doente fortemente dependente da sua iniciativa, os doentes pertencentes a minorias tendiam a ser menos participativos, dados estes concordantes com os achados de *Kaplan et al. (1995)*.⁴⁸ Estes achados sugerem, assim, barreiras comuns ao médico e ao doente.

Por último, nas publicações centradas nas razões que os doentes apontam para a escolha de um médico da mesma raça ou etnia, destacam-se a partilha da língua, as experiências sociais e as crenças culturais.⁴⁹⁻⁵¹ Um estudo que permite observar a força exercida pelas crenças dos doentes sobre as suas preferências é levado a cabo por *Fredrick Chen* (2005)⁴⁴, em que se concluiu que os pacientes com crenças fortes sobre o racismo apresentavam maior tendência para escolher médicos da mesma raça. Além disso, verificou-se que, entre os indivíduos que preferiam e tinham um médico da mesma raça, as avaliações da satisfação eram significativamente mais altas.

1.4 - Especialidade do médico

A influência da especialidade do médico na sua conduta, assim como o efeito desta variável nas atitudes levadas a cabo pelos doentes são questões que, ao nível da literatura, recolhem um relevo limitado.

Dado que a satisfação do doente está de sobremaneira relacionada com a concretização das suas expectativas, torna-se compreensível que a ida a um médico generalista, numa situação em que o doente quer visitar um médico especializado, pode traduzir-se, à partida, num menor agrado do paciente. Da mesma forma, um doente que preze a continuidade dos cuidados de saúde pode mostrar desconforto perante a mudança constante entre especialidades diferentes.⁵²

Num estudo realizado por *Albert Lee et al.* (2010)¹⁴, em *Hong Kong*, concluiu-se que 85% dos indivíduos concordavam que o primeiro médico a quem recorreriam em caso de necessidade seria o seu médico de família, ainda que tal fosse inconveniente, fundamentando a escolha na continuidade dos cuidados, na rapidez de acesso e na conduta amigável e sincera.

De igual modo, *Lewis et al.* (2000)⁵², numa investigação focada nas atitudes dos pacientes quanto à especialidade do médico, constataram que a continuidade da relação com o médico habitual se revestia de particular importância na tomada de decisão pelos doentes. Por outro lado, neste estudo observou-se que apesar de a grande maioria dos utentes considerar que o seu médico de família estava à altura de resolver condições de saúde mais usuais, os médicos especialistas foram considerados mais capazes na abordagem das condições patológicas estudadas – alergias, depressão e dor lombar - ao mesmo tempo em que, de uma maneira geral, se defendeu que deveria ser possível aceder a qualquer especialista sem ser referenciado por um médico generalista. Em acréscimo, verificou-se que, perante sintomas de gripe, 65% dos doentes recorriam a uma clínica privada.

No que concerne a diferenças verificadas entre médicos, à custa do exercício de diferentes especialidades, observa-se que, no campo da medicina geral e familiar, a relação

médico-doente é excepcionalmente destacada como a chave para a eficiência dos cuidados de saúde primários.⁵³⁻⁵⁵

No estudo de *Barnsley et al.* (1999)²⁶, em que a amostra era constituída por clínicos, concluiu-se que os médicos de família eram mais propensos à discussão de estilos de vida numa primeira consulta e ao estabelecimento de um estilo de comunicação empática e centrada no doente, quando comparados com colegas de outras especialidades médicas ou cirúrgicas.

Neste contexto, *Friedson* (1970)⁵⁶, levantou a hipótese de a conduta médica ser passível de ser influenciada pela realidade financeira. Segundo ele, os médicos que estão economicamente dependentes da lealdade dos seus pacientes e da conquista de novos clientes por referência dos pacientes actuais tendem a ser mais sensíveis às expectativas e avaliações dos seus interlocutores. Esta variável tem, por conseguinte, menos importância nas especialidades em que o encaminhamento se dá, invariável e obrigatoriamente, à custa de outros colegas médicos.

Assim sendo, o tema levantado por este autor, associado a uma realidade onde se aposta muito na aplicação dos conceitos de comunicação nos cuidados primários, deixa transparecer a ideia de que os médicos de família, assim como os clínicos em instituições privadas têm um maior incentivo para a centralização da abordagem no paciente, o que pode explicar, em parte, os resultados obtidos em outros estudos.

1.5 - Aparência física do médico

Desde os tempos de Hipócrates, a forma como o médico se veste é alvo de especial preocupação. As questões relacionadas com a higiene constituem, claro está, um importante fundamento para este facto, mas as preocupações com a indumentária não se limitam apenas a este aspecto.^{57,58} As pesquisas realizadas internacionalmente demonstram que a primeira consulta com um doente se reveste da maior importância, na medida em que é nesta ocasião que ele desenvolve e interioriza a impressão geral que tem do seu médico, através da observação das componentes verbais e não verbais.^{10,58}

Aos níveis da Psicologia e da Sociologia, vários estudos concluem que uma primeira impressão favorável pode influir decisivamente para o sucesso de interacções pessoais ou profissionais.⁵⁹⁻⁶²

Outro ponto relevante é que a imagem dos médicos, de forma expectável, também é alterada pela força exercida pela moda e pelas mudanças sociais sofridas ao longo da história.⁶³

No último século, assistiu-se, assim, a alterações claras da imagem do médico, tendo sido levantadas várias hipóteses explicativas. Em primeiro lugar, defende-se que uma parte destas alterações pode ser devida ao aumento da proporção de profissionais do sexo feminino,

que não dispunham de nenhuma indumentária tradicional definida. Por outro lado, menciona-se a tentativa de afastamento da imagem paternalista a que os médicos estão associados, objectivo ao qual se tem atribuído muita importância há quase cem anos e que contribuiu, entre outros factores, para o estabelecimento da bata branca como a imagem adequada ao médico.⁶³

A literatura disponível sobre este tema é vasta e engloba uma grande variedade de contextos clínicos.

Desta forma, muito se tem dito a respeito da indumentária mais adequada à realidade actual da medicina, ao mesmo tempo em que se tem investigado a verdadeira importância da aparência do médico aos olhos do doente. Os resultados da literatura disponível, todavia, não confluem no mesmo tipo de apresentação nem na mesma importância atribuída, estando instalada a controvérsia.

No que diz respeito à importância atribuída pelo doente à aparência do médico, os estudos disponíveis em que esta variável foi analisada separadamente resultaram em tendências que variam entre 64% dos doentes a atribuir bastante ou muita importância até 75% dos inquiridos a não atribuir qualquer impacto.^{31,57,64,65}

A generalidade da publicação parece, apesar de tudo, indicar que os doentes atribuem maior credibilidade e dedicam maior confiança aos médicos com uma apresentação formal ou semi-formal, em contraponto com as más avaliações imputadas à indumentária casual.^{57,63,66-68}

O artigo de *Rehman et al.* (2005)⁶⁸ constitui evidência de que os trajes formais são preferidos pelos pacientes, salientando-se que estes revelaram maior vontade em partilhar problemas sociais, sexuais e psicológicos com o médico vestido desta forma.

Noutro sentido, num estudo realizado por *Neinstein et al.* (1985)⁶⁵, com uma amostra constituída por adolescentes, a indumentária formal reunia as preferências de apenas 4% dos participantes, sendo as vestes menos formais melhor aceites.

Sobre a hipótese de a idade do doente poder interferir sobre as suas preferências, destaca-se que *Lill et al.* (2005)⁶³ constatou que quanto maior a idade do inquirido, maior é a tendência em preferir uma indumentária mais formal. Além disso, verifica-se que a maioria dos estudos analisados apresenta médias de idade da amostra acima dos 35 anos, o que pode influenciar os resultados gerais destas variáveis.

Contudo, é de realçar que os estudos partiram de amostras aleatórias e o facto de a generalidade das publicações apresentarem o mesmo padrão parece espelhar um maior uso dos serviços de saúde por parte de subpopulações mais velhas, tornando as amostras adequadas à população alvo.

Outro ponto de vista a realçar no estudo realizado por *Lill et al.* (2005)⁶³ prende-se ao facto de as fotografias em que o médico esboçava um sorriso serem significativamente mais bem cotadas que aquelas em que tal não acontecia, mesmo perante indumentárias

semelhantes. Este dado contribui para a ideia de que a atitude do médico pode eventualmente complementar ou compensar as apreciações tecidas sobre a sua imagem.

O uso de bata é uma particularidade da apresentação do médico que frequentemente é avaliada separadamente, através da conjugação com os vários tipos de indumentária em estudo. A norma geral dos resultados disponíveis na literatura, aponta para a sua valorização, no que concerne a factores inerentes à imagem.^{57,64,67-69}

Na última década, devido às novas correntes e pressões exercidas pela moda, tem sido ainda averiguada a importância de aspectos específicos na imagem do médico, com vista a aferir possíveis emoções negativas do doente.

Menahem et al. (1998)⁶⁴ concluíram que, no que diz respeito aos médicos do sexo masculino, os doentes se sentem particularmente incomodados com unhas grandes, brincos, cabelo comprido e o uso de sandálias. No que concerne às profissionais do sexo feminino, o uso de calções ou mini-saia, as unhas compridas, o uso de roupa apertada e o excesso de peso foram os aspectos pior avaliados pelos utentes, sendo este último não relacionado com a indumentária.

Dentro dos mesmos parâmetros, *Lill et al.* (2005)⁶³ demonstraram que os doentes sentiam maior grau de desconforto quando se encontravam perante um médico do sexo masculino que usasse *piercings*, cabelos pintados, brincos, *t-shirt* ou sandálias. Da mesma forma, ficou provado que os doentes manifestam incómodo perante uma médica com *piercings*, camisolas curtas, maquilhagem exuberante, cabelos pintados ou calções.

2. OS RUÍDOS DA COMUNICAÇÃO

A consulta é um encontro entre o médico e o doente que necessita de privacidade constante. Por outro lado, durante as consultas, é de prever que o médico dedique a sua atenção única e exclusivamente ao doente que a ele se dirige, a fim de descodificar todo o conteúdo verbal e não verbal que possa reflectir as suas angústias.⁷⁰

Os ruídos são obstáculos importantes ao atingimento das premissas supracitadas e como tal devem ser alvo de particular enfoque. A análise deste aspecto incide sobre dois grandes grupos: as interrupções, que englobam situações esporádicas e intermitentes; e a interacção do médico com o computador, com carácter mais constante.

2.1 - Interrupções

No que concerne às interrupções, verifica-se que, apesar de existirem dados que demonstram a sua frequência significativa na prática clínica, a publicação na área da comunicação tem investigado pouco sobre a sua influência na relação médico-doente. Embora as causas para este facto sejam desconhecidas, alguns autores levantam hipóteses para a explicação desta omissão: por um lado este fenómeno pode dever-se ao facto de as interrupções serem

facilmente evitáveis; por outro, pode dever-se ao menosprezo da possível influência destes factores.⁷¹

Há mais de dez anos, no Reino Unido, *Dearden et al.* (1996)⁷¹, desenvolveu um estudo-piloto, cuja metodologia se dividia em 3 etapas: na primeira, foram gravadas 619 consultas, tendo-se quantificado as interrupções e a sua origem; na segunda, os doentes cuja consulta houvera sido interrompida preencheram um questionário com aspectos ligados às interrupções e à avaliação do médico; na terceira etapa, doentes cuja consulta não foi interrompida responderam a questionários que apenas englobavam a avaliação do médico. Desta forma, o grupo responsável pelo estudo concluiu que 10,2% das consultas sofrem interrupções, sendo os telefonemas responsáveis por 50% das situações. Apesar de não se terem registado diferenças significativas na avaliação feita à atenção e eficiência do médico, constatou-se que 20% dos utentes reportava um efeito negativo no desenrolar da consulta. Ademais, 40% consideravam que seria melhor não terem sido interrompidos, destacando-se ainda que 52% desvalorizavam a importância dos assuntos que estavam na base das interrupções. Por último, observou-se que 18% dos doentes vivenciaram um forte incómodo em resposta às interrupções.

Num outro estudo, realizado em Israel, *Urkin et al.* (2002)⁷⁰ investigaram a influência dos ruídos, focando a abordagem no doente e no médico. Primeiramente, foram efectuadas gravações das consultas de 4 médicos de família e de 4 pediatras e, posteriormente, os médicos e os doentes que foram alvo de interrupções procederam ao preenchimento de questionários relacionados com este tema. Concluiu-se que 83% das consultas pediátricas e 95% das de medicina geral e familiar foram interrompidas, resultados congruentes com outro estudo efectuados no mesmo país.⁷² Quanto às causas de interrupção, a entrada de outros pacientes foi a mais frequente, seguida dos telefonemas. Por outro lado, constatou-se que cerca de 31% do tempo das consultas de medicina geral e familiar eram gastos em questões que não diziam respeito ao paciente alvo de avaliação. Quando questionados, a grande maioria dos médicos defendeu que as interrupções eram disruptivas e prejudiciais ao seu relacionamento com o doente. Em acréscimo, 70% dos doentes sentiram-se incomodados, apesar de apenas 40% considerarem que o médico não esteve totalmente atento às suas questões.

A clara disparidade entre a frequência de interrupções nas duas realidades mencionadas faz pressupor que estas variáveis devem ser analisadas de acordo com as diferentes realidades registadas em diferentes locais.⁷¹

2.2 - O uso do computador

O avanço tecnológico permitiu que, nos dias que correm, o registo clínico possa ser elaborado recorrendo ao uso de computadores, ao invés do tradicional processo clínico em papel.

As incertezas quanto aos efeitos do uso computador no ambiente da consulta levaram à multiplicação da publicação nesta área.

Antes, durante e após a implementação dos computadores nos consultórios, muitos estudos foram realizados, com o intuito de aferir o seu impacto na relação médico-doente. Sob este aspecto, as investigações focaram-se, sobretudo, no impacto causado no grau de satisfação expresso pelos doentes e em possíveis mudanças do padrão de comunicação dos médicos.

No que diz respeito ao doente, a maioria dos estudos analisados comprova que os padrões de satisfação se mantiveram relativamente inalterados pela adopção do computador.⁷³⁻⁸⁰

Entre os restantes, se é verdade que há estudos que relatam um que o uso de computadores torna o médico “menos ideal” aos olhos do paciente⁸⁰, também é uma realidade que há publicações recentes demonstrativas de que a satisfação dos doentes pode, inclusivamente, aumentar nesta situação.⁸²

Estudos realizados sobre este aspecto sugerem que os factores-chave da questão estão na perícia informática do médico e na sua capacidade de gerir a qualidade da relação médico-doente.^{74,83,84}

Neste sentido, *Rouf et al.* (2007)⁸⁵, num estudo realizado numa instituição de cuidados primários, concluiu que, com a presença do computador, os pacientes tendiam a considerar que os internos falavam menos, olhavam menos, e examinavam menos o doente que os internistas, o que contribuía para uma maior impessoalidade da consulta. Estes dados não só traduziram uma menor experiência dos internos, como também o efeito da inexistência de uma relação pré-estabelecida com o doente.

Incidindo sobre as alterações do padrão comunicacional da consulta, o estudo de *Makoul et. al* (2001)⁸⁶, providenciou dados que apontam para um papel mais activo dos médicos que usavam o computador, no que se prende à clarificação de ideias e encorajamento de questões. Por outro lado, estes médicos tenderam a ser menos activos na exploração de aspectos emocionais e na discussão a respeito do impacto da doença na vida do doente. Estes aspectos vão de encontro às conclusões de Shachak e Reis (2009)⁸⁴.

Noutro ponto de vista, este mesmo estudo de *Makoul et al.* (2001)⁸⁶ destacou a importância de o computador estar localizado de forma a permitir que o médico consiga olhar para o doente sem ter que mudar de posição, aspecto este que vai ao encontro das preocupações levantadas por outros autores sobre as consequências de uma má conexão visual.^{7,31}

Sabendo, à partida, que a maior barreira ao contacto visual é a necessidade de olhar o computador, *Margalit et. al* (2003)⁸³ observaram que, em média, os médicos em estudo

passaram cerca de 25% do tempo a olhar para o computador, o que ajuda a explicar as apreensões supramencionadas.

3. TREINO EM COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO

A dimensão cognitiva, emotiva e social revestem-se da maior importância na relação médico-doente.² Vários estudos têm demonstrado que o grau de satisfação do doente está ligado ao humanismo do médico. Características como a confidencialidade, o respeito, o cuidado, a empatia, a amabilidade e a capacidade de ouvir são frequentemente apontadas pelos doentes como os factores mais importantes para a sua satisfação.^{14,15,18,87}

Vedsted e Heje (2008)⁸⁸, num estudo focado nos principais factores que levam um doente a aconselhar o seu médico, concluiu que, entre os doze *items* mais fortemente relacionados com o aconselhamento, 4 eram referentes à relação do médico com doente; 2 prendiam-se à actuação técnica do médico; 4 eram englobados na informação e suporte ao doente; e 2 confluíam na organização dos serviços.

Para *Bendapudi et al.* (2006)⁸⁷, os aspectos relacionais ganham ainda mais realce pela frequente incapacidade do doente em avaliar a qualidade técnica do seu médico.

Neste contexto, há concordância geral de que a comunicação e, especificamente, a capacidade de controlar e minimizar as barreiras ao entendimento com o doente se revestem da maior importância no contexto clínico.

Por outro lado, no que concerne ao padrão de comunicação estabelecido pelo clínico, verifica-se que a partilha de informações e a tomada conjunta de decisões – o modelo de partilha – agradam os doentes e são associados a maior satisfação.^{2,89-91} Apesar disto, *Claramita et al.* (2010)⁹², numa pesquisa elaborada na Ásia, verificaram que apesar de os pacientes idealizarem um modelo de partilha, a realidade consistia num modelo predominantemente paternalista, concluindo que o treino comunicacional inadequado poderia ser uma das explicações para este facto.

Outro tema de sobremaneira explorado no contexto das competências comunicacionais é a capacidade de transmitir más notícias aos doentes. Esta tarefa, considerada como difícil pelos médicos mais experientes, é um exemplo flagrante da importância de comunicar bem e de controlar as interferências naturalmente implicadas.⁹³

Barnett (2002)⁹⁴, numa investigação realizada em doentes com cancro em estadios avançados, verificou que enquanto 69% dos doentes tinham numa posição neutral ou positiva acerca da consulta em que receberam às más notícias, 20% expressavam uma posição negativa e 6% relatavam uma posição muito negativa. Além disso, quando foi solicitado que os doentes categorizassem o médico que transmitiu as más notícias em “da maior utilidade” ou “inútil”, observou-se que, entre os 13 médicos classificados como “da maior utilidade”, 8 eram médicos de família. Em contraponto, dos 7 médicos associados à classificação “inútil” todos

eram cirurgiões. Destaca-se ainda que cerca de 11% dos doentes teve conhecimento da sua condição por outras pessoas que não o seu médico. Concluiu-se, desta forma que os resultados deveriam ter implicações directas no treino comunicacional dos médicos. Por outro lado, a ideia de que as capacidades da comunicação variam entre indivíduos ficou demonstrada.

Sobre este ponto, *Libert et al. (2007)*⁹⁵ realizaram um estudo em que se provou que as características de personalidade dos médicos poderiam afectar a sua capacidade de comunicar e, inclusivamente, a apetência para a aprendizagem de competências comunicacionais. Verificou-se que os clínicos com “Locus de Controlo Interno” (que acreditam que os *outcomes* dos pacientes estão profundamente enraizados nas características e acções do médico) têm maior capacidade de aprendizagem de aspectos da comunicação que os profissionais com “Locus de Controlo Externo” (convictos de que o *outcome* do paciente depende de forças externas como a sorte ou o destino).

Perante esta realidade, marcada pelas condicionantes individuais de cada clínico, importa averiguar até que ponto o treino da comunicação pode levar ao seu aperfeiçoamento, avaliando, em acréscimo, as vantagens que dele decorrem.

*Langewitz et al. (1998)*⁹⁶ realizaram um estudo interventivo em que separaram internos de Medicina Interna em dois grupos: um grupo de intervenção sujeito a um treino específico de comunicação durante 22,5 horas; e um grupo de controlo. Após 6 meses, a gravação das consultas dos participantes revelou que o grupo sujeito a intervenção, quando comparado com o grupo de controlo, evoluiu significativamente mais em muitas das aptidões comunicacionais avaliadas. Desta forma, constatou-se que é possível aperfeiçoar as aptidões comunicacionais com o treino adequado.

Na literatura recolhida, outros artigos demonstraram a influência positiva do treino na eficácia da comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes, através do aumento do discurso emocional e empático do médico, da maior frequência de questões abertas ou semi-abertas, da maior capacidade de informação e negociação com doente, assim como do aperfeiçoamento na transmissão de más notícias.^{93,97,98}

Além do treino específico da comunicação, *Razavi e Delvaux (1997)*⁹⁹ defendem que também o treino psicológico conduz ao aumento da sensibilidade a aspectos importantes da comunicação, sugerindo que este benefício pode ainda ser complementado com a melhor gestão da relação, em realidades onde, como na oncologia, há um forte peso da comunicação com os doentes e seus familiares no desenvolvimento de fenómenos de *burn-out* nos profissionais de saúde.

Outro ponto a destacar nos estudos relativos a esta questão é a necessidade de implementar a formação específica desta componente no curso de medicina, no sentido de

permitir que as gerações futuras de médicos disponham, à partida, de um conjunto de aptidões comunicacionais essenciais.^{92,100}

Sendo consensual que o treino da comunicação contribui para o aperfeiçoamento da comunicação médico-doente, é de prever que, por continuidade, a melhoria destes aspectos se traduza na maior satisfação dos utentes. Vários estudos reúnem evidência de que uma boa base comunicacional, associada à satisfação do paciente, se concretizam numa maior adesão terapêutica e num menor sofrimento do doente, ora pelo recobro mais rápido, ora pela diminuição de emoções negativas.^{2,3,89,99}

Estes dados consistem, desta forma, numa motivação adicional para a optimização da relação médico-doente.

CONCLUSÃO

Os estudos desenvolvidos nas últimas décadas reforçam a importância da comunicação na relação médico-doente, ao mesmo tempo em que constataam que a conduta humana dos médicos é um factor que se reveste da maior importância na satisfação e confiança dos doentes.

Desta forma, este trabalho debruçou-se sobre os factores físicos, psicológicos e sociais que influenciam esta relação, no sentido de individualizar alguns dos potenciais riscos presentes durante a consulta procurando, de igual modo, soluções para a sua minimização.

No que concerne aos preconceitos, verificou-se que a sua influência pode condicionar as atitudes e o grau de satisfação dos doentes, provocando, por outro lado, alterações no padrão de comportamento dos clínicos.

O sexo do médico demonstrou ser um exemplo da conjugação de factores inerentes ao doente com factores intrinsecamente ligados ao médico. Conclui-se que a preferência manifestada pelas profissionais do sexo feminino se prende com a maior tendência para uma actuação mais humana e mais centrada no paciente por parte destas – possivelmente não completamente alheia à própria socialização – ao mesmo tempo em que se verifica que os preconceitos do próprio doente podem contribuir para esta realidade.

O mesmo tipo de sinergismo é observado na análise da influência da raça ou etnia na relação médico doente, o que explica que os pacientes pertencentes a minorias tendam a ser mais selectivos, ao optar mais frequentemente por médicos da mesma raça/etnia.

A idade foi outro dos factores que demonstrou exercer influência na concepção que o doente faz do seu médico. O padrão de satisfação dos doentes parece, assim, estar relacionado com uma tentativa de conjugação dos aspectos fortes associados a cada um dos extremos etários, tentativa essa que se concretiza na preferência frequente de médicos em idades intermédias.

Outro aspecto de realce prende-se à evidência de que os médicos de família, apesar de, globalmente, serem considerados capazes de resolver condições patológicas usuais, acabam por ser preteridos em função da escolha de um especialista. Apesar de estes profissionais tenderem a apresentar uma actuação mais centrada no paciente, parecem existir preconceitos a ser estudados, principalmente numa era da medicina em que, mais que nunca, o consumismo do doente constitui um problema.

O impacto da aparência física do médico é um assunto ainda envolto em alguma controvérsia. Não é possível individualizar um código de indumentária que obedeça às diferentes tendências verificadas. Contudo, há várias conclusões a retirar destes aspectos.

Em primeiro lugar, as investigações em que os doentes puderam optar por manifestar indiferença pela indumentária do médico terminaram com conclusões díspares, por vezes diametralmente opostas. Mesmo assim, em qualquer um dos estudos verifica-se que uma maquia substancial da amostra atribui importância à aparência do médico, o que não permite que se diminua o relevo deste factor.

Além disso, a bata parece ser um componente associado a uma maior satisfação do paciente, pelo que se conclui que a sua importância não se cinge apenas a aspectos da higiene.

Por último, sobre este assunto, sobressai ainda que a atitude do médico pode contribuir para a minimização da preponderância da sua imagem na análise que o doente elabora sobre a sua competência, o que reforça o papel da conduta do médico na prática clínica.

Quanto aos ruídos, outro dos temas abordados neste trabalho, conclui-se que as interrupções merecem ser alvo de estudo aprofundado no nosso país, na medida em que os resultados internacionais referentes à sua frequência variam claramente entre realidades distintas. Sob o ponto de vista geral, estes obstáculos à boa comunicação entre médico e doente demonstram ser prejudiciais para ambos os elementos desta díade.

Quanto ao computador, apesar de existirem estudos com as mais diversas conclusões, a perícia informática do médico, aliada à boa gestão da relação com o doente, parecem ser os factores mais importantes no padrão de avaliação dos utentes, podendo conduzir a graus de satisfação iguais ou superiores aos verificados na ausência desta ferramenta. Visto que a sua evicção em ambiente de consulta poderia ser desvantajosa em inúmeros aspectos práticos, este ruído não é enquadrável numa conduta de prevenção, havendo, em alternativa, necessidade de uma boa gestão feita pelo médico, na qual se destaca que a atenção dedicada ao computador não deve dar-se à custa do menor contacto com o doente.

Por fim, dentro do âmbito desta revisão, constatou-se que o treino e a formação específica sobre a comunicação são ferramentas úteis no desenvolvimento de competências que permitem minimizar os efeitos das barreiras físicas e psicológicas que se erguem entre médicos e doentes. É consensual que as aptidões comunicacionais podem ser aperfeiçoadas,

sendo igualmente importante ter consciência de que a noção da sua utilidade facilita a aprendizagem de estratégias. A maior capacidade de suporte emocional ao doente, a melhoria das competências na informação deste, assim como o desenvolvimento de espírito de negociação, e partilha são efeitos palpáveis da diminuição de interferências cognitivas, emocionais e sociais.

Em acréscimo, é de prever que a maior sensibilidade a aspectos específicos da comunicação, obtida através da formação nesta área, contribua para uma melhor avaliação e evicção/gestão das características do médico que são alvo de preconceitos.

Por tudo isto, a grande implicação prática a retirar desta revisão fixa-se na importância de valorizar a comunicação e de promover a formação e o treino nesta área. Torna-se igualmente importante reconhecer que a aposta na formação, ainda durante os cursos ligados ao cuidado de doentes, constitui um meio privilegiado de promover a atenção dada a estes aspectos na prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Santos I. Recensão do livro: Comunicação em contexto clínico. *Rev Port Clin Geral* 2007 Mar-Abr; 23 (2): 147-50
- 2.Fuertes JN, Boylan LS, Fontanella JA. Behavioral Indices in Medical Care Outcome: The Working Alliance, Adherence, and Related Factors. *J Gen Intern Med*. 2009 Jan; 24(1):80-5
- 3.Fuertes JN, Mislouack, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, Boylan LS. The physician-patient working alliance. *Patient Educ Couns*. 2007 Apr; 66(1):29-36
- 4.Gonçalves JC. Análise do discurso e interação Médico/Doente: Perspectivas em conflito. VI Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde. São Paulo. Out2003.
- 5.Teixeira JC. Comunicação em contexto clínico. *Rev Port Clin Geral*. 2007;23:151-4
- 6.Watzlawic P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmática da Comunicação Humana*. Ed. Cultrix. São Paulo. 1967: 44-45
- 7.Nunes JM. Comunicação em contexto clínico. *Bayer Health Care*. Lisboa. 2007.
- 8.Balint M. *The Doctor, His Patient and the Illness*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1963.
- 9.Weaver W, Shannon CE. *The Mathematical Theory of Communication*. Univ. of Illinois Press. 1963: ISBN 0252725484.
- 10.Short D. First impressions. *Brit J Hosp Med* 1993;50:270-1
- 11.Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med* 1999 May 24;159(10): 1069-75.
- 12.Smith S. Dealing with the difficult patient. *Postgrad Med J* 1995 Nov; 71 (841): 653-7.
- 13.Salgado R. O que facilita e o que dificulta uma consulta. *Rev Port Clin Geral*. 2008;24:513-8
- 14.Lee A, Siu S, Lam A, Tsang C, Kung K, Li PK. The concepts of family doctor and factors affecting choice of family doctors among Hong Kong people. *Hong Kong Med J*. 2010 Apr;16(2):106-15.
- 15.Heje HN, Olesen F, Vedsted P. Patients' assessment of their general practitioners -- the significance of patient characteristics. *Ugeskr Laeger*. 2010 Apr 12;172(15):1105-12.
- 16.Allport, G. *The nature of prejudice*. Cambridge: Addison-Wesley, 1954.
- 17.Lafta RK. Practitioner gender preference among gynaecologic patients in Iraq. *Health Care Women Int* 2006 Feb; 27 (2): 125-30.
- 18.Clowers M. Young women describe the ideal physician. *Adolescence* 2002 Winter; 37 (148): 695-704.

19. Van Ness CJ, Lynch DA. Male Adolescents and Physician Sex Preference. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154:49-53
20. Shah R, Ogden J. 'What's in a face?' The role of doctor ethnicity, age and gender in the formation of patients' judgements: an experimental study. *Patient Educ Couns* 2006 Feb; 60 (2): 136-41.
21. Heje HN, Olesen F, Vedsted P. [Patients' assessment of their general practitioners--the significance of patient characteristics. General results from the DanPEP--part I]. *Ugeskr Laeger.* 2010 Apr 12;172(15):1105-12.
22. Cooper-Patrick L, Cooper-Patrick, Gallo JJ, Gonzales JJ, Vu HT, Powe NR, Nelson C, Ford DE. Race, Gender, and Partnership in the Patient-Physician Relationship. *JAMA.* 1999;282:583-589.
23. Derose KP, Hays RD, McCaffrey DF, Baker DW. Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the emergency department?. *J Gen Intern Med.* 2001 Apr;16(4):218-26.
24. Roter DL, Hall JA. Physician gender and patient-centered communication: A critical review of empirical research. *Annu. Rev. Public. Health.* 2004;25:497-519.
25. Weisman CS, Teitelbaum MA. Physician gender and the physician-patient relationship: recent evidence and relevant questions. *Soc Sci Med.* 1985;20(11):1119-27.
26. Barnsley J, Williams AP, Cockerill R, Tanner J. Physician characteristics and the physician-patient relationship. Impact of sex, year of graduation, and specialty. *Can Fam Physician.* 1999 Apr;45:935-42.
27. Street RL Jr, Gordon HS, Ward MM, Krupat E, Kravitz RL. Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Med Care.* 2005 Oct;43(10):960-9.
28. Roter DL, Geller G, Bernhardt BA, Larson SM, Doksum T. Effects of obstetrician gender on communication and patient satisfaction. *Obstet Gynecol.* 1999 May;93(5 Pt 1):635-41.
29. McKinstry B, Yang SY. Do patients care about the age of their general practitioner? A questionnaire survey in five practices. *Br J Gen Pract.* 1994 Aug;44(385):349-51.
30. Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. Physician behaviors, patient perceptions, and patient characteristics as predictors of satisfaction of hospitalized adult cancer patients. *Cancer.* 1990 Jan 1;65(1):186-92.
31. Agostinho C, Cabanelas M, Franco D, Jesus J, Martins H. Satisfação do doente: Importância da comunicação médico-doente. *Rev Port Clin Geral* 2010;26:150-7
32. McNaughton-Filion L, Chen JS, Norton PG. The physician's appearance. *Fam Med* 1991 Mar-Apr; 23 (3): 208-11.
33. Collins KS, Hughes D, Doty MM, Ives BL, Edwards JN, Tenney K. Diverse communities, common concerns: assessing health care quality for minority Americans. New York: The Commonwealth Fund; 2002.
34. Institute of Medicine. Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington, DC: National Academy Press;2003.
35. Sorkin DH, Ngo-Metzger Q, De Alba I. Racial/ethnic discrimination in health care: impact on perceived quality of care. *J Gen Intern Med.* 2010 May;25(5):390-6. Epub 2010 Feb 10.
36. Shavers VL, Shavers BS. Racism and health inequity among Americans. *J Natl Med Assoc.* 2006 Mar;98(3):386-96.
37. van Ryn M. Research on the provider contribution to race/ethnicity disparities in medical care. *Med Care* 2002;1140-51.
38. van Ryn M, Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Soc Sci Med.* 2000;50 (6):813-28.
39. Haviland MG, Morales LS, Reise SP, Hays RD. Do health care ratings differ by race or ethnicity? *J Comm J Qual Saf.* 2003;29(3):134-45.
40. Benkert R, Peters RM, Clark R, Keves-Foster K. Effects of perceived racism, cultural mistrust and trust in providers on satisfaction with care. *J Natl Med Assoc.* 2006;98(9):1532-40.
41. Blanchard J, Lurie N. R-E-S-P-E-C-T: patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care. *J Fam Pract.* 2004;53 (9):721-30.
42. Kandula NR, Hasnain-Wynia R, Thompson JA, Brown ER, Baker DW. Association between prior experiences of discrimination and patients' attitudes towards health care providers collecting information about race and ethnicity. *J Gen Intern Med.* 2009;24(7):789-94.
43. Saha S, Komaromy M, Koepsell TD, Bindman AB. Patient-physician racial concordance and the perceived quality and use of health care. *Arch Intern Med.* 1999;159:997-1004.
44. Chen FM, Fryer GE Jr, Phillips RL Jr, Wilson E, Pathman DE. Patients' beliefs about racism,

preferences for physician race, and satisfaction with care. *Ann Fam Med*. 2005 Mar-Apr;3(2):138-43.

45. Murray-Garcia JL, Selby JV, Schmittiel J, Grumbach K, Quesenberry CP, Jr. Racial and ethnic differences in a patient survey: patients' values, ratings, and reports regarding physician primary care performance in a large health maintenance organization. *Med Care*. 2000;38:300-310.

46. Saha S, Arbelaez JJ, Cooper LA. Patient-physician relationships and racial disparities in the quality of health care. *Am J Public Health*. 2003;93:1713-1719.

47. Gray B, Stoddard JJ. Patient-physician pairing: does racial and ethnic congruity influence selection of a regular physician? *J Community Health*. 1997;22:247-259.

48. Kaplan SH, Gandek B, Greenfield S, Rogers W, Ware JE. Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. Results from the Medical Outcomes Study. *Med Care*. 1995 Dec;33(12):1176-87.

49. Doescher MP, Saver BG, Franks P, Fiscella K. Racial and ethnic disparities in perceptions of physician style and trust. *Arch Fam Med*. 2000;9:1156-1163.

50. Saha S, Komaromy M, Koepsell TD, Bindman AB. Patient physician racial concordance and the perceived quality and use of health care. *Arch Intern Med*. 1999;159:997-1004.

51. Schechter AD, Goldschmidt-Clermont PJ, McKee G, et al. Influence of gender, race, and education on patient preferences and receipt of cardiac catheterizations among coronary care unit patients. *Am J Cardiol*. 1996;78:996-1001

52. Lewis CL, Wickstrom GC, Kolar MM, Keyserling TC, Bogner BA, Dupre CT, Hayden J. Patient preferences for care by general internists and specialists in the ambulatory setting. *J Gen Intern Med*. 2000 Feb;15(2):75-83.

53. Challis EB, Grant IN, McNab JW, Morrissy JR, Rae DW, Rainsberry P, et al. Report of The Task Force on Curriculum. Section of Teachers of Family Medicine. Willowdale, Ont College of Family Physicians of Canada; 1989.

54. Povar GJ. Primary care: questions raised by a definition. *J Fam Pract* 1996;42:124-8.

55. Costa JM. Aquisição de competências para aplicação do Método Clínico Centrado no Doente. *Rev Port Clin Geral* 2003;19:397-404.

56. Friedson E. Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. New York, NY: Dodd Mead; 1970.

57. McKinstry B, Wang JX. Putting on the style: what patients think of the way their doctor dresses. *Br J Gen Pract*. 1991 Jul;41(348):270, 275-8.

58. Hippocrates, Volume II. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1923, 311-312.

59. Van Dulmen AM, Verhaak PFM, Bilo HJG. Shifts in doctor-patient communication during a series of outpatient consultations in noninsulin-dependent diabetes mellitus. *Patient Educ Couns*. 1997;30:227-237.

60. Goffman E. The Presentation of Self in Everyday Life. New York, New York: Doubleday and Co, Inc.: 22-24; 1959.

61. Rose A. Human Behavior and Social Process. Boston, Massachusetts: Houghton Mifflin Co.: 1962, 88-117.

62. Gjerdingen DK, Simpson DE. Physicians' attitude about their professional appearance. *Fam Pract Res J*. 1989;9:57-64.

63. Lill MM, Wilkinson TJ. Judging a book by its cover: descriptive survey of patients' preferences for doctors' appearance and mode of address. *BMJ* 2005 Dec 24; 331 (7531): 1524-7.

64. Menahem S, Shvartzman P. Is our appearance important to our patients?. *Fam Pract*. 1998 Oct;15(5):391-7.

65. Neinstein LS, Stewart D, Gordon N. Effect of physician dress style on patient-physician relationship. *J Adolesc Health Care*. 1985 Nov;6(6):456-9.

66. Taylor PG. Does dress influence how parents first perceive house staff competence? *Am J Dis Child* 1987 Apr; 141 (4): 426-8.

67. Gallagher J, Waldron Lynch F, Stack J, Barragry J. Dress and address: patient preferences regarding doctor's style of dress and patient interaction. *Ir Med J*. 2008 Jul-Aug;101(7):211-3.

68. Rehman SU, Nietert PJ, Cope DW, Kilpatrick AO. What to wear today? Effect of doctor's attire on the trust and confidence of patients. *Am J Med*. 2005 Nov;118(11):1279-86.

69. Cha A, Hecht BR, Nelson K, Hopkins MP. Resident physician attire: does it make a difference to our patients?. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 May;190(5):1484-8.

70. Urkin J, Elhayany A, Ben-Hemo P, Abdelgani A. Interruptions during consultations--harmful to both patients and physicians. *Harefuah*. 2002 Apr;141(4):349-52, 410, 409.
71. Dearden A, Smithers M, Thapar A. Interruptions during general practice consultations--the patients' view. *Fam Pract*. 1996 Apr;13(2):166-9.
72. Shvartzman P, Antonovsky A. The interrupted consultation. *Fam Pract*. 1992 Jun;9(2):219-21.
73. Aydin CE, Rosen PN, Jewell SM, Fellitti VJ: Computers in the examining room: the patient's perspective. *Proc Annu Symp Comput Appl Med Care* 1995, 824-8.
74. Stewart RF, Kroth PJ, Schuyler M, Bailey R. Do electronic health records affect the patient-psychiatrist relationship? A before & after study of psychiatric outpatients. *BMC Psychiatry*. 2010 Jan 8;10:3.
75. Koide D, Asonuma M, Naito K, Igawa S, Shimizu S: Evaluation of electronic health records from viewpoint of patients. *Stud Health Technol Inform* 2006, 122:304-8.
76. Ridsdale L, Hudd S: Computers in the consultation: the patient's view. *Br J Gen Pract* 1994, 44:367-9.
77. Penrod LE, Gadd CS: Attitudes of academic-based and community-based physicians regarding EMR use during outpatient encounters. *Proc AMIA Symp* 2001, 528-32.
78. Garrison GM, Bernard ME, Rasmussen NH: 21st-century health care: the effect of computer use by physicians on patient satisfaction at a family medicine clinic. *Fam Med* 2002, 34(5):362-8.
79. Ornstein S, Bearden A: Patient perspectives on computer-based medical records. *J Fam Pract* 1994, 38(6):606-10.
80. Solomon GL, Dechter M: Are patients pleased with computer use in the examination room?. *J Fam Pract* 1995, 41:241-4.
81. Cruickshank PJ. Patient rating of doctors using computers. *Social Science & Medicine*. 1985, 21(6):615-22
82. Hsu J, Huang J, Fung V, Robertson N, Jimison H, Frankel R. Health information technology and physician-patient interactions: impact of computers on communication during outpatient primary care visits. *J Am Med Inform Assoc*. 2005 Jul-Aug;12(4):474-80. Epub 2005 Mar 31.
83. Margalit RS, Roter D, Dunevant MA, Larson S, Reis S. Electronic medical record use and physician-patient communication: an observational study of Israeli primary care encounters. *Patient Educ Couns*. 2006 Apr;61(1):134-41.
84. Shachak A, Reis S. The impact of electronic medical records on patient-doctor communication during consultation: a narrative literature review. *J Eval Clin Pract*. 2009 Aug;15(4):641-9. Epub 2009 Jun 10.
85. Rouf E, Whittle J, Lu N, Schwartz MD. Computers in the Exam Room: Differences in Physician-Patient Interaction May Be Due to Physician Experience. *J Gen Intern Med*. 2007 January; 22(1): 43-48.
86. Makoul G, Curry RH, Tang PC. The use of electronic medical records: communication patterns in outpatient encounters. *J Am Med Inform Assoc*. 2001 Nov-Dec;8(6):610-5.
87. Bendapudi NM, Berry LL, Frey KA, Parish JT, Rayburn WL. Patients' perspectives on ideal physician behaviours. *Mayo Clin Proc* 2006 Mar; 81(3): 338-44.
88. Vedsted P, Heje HN. Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP. *Scand J Prim Health Care*. 2008;26(4):228-34.
89. Mirken B. You and your doctor: ideas on managing one of the most important relationships in your life. *BET*. 1998 Apr: 19-22.
90. Carlsen B, Aakvik A. Patient involvement in clinical decision making: the effect of GP attitude on patient satisfaction. *Health Expect*. 2006 Jun;9(2):148-57.
91. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE Jr. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med*. 1985 Apr;102(4):520-8.
92. Claramita M, Utarini A, Soebono H, Van Dalen J, Van der Vleuten C. Doctor-patient communication in a Southeast Asian setting: the conflict between ideal and reality. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2010 Jul 25.
93. Eid A, Petty M, Hutchins L, Thompson R. "Breaking bad news": standardized patient intervention improves communication skills for hematology-oncology fellows and advanced practice nurses. *J Cancer Educ*. 2009;24(2):154-9.
94. Barnett MM. Effect of breaking bad news on patients' perceptions of doctors. *J R Soc Med*. 2002 Jul;95(7):343-7.
95. Libert Y, Merckaert I, Reynaert C, Delvaux N, Marchal S, Etienne AM, Boniver J, Klastersky J,

Scalliet P, Slachmuylder JL, Razavi D. Physicians are different when they learn communication skills: influence of the locus of control. *Psychooncology*. 2007 Jun;16(6):553-62.

96.Langewitz WA, Eich P, Kiss A, Wössmer B. Improving communication skills--a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med*. 1998 May-Jun;60(3):268-76.

97.Razavi D, Delvaux N, Marchal S, Durieux JF, Farvacques C, Dubus L, Hogenraad R. Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomised study. *Br J Cancer*. 2002 Jul 1;87(1):1-7.

98.Razavi D, Merckaert I, Marchal S, Libert Y, Conradt S, Boniver J, Etienne AM, Fontaine O, Janne P, Klastersky J, Reynaert C, Scalliet P, Slachmuylder JL, Delvaux N. How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *J Clin Oncol*. 2003 Aug 15;21(16):3141-9.

99.Razavi D, Delvaux N. Communication skills and psychological training in oncology. *European Journal of cancer*, 1997;33(6):515-2.

100.Carvalho IP, Ribeiro-Silva R, Pais VG, Figueiredo-Braga M, Castro-Vale I, Teles A, Almeida SS, Mota-Cardoso R. O ensino da comunicação na relação médico-doente - Uma Proposta em Prática. *Acta Med Port*. 2010 May-Jun;23(3):527-32.