



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARIA JOÃO MACEDO VALE

Influências Ambientais Na Relação Médico-Doente

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES

ABRIL/2018

Curso de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da
Universidade de Coimbra, Portugal

Influências Ambientais Na Relação Médico-Doente

Investigadores:

Maria João Macedo Vale¹

Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago

¹**Email:** mariajoaovale16@gmail.com

“Na comunicação em Saúde, o mais importante não é o que é dito, mas sim o que é percebido,
quer pelo profissional de saúde quer pelo utente.”

Prof. Doutor Carlos Sequeira

Índice

Resumo	5
ABSTRACT	7
Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas.....	9
Introdução.....	10
Materiais e Métodos	12
1. Aplicação do questionário	12
2. Análise estatística	14
Resultados	15
Discussão e Conclusão.....	20
1. Discussão	20
Limitações do estudo.....	20
Influências ambientais na comunicação.....	21
2. Conclusão	23
Agradecimentos	24
Referência Bibliográficas.....	25
Anexos	28
Anexo 1- Parecer positivo por parte da Comissão de Ética da Administração Regional do Centro.....	28
Anexo 2- Questionário distribuído aos médicos	29
Anexo 3- Questionário distribuído aos doentes	33

Resumo

Introdução: É hoje largamente aceite que a comunicação é a base da relação médico-doente. Uma boa comunicação influencia positivamente os cuidados prestados e aumenta tanto a satisfação do doente como a do médico. Numa era de constante informatização a computação cognitiva é uma realidade. É necessário integrar o uso do computador corretamente no processo de comunicação para que este não a afete negativamente. A posição do corpo do médico em relação ao paciente também deve ser favorável à comunicação. Se não for esse o caso pode surgir um desconforto e conseqüentemente levar a um grave distúrbio da comunicação.

Objetivo: Estudar a perspectiva tanto do doente como do médico tendo em consideração a influência da posição do médico e do ecrã do computador em relação ao doente na comunicação clínica.

Material e Métodos: Foi aplicado um questionário onde constam quatro imagens com organizações diferentes do gabinete, relativamente à posição do médico e do ecrã do computador em relação ao doente, para as quais se solicitou a resposta quanto à imagem que favorecia positivamente a comunicação durante a consulta nas perspectivas do doente e do médico. O estudo foi realizado numa amostra de conveniência de 20 médicos e aleatória de 200 doentes da USF Topázio e Centros de Saúde da Mealhada e de Vizela, com um intervalo de confiança de 95%, uma margem de erro de 5% e uma taxa de resposta superior a 30%. A análise descritiva e inferencial foi realizada no programa SPSS *Software for Windows*[®], sendo realizada uma estatística descritiva e inferencial. Foi avaliada a normalidade dos dados e realizados teste qui-quadrado e paramétricos, t de *student* e testes não-paramétricos, U de *Mann-Whitney*, com valor estatisticamente significativo para $p < 0,05$.

Resultados: Na amostra estudada de 200 doentes e 20 médicos, o número de anos que o doente frequenta o consultório (<1 ano, entre 1 a 5anos e >5 anos) é a única variável estatisticamente significativa ($p<0,05$). Ao comparar a visão do doente com a do médico através de uma análise inferencial não foi verificada nenhuma diferença significativa. A comunicação médico-doente é influenciada positivamente quando o médico se coloca a ângulo de 90 graus com o doente e o ecrã do computador encontra-se visível para ambos na maioria dos doentes que frequentam o consultório há menos de um ano e há mais de cinco anos e também em 41,3% dos doentes que frequentam o consultório entre um e cinco anos. Na maioria destes 45,7%, verifica-se que comunicação médico-doente é influenciada positivamente com um ângulo de 180 graus entre médico e doente com ecrã do computador visível por ambos.

Discussão e Conclusão: A comunicação médico-doente é influenciada positivamente pelo posicionamento médico-doente a um ângulo de 90 graus com o ecrã do computador visível para ambos.

Palavras-chave: Comunicação; ângulo entre médico e doente; posição do ecrã do computador; consulta.

ABSTRACT

Background: It is accepted that communication has a key role in doctor-patient relationship. Good communication positively influences care and increases both patient and doctor satisfaction. In the age of computers and information technology, cognitive computing is a reality. It is necessary to integrate the use of the computer assisted consultation process with communication so that the out-come of consultation is not negatively affected. The position of the physician's body towards the patient should also be conducive to communication. If this is not the case, discomfort may arise, which can lead to a serious communication disorder.

Objectives: To study the perspective of both the patient and the physician regarding the influence of the position of the physician and the computer screen in relation to the patient in clinical communication.

Methods: A questionnaire with four images with different settings of the consulting room, regarding the position of the doctor and the computer screen in relation to the patient; the patients and the doctors were requested to choose/select which one of the images more positively favored the communication during the medical appointment, was applied in an observational study. The study was conducted in a sample of 20 doctors and 200 randomized patients from the “USF Topázio”, “Centro de Saúde da Mealhada” and “Centro de Saúde de Vizela” with a 95% confidence interval, a 5% margin of error and a minimum response percentage of 30%. Descriptive and inferential analysis performed with the SPSS Software for Windows® using qui-squared, parametric test t de student and non-parametric Mann-Whitney U tests for statistically significant value for $p < 0.05$.

Results: In the sample of 200 patients and 20 doctors, the number of years a patient has attended the doctor’s office (<1 year, between 1 and 5 years and > 5 years) is the only statistically significant variable ($p < 0.05$) facing all the measured characteristics of the

consultation ambience. When comparing the patient's view with the doctors' through an inferential analysis, no significant difference was found. The patient's medical communication is positively influenced when the doctor is placed at a 90 degree angle to the patient and the computer screen is visible to both in most patients who have been in the office for less than a year and for more than five years and also in 41.3% of patients attending the office between one and five years. In most of these 45.7%, it is found that doctor and patient communication is positively influenced by a 180 degree angle between doctor and patient with computer screen visible by both.

Discussion and conclusions: Doctor–patient communication is positively influenced by patient / medical position at 90 degree angle and the computer screen visible to both.

Key-words: Communication; angle between doctor and patient; display position of the computer relative to the patient; consulting room.

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

USF: Unidade de Saúde Familiar

Introdução

Para este trabalho utilizaremos indistintamente as características doente/pessoa como sinónimos de quem procura a consulta médica. É hoje largamente aceite que comunicação é a base da relação médico-doente. É indiscutível que uma boa comunicação entre o médico e o doente influencia positivamente os cuidados prestados,(1) dado que contribui para melhorar o processo da entrevista médica, facilita a compreensão e a memorização das recomendações médicas.(2) Consequentemente aumenta a satisfação por parte dos doentes, resultando numa maior adesão e maior sucesso de uma terapêutica personalizada. A comunicação médico-doente é ainda referida como um elemento fundamental para estabelecimento do diagnóstico e, muito especialmente, na prevenção de erros no mesmo.(3) O bem-estar do médico também aumenta significativamente,(4) contribuindo para uma maior satisfação profissional. Segundo Miguel Guimarães, Bastonário da Ordem dos Médicos, acredita-se que ‘o investimento na relação médico-doente é uma forma de prevenção da síndrome de *burnout*/exaustão dos médicos e um passo importante para a melhoria da qualidade da Medicina.’(5)

A comunicação clínica é uma tarefa árdua e difícil numa era de constante informatização e requisitos profissionais. São necessárias estratégias por parte do médico para conciliar a comunicação clínica com as múltiplas exigências da consulta, nomeadamente o uso de computador.(6)

Desde a década de 1980, quando o computador foi apresentado ao escritório do médico no mundo ocidental, o seu uso aumentou constantemente.(6) Vários estudos internacionais mostram que o seu uso afeta a comunicação médico-doente.(7-11) Segundo Miguel Guimarães, ‘*O futuro é hoje, e o mundo digital renova-se diariamente para benefício de todos. A valorização das rotinas e a otimização de resultados está cada vez mais dependente do virtuosismo tecnológico. A computação cognitiva já é uma realidade. E a capacidade de*

colocar os computadores e a informação global ao serviço das pessoas e da medicina, tornando-se insubstituíveis por permitirem "pensar" mais longe e mais rápido, traz, naturalmente, inequívocas vantagens. Mas e o real relacionamento entre as pessoas? Como se preserva o essencial da relação entre médicos e doentes? Numa época em que todos nós sofremos o efeito da ditadura dos números e dos indicadores, há que combater a perda de humanização que esta ditadura provoca. Nem um doente é apenas um número nem o seu médico um empregado contratual.'(12)

Segundo Janneke *et al.*, o uso do computador pode de fato afetar negativamente a comunicação médico-doente, mas este vínculo negativo também se encontra relacionado com posição do corpo do médico em relação ao doente.(6) Segundo David Dickson *et al.*, um ângulo de 180 graus entre o médico e o doente está ligado a um maior distanciamento, enquanto que um ângulo de 90 graus vincula uma relação de maior proximidade. Sugere também, que um ângulo de 90 graus é mais apropriado para uma consulta, uma vez que é mais amigável e menos formal do que o ângulo de 180 graus, que pode ser considerado possivelmente intimidante pelos doentes. A distância espacial entre os dois é também uma expressão de distância pessoal.(13) Os médicos precisam de estar conscientes que ao adotarem um ângulo e uma distância apropriada, influenciam positivamente a comunicação com o doente. Um estudo de Greene mostrou que a proximidade é um fator importante para um *feedback* verbal positivo na consulta.(14) A posição do corpo do médico em relação ao doente deve ser favorável à comunicação. Se não for esse o caso, pode surgir um desconforto, o que pode levar a um grave distúrbio da entrevista.

A pertinência e relevância deste artigo prendem-se com a escassez de informação, nomeadamente em Portugal, pretendendo-se estudar a perspetiva tanto do doente como do médico, relativamente à influência da posição do médico e do ecrã do computador em relação ao doente na comunicação clínica.

Materiais e Métodos

1. Aplicação do questionário

Foi realizado um estudo observacional e descritivo numa amostra de 20 médicos e 200 doentes (12 médicos e 120 doentes que se deslocaram à USF Topázio em Coimbra e ao Centro de Saúde da Mealhada e 8 médicos e 80 doentes ao Centro de Saúde de Vizela), em dias escolhidos pela investigadora. Trata-se de uma população de conveniência de 30 médicos e aleatória de 300 doentes com um intervalo de confiança de 95%, uma margem de erro de 5% e com uma taxa de resposta superior a 30%, em função de um número médio esperado de 20 consultas por dia de cada médico, em média. A amostra foi definida quanto ao grupo etário (menor ou igual a 35 anos, entre 36 a 55 anos, entre 56 a 75 anos ou maior ou igual a 76 anos), género (feminino ou masculino), grau de formação académica (até ou maior que o quarto ano), número de consultas com o seu médico atual no último ano (nenhuma, uma, até três ou mais de três), número de anos que frequenta o consultório (menos de um ano, entre um a cinco anos ou mais de cinco anos), vive sozinho ou acompanhado e o vencimento (menor, igual ou superior ao salário mínimo).

A realização deste estudo obteve um parecer positivo por parte da Comissão de Ética da Administração Regional do Centro e das Unidades de Cuidados de saúde primários em causa (Anexo 1).

A recolha dos dados decorreu nos meses de dezembro de 2017 e janeiro de 2018. Foram distribuídos os consentimentos informados em conjunto com os onze questionários a cada médico, um para si e dez para o mesmo distribuir aos seus doentes. A participação no estudo foi voluntária e realizada após consentimento informado. Os questionários foram entregues pelo médico, para um preenchimento em sigilo e anonimato, em função dos dias escolhidos.

Foi aplicado um questionário (Anexo 2 e 3) com quatro imagens com organizações diferentes do gabinete (ângulo de 180 graus entre médico e doente com ecrã do computador visível por ambos, ângulo de 180 graus entre médico e doente com ecrã do computador visível apenas pelo médico, ângulo de 90 graus entre médico e doente com ecrã do computador visível por ambos e ângulo de 90 graus entre médico e doente com ecrã do computador visível apenas pelo médico) para as quais se solicitou a resposta quanto à imagem que favorecia positivamente a comunicação durante a consulta. A comunicação foi avaliada através de seis domínios: *opness*, empatia clínica, empatia geral, integração, sinceridade e confortabilidade. *Opness* consiste na vontade da pessoa se auto-divulgar (revelar informações sobre si mesmo), de ouvir abertamente e de reagir honestamente às mensagens dos outros. A empatia clínica representa a capacidade intelectual do médico para reconhecer e compreender a emoção do paciente, a motivação para comunicar esse entendimento e a capacidade de transferir essa compreensão através de uma comunicação efetiva. A empatia geral considera-se uma resposta automática e involuntária em reação aos sinais emocionais demonstrados por outro. Ela tem um componente cognitivo, que representa mentalmente a situação do outro e um componente afetivo, no qual se identifica emocionalmente com o outro, sem perda da capacidade técnica para interpretar. É considerada uma atitude, que dificilmente pode ser ensinada, em oposição à empatia clínica, que é considerada uma habilidade treinável.⁽¹⁵⁾ A integração traduz-se no ato ou efeito de se tornar parte, de se incluir. A sinceridade baseia-se na expressão de um modo transparente, verdadeiro, sem esconder seus pensamentos, sentimentos ou intenções. E por fim, a confortabilidade constitui a qualidade que proporciona satisfação, tranquilidade e segurança.

O questionário permite não só a visão do doente, mas também do médico.

Foi integralmente realizado pelos investigadores tendo tido a contribuição crítica de 12 pessoas que, preenchendo, não notaram dificuldades em tal tarefa por o julgarem claro e compreensível.

2. Análise estatística

A análise descritiva e inferencial foi realizada no programa SPSS *Software for Windows*[®], sendo realizada estatística descritiva e inferencial. Foi avaliada a normalidade dos dados e realizados qui-quadrados e testes paramétricos, t de *student* e não-paramétricos U de *Mann-Whitney*, com valor estatisticamente significativo de $p < 0,05$.

Resultados

A descrição da amostra de doentes está representada na tabela 1 quanto ao grupo etário, género, escolaridade, número de consultas com o médico atual, número de anos que frequenta o consultório, viver sozinho ou acompanhado e salário. Deve ser realçado que 10 médicos e, conseqüentemente, 100 doentes não responderam.

Tabela 1- Descrição geral e global da amostra de doentes

Variável	n (%)
Grupo etário	
≤ 35 anos	44 (22%)
36-55 anos	80 (40%)
56-75anos	45 (22,5%)
≥76 anos	31 (15,5%)
Género	
Feminino	141 (70,5%)
Masculino	59 (29,5%)
Escolaridade	
≤ 4ºano	45 (22,5 %)
> 4ºano	155 (77,5%)
Número de consultas com o médico atual	
Nenhuma	13 (6,5%)
1	41 (20,5%)
Até 3	72 (36%)
>3	74 (37%)
Número de anos que frequenta o consultório	
<1 ano	5 (2,5%)
1-5 anos	46 (23%)
>5 anos	149 (74,5%)
Agregado familiar	
Vive sozinho	39 (19,5%)
Vive acompanhado	161 (80,5%)
Salário	
< salário mínimo	42 (21%)
Salário mínimo	81 (40,5%)
> salário mínimo	77 (38,5%)

A descrição da amostra dos médicos está representada na tabela 2, cruza o grupo etário e o género.

Tabela 2 - Descrição geral da amostra de médicos

			Género		Total
			Feminino	Masculino	
Grupo etário	Menos de 35 anos	Contagem	5	1	6
		% em género	45,5%	11,1%	30,0%
	36-55 anos	Contagem	5	3	8
		% em género	45,5%	33,3%	40,0%
	56-75anos	Contagem	1	5	6
		% em género	9,1%	55,6%	30,0%
Total		Contagem	11	9	20
		% em género	100,0%	100,0%	100,0%

A descrição dos seis domínios/dimensões descritivas da comunicação em relação às diferentes posições que o médico e o ecrã do computador podem adquirir em relação ao doente estão descritas na tabela 3, tanto na perspetiva do doente como do médico. Verifica-se a preferência pela visualização do ecrã do computador, sendo mais favorável a opinião pela colocação médico/pessoa a 90°.

Tabela 3 - Descrição dos seis domínios/dimensões descritivos da comunicação em relação às diferentes posições que o médico e o ecrã do computador podem adquirir em relação ao doente, tanto na perspetiva do doente, como do médico e a visão que o médico tem sobre o pensamento do doente.

		Ângulo de 180° entre médico e doente com ecrã do computador visível por ambos n (%)	Ângulo de 180° entre médico e doente com ecrã do computador visível apenas pelo médico n (%)	Ângulo de 90° entre médico e doente com ecrã do computador visível por ambos n (%)	Ângulo de 90° entre médico e doente com ecrã do computador visível apenas pelo médico n (%)
Opness (%)	Doente	60 (30%)	35 (17,5%)	86 (43%)	19 (9,5%)
	Médico	5 (25%)	3 (15%)	8 (40%)	4 (20%)
	Médico acerca do doente	4 (20%)	4 (20%)	7 (35%)	5 (25%)
Empatia clínica (%)	Doente	58 (29%)	35 (17,5%)	83 (41,5%)	24 (12%)
	Médico	7 (35%)	2 (10%)	8 (40%)	3 (15%)
	Médico acerca do doente	7 (35%)	1 (5%)	8 (40%)	4 (20%)
Empatia geral (%)	Doente	60 (30%)	34 (17%)	84 (42%)	22 (11%)
	Médico	6 (30%)	2 (10%)	8 (40%)	4 (20%)
	Médico acerca do doente	6 (30%)	1 (5%)	8 (40%)	5 (25%)
Integração (%)	Doente	58 (29%)	35 (17,5%)	85 (42,5%)	22 (11%)
	Médico	6 (30%)	2 (10%)	11 (55%)	1 (5%)
	Médico acerca do doente	6 (30%)	2 (10%)	10 (50%)	2 (10%)
Sinceridade (%)	Doente	58 (29%)	34 (17%)	88 (44%)	20 (10%)
	Médico	6 (30%)	3 (15%)	10 (50%)	7 (35%)
	Médico acerca do doente	6 (30%)	2 (10%)	8 (40%)	4 (20%)
Conforto (%)	Doente	58 (29%)	35 (17,5%)	85 (42,5%)	22 (11%)
	Médico	8 (40%)	4 (20%)	7 (35%)	1 (5%)
	Médico acerca do doente	7 (35%)	4 (20%)	7 (35%)	2 (10%)

Na tabela 4 estão representados os seis domínios/dimensões descritivos da comunicação em relação às variáveis da amostra dos doentes. Após a análise inferencial verifica-se que há relação estatisticamente significativa entre as mesmas apenas para o número de anos de frequência do consultório ($p < 0,05$). Pela tabela 4 verificamos que o número de anos que o doente frequenta o consultório apresenta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com $p = 0,048$ quanto ao *opness*, $p = 0,032$ quanto à empatia clínica, $p = 0,042$ quanto à empatia geral, $p = 0,034$ quanto à integração, $p = 0,034$ quanto à sinceridade e $p = 0,027$ quanto ao conforto.

Tabela 4 - Relação entre os seis domínios/dimensões descritivos da comunicação e as variáveis da amostra dos doentes, utilizando o Teste Kruskal Wallis e o teste U de Mann-Whitney

		<i>Opness</i>	Empatia clínica	Empatia geral	Integração	Sinceridade	Conforto
Significância Assint. (p)	Grupo etário	0,926	0,732	0,891	0,710	0,933	0,991
	Género	0,278	0,381	,531	0,458	0,592	0,648
	Escolaridade	0,200	0,151	,160	0,224	0,171	0,177
	Nº de consultas com o médico atual	0,073	0,069	,060	0,181	0,050	0,072
	Nº de anos que frequenta o consultório	0,048	0,032	0,042	0,034	0,034	0,027
	Viver sozinho ou acompanhado	0,246	0,157	,207	0,129	0,319	0,256
	Salário	0,115	0,120	,064	0,092	0,133	0,150

Na tabela 5 estão representados os seis domínios/dimensões descritivos da comunicação em relação ao número de anos que o doente frequenta o consultório. Verifica-se que todos os doentes preferem o ecrã do computador visível para ambos.

Tabela 5 - Relação entre os seis domínios/dimensões descritivos da comunicação e o número de anos que o doente frequenta o consultório

		Ângulo de 180° entre médico e doente com ecrã do computador visível por ambos n (%)	Ângulo de 180° entre médico e doente com ecrã do computador visível apenas pelo médico n (%)	Ângulo de 90° entre médico e doente com ecrã do computador visível por ambos n (%)	Ângulo de 90° entre médico e doente com ecrã do computador visível apenas pelo médico n (%)
Opness (%)	<1 ano	0 (0%)	0 (0%)	5 (100%)	0 (0%)
	1-5 anos	21 (45,7%)	4 (8,7%)	19 (41,3%)	2 (4,3%)
	>5 anos	39 (26,2%)	31 (20,8%)	62 (41,6%)	17 (11,4%)
Empatia clínica (%)	<1 ano	0 (0%)	0 (0%)	5 (100%)	0 (0%)
	1-5 anos	21 (45,7%)	4 (8,7%)	19 (41,3%)	2 (4,3%)
	>5 anos	37 (24,8%)	31 (20,8%)	59 (39,6%)	22 (14,8%)
Empatia geral (%)	<1 ano	0 (0%)	0 (0%)	5 (100%)	0 (0%)
	1-5 anos	21 (45,7%)	4 (8,7%)	19 (41,3%)	2 (4,3%)
	>5 anos	39 (26,2%)	30 (20,1%)	60 (40,3%)	20 (13,4%)
Integração (%)	<1 ano	0 (0%)	0 (0%)	5 (100%)	0 (0%)
	1-5 anos	21 (45,7%)	4 (8,7%)	19 (41,3%)	2 (4,3%)
	>5 anos	37 (24,8%)	31 (20,8%)	61 (40,9%)	20 (13,4%)
Sinceridade (%)	<1 ano	0 (0%)	0 (0%)	5 (100%)	0 (0%)
	1-5 anos	21 (45,7%)	4 (8,7%)	19 (41,3%)	2 (4,3%)
	>5 anos	37 (24,8%)	30 (20,1%)	64 (43%)	18 (12,1%)
Conforto (%)	<1 ano	0 (0%)	0 (0%)	5 (100%)	0 (0%)
	1-5 anos	21 (45,7%)	4 (8,7%)	19 (41,3%)	2 (4,3%)
	>5 anos	36 (24,2%)	31 (20,8%)	60 (40,3%)	22 (14,8%)

A tabela 6 apresenta a análise inferencial, averiguando se há relação estatisticamente significativa entre a visão dos doentes e a dos médicos ($p < 0,05$). Verificando-se não haver diferenças entre a visão do médico e do doente ($p > 0,05$).

Tabela 6 - Relação entre a visão dos doentes e a dos médicos utilizando o teste U de Mann-Whitney

	Opness	Empatia clínica	Empatia geral	Integração	Sinceridade	Conforto
Significância Assint. (Bilateral) (p)	0,332	0,981	0,488	0,986	0,841	0,176

Discussão e Conclusão

1. Discussão

Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações tais como: a amostra de reduzidas dimensões em situações urbanas, com evidente falta de representação da população em geral, viés de seleção de médicos tendo-se obtido uma amostra de frequentadores de consulta que poderá ser considerada aleatória em função de terem sido escolhidos os dias de observação populacional pela investigadora. Para além disso, 100 doentes e 10 médicos (33,33%) não preencheram o questionário o que pode indicar um viés de informação não diferencial. Outro viés a ter em conta é o da desejabilidade social, dada a tendência dos doentes em responder o que é socialmente desejado ou promovido, isto principalmente nas respostas socioeconómicas (nas questões acerca viver sozinho ou acompanhado e das condições económicas mínimas).(16)

Deverá ter-se em conta que os pacientes que têm uma opinião positiva sobre os seus médicos estarão provavelmente mais inclinados, que outros, para responder a inquéritos sobre os médicos, particularmente quando esta opinião é formada durante um período relativamente longo de contacto com o seu médico. Isto pode gerar um viés de amostragem que pode limitar a generalização dos resultados.(17)

Outra limitação prende-se com o facto de um número baixo de médicos inquiridos o que não permite inferir conclusões estatísticas.

Nesta investigação foi colmatado o possível viés de informação ou comunicação, pois a realização do estudo não foi anteriormente comunicada aos consulentes da possibilidade de serem entrevistados. Foi também evitado o viés do entrevistador dado que o questionário foi preenchido pelos doentes e pelos médicos sem ajuda da entrevistadora.

Tendo estas limitações em consideração, podemos discutir alguns resultados deste estudo.

Influências ambientais na comunicação

Em relação às variáveis (grupo etário, género, escolaridade, número de consultas com o médico atual, número de anos que frequenta o consultório, viver sozinho ou acompanhado e salário) que foram exploradas na amostra de doentes estudada, a única que apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) foi o número de anos que doente frequenta o consultório (menos de um ano, entre um a cinco anos ou mais de cinco anos). Na amostra de doente recolhida, 5 doentes (2,5%) frequentavam o consultório há menos de um ano, 46 doentes (23%) entre um a cinco anos e 149 doentes (74,5%) há mais de cinco anos.

Ao estudar mais aprofundadamente a variável número de anos que o doente frequenta o consultório, cruzando os seis domínios/dimensões descritivas da comunicação (*openness*, empatia clínica, empatia geral, integração, sinceridade e confortabilidade) com as diferentes posições que o médico e o ecrã do computador podem adquirir em relação ao doente (ângulo de 180 graus entre médico e doente com ecrã do computador visível por ambos, ângulo de 180 graus entre médico e doente com ecrã do computador visível apenas pelo médico, ângulo de 90 graus entre médico e doente com ecrã do computador visível por ambos e ângulo de 90 graus entre médico e doente com ecrã do computador visível apenas pelo médico) verifica-se que a comunicação médico doente é influenciada positivamente com o ecrã do computador visível para ambos. O que está em linha com os diversos estudos internacionais que mostram que o uso de computador na sua posição tradicional afeta a comunicação entre o médico e o doente (7-11).

Em todos os 5 doentes (100%), que frequentavam o consultório há menos de um ano verifica-se que a comunicação médico-doente é influenciada positivamente quando o médico

se coloca a ângulo de 90 graus com o doente e o ecrã do computador encontra-se visível para ambos.

Quanto aos doentes que frequentam o consultório entre um a cinco anos, para maioria (45,7%), 21 doentes, é o ângulo de 180 graus entre médico e doente com ecrã do computador visível por ambos que influencia positivamente os seis domínios da comunicação e para 19 doentes (41,3%) há preferência pelo ângulo de 90 graus entre médico e doente com ecrã do computador visível por ambos.

Relativamente aos doentes que frequentam o consultório há mais de cinco anos, o ângulo de 90 graus entre médico e doente com o ecrã do computador visível por ambos é o que influencia positivamente a comunicação nos seus seis domínios, nomeadamente 61 doentes (41,6%) no domínio do *opness*, 59 doentes (39,6%) no domínio da empatia clínica, 60 doentes (40,3%) no domínio da empatia geral, 61 doentes (40,9%) no domínio da integração, 64 doentes (43%) no domínio da sinceridade e 60 doentes (40,3%) no domínio do conforto.

Encontram-se resultados semelhantes na literatura publicada (13,14) que demonstram que um ângulo de 90 graus é mais apropriado para uma consulta médico-paciente dado que vincula uma relação de maior proximidade, mais amigável e menos formal. Sendo esta proximidade um fator importante para um feedback verbal positivo na consulta.

Ao comparar as respostas dadas pelo doente e pelo médico verifica-se que ambos têm a mesma visão. Ambos concordam que o ângulo de 90 graus entre médico e doente com ecrã do computador visível por ambos influenciada positivamente a comunicação.

Não encontramos na literatura médica publicada em Portugal ou por autores portugueses, outros trabalhos nesta área. Merece, portanto, novos trabalhos nesta linha relativamente às consequências desta forma de estar, comparar indicadores entre médicos que têm formas diferentes de organização do consultório, alteração no consultório e resultados da consulta.

2. Conclusão

Nesta amostra, a resposta mais frequente, quanto ao posicionamento do médico relativamente ao doente na consulta, é um ângulo de 90 graus com o ecrã do computador visível para ambos, que possibilita uma melhor comunicação entre ambos.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer ao Professor Doutor Luiz Santiago, um orientador no verdadeiro sentido da palavra, por todo o apoio, disponibilidade e orientação durante todo o percurso.

Agradeço ao Professor Doutor José Augusto Simões, pela coorientação.

Gostaria, também, de agradecer a todos os coordenadores, funcionários, médicos e doentes da USF Topázio e dos Centros de Saúde da Mealhada e de Vizela. Um especial agradecimento ao Dr. Henrique Machado.

Por fim, deixo um agradecimento especial à minha família, ao João, à Cláudia e a todos os meus amigos pelo apoio incondicional.

Referência Bibliográfica

1. Zoppi K, Epstein R. Is Communication a Skill? Communication Behaviors and Being in Relation. *Fam Med*. 2002;34(5):319–24.
2. de Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009;74(3):287–94.
3. Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic Error in Internal Medicine. *Arch Intern Med*. 2005;165(13):1493.
4. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work [Internet]. *Lancet* (London, England);1996;347(9003):724–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8602002>
5. Marques CB. Miguel Guimarães: “Quero ser lembrado como o bastonário que conseguiu dar à relação médico-doente o que lhe está a faltar.” [Internet]. *J Médico*; 2017. Available from: <http://www.jornalmedico.pt/entrevista/33685-miguel-guimaraes-quero-ser-lebrado-como-o-bastonario-que-conseguiu-dar-a-relacao-medico-doente-o-que-lhe-esta-a-faltar.html>
6. Noordman J, Verhaak P, van Beljouw I, van Dulmen S. Consulting room computers and their effect on general practitioner-patient communication. *Fam Pract*. 2010;27(6):644–51.
7. 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;22(1):43–8.
8. Als AB. The desk-top computer as a magic box: patterns of behaviour connected with the desk-top computer; GPs’ and patients’ perceptions [Internet]. Vol. 14, *Family*

- Practice; 1997. p. 17–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9061339>
9. Chan WS, Stevenson M, McGlade K. Do general practitioners change how they use the computer during consultations with a significant psychological component? *Int J Med Inform.* 2008;77(8):534–8.
 10. Chan W, McGlade K. Why do GPs see drug reps? *Br J Gen Pract.* 2003;53(491):492–3.
 11. Frankel R, Altschuler A, George S, Kinsman J, Jimison H, Robertson NR, et al. Effects of exam-room computing on clinician-patient communication: A longitudinal qualitative study. *J Gen Intern Med.* 2005;20(8):677–82.
 12. Guimarães M. Imortalidade da relação médico-doente. [Internet]. *Diário de Notícias*; 2018. Available from: <https://www.dn.pt/opiniao/opiniao-dn/convidados/interior/imortalidade-da-relacao-medico-doente-8923327.html>
 13. Dickson D, Saunders C, Stringer M. *Rewarding people: the skill of responding positively* / David Dickson, Christine Saunders, and Maurice Stringer. London ; New York : Routledge, 1993; 1993.
 14. Greene LR. Effects of verbal evaluation feedback and interpersonal distance on behavioral compliance. *J Couns Psychol.* 1977;24(1):10–4.
 15. Brugel S, Postma-Nilsenová M, Tates K. The link between perception of clinical empathy and nonverbal behavior: The effect of a doctor’s gaze and body orientation [Internet]. *Patient Educ Couns*; 2015;98(10):1260–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.007>
 16. Botelho F, Silva C CF. Urologia AH De, Botelho F. *Epidemiologia explicada – Viéses.* *Acta Urol.* 2010;47–52.

17. Hojat, M., Louis, D. Z., Maxwell, K., Markham, F., Wender, R., & Gonnella JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *Int J Med Educ.* 2010;1:83– 87.

Anexos

Anexo 1- Parecer positivo por parte da Comissão de Ética da Administração Regional do Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Favorável	DESPACHO: <i>Amorim</i> <i>08/12/2017</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
-----------------------------	--

ASSUNTO:	Estudo 106/2017 de 21/11/2017 Influências ambientais na comunicação médico doente: a influência da disposição do médico e doente no gabinete Investigador principal: Maria João Macedo Vale (MIM, FMUC) <i>M. Cabral</i> Vogal, Orientador: : Prof. Dr. Luiz Santiago (FMUC); Prof. Dr. José Augusto Simões (FMUC) <i>Dr. Maria Ruivo</i> Vogal.
----------	---

Tem como objectivos: Descrever como a comunicação médico-doente é influenciada pela disposição do gabinete de consulta, pelo design ambiental, nomeadamente a posição do ecrã do computador em relação ao doente e a colocação do médico versus doente.

Metodologia: Estudo observacional através de questionário a doentes em unidades de cuidados de saúde primários. A participação no estudo será feita após consentimento informado. Os questionários serão aplicados pessoalmente para preenchimento, em sigilo e anonimato. Será estudada uma amostra mínima de 31 médicos e 11 doentes por médico. Os médicos em várias regiões da Região Centro solicitarão a resposta em envelope aos doentes de dias específicos de consulta: 1º dia aos 3 primeiros, 2º dia aos dois últimos, 3º dia aos 4º e 5º, 5º dia ao primeiro e ao último. Para um intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5% com uma perspectiva de resposta de 30% será necessário estudar 172 questionários. Análise estatística inferencial. O estudo será sigiloso e com anonimato dos dados. Os médicos serão igualmente inquiridos com um questionário em espelho em relação ao dos doentes. Será feito um questionário com duas imagens de organização diferente de gabinete para as quais se solicitará a resposta do doente quanto à melhor.

CENTROS ENVOLVIDOS: USFs e UCSPs que admitem o estudo após emissão do parecer da C. de Ética

DOCUMENTOS QUE CONSTAM NO PEDIDO: Curriculum vitae dos co-autores; Documento específico da CES; Protocolo do Estudo; Texto de Consentimento informado para o médico; Texto de Consentimento informado para o doente

Coimbra, 28 de Novembro de 2017

relator: *Carilho*
José António Afonso Pais

O Presidente:
Carilho

Anexo 2- Questionário distribuído aos médicos



Inquérito realizado no âmbito de tese de mestrado em
Medicina Geral e Familiar

Questionário- Influências ambientais na relação médico doente

A participação no estudo é de carácter voluntário e, caso não queira participar, não terá quaisquer prejuízos, assistenciais ou outros.

Será garantido que ninguém sabe quem respondeu nem como respondeu.

Mais pessoas, sorteadas para tal, serão questionadas para que possamos tirar conclusões para que no futuro possamos melhorar os nossos cuidados. Para isso pedimos ajuda a uma aluna do 6ºano de Medicina que assim realizará este trabalho como sua Tese de Mestrado.

Não existem respostas certas ou erradas. Por isso lhe solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Demorará cerca de 2 minutos.

Presumimos o seu consentimento informado pela resposta ao questionário. Obrigado pela sua colaboração!

I –Dados gerais do médico

Idade: Menos de 35 anos ; 36 a 55 anos ; 56 a 75 anos

Sexo: Mulher ; Homem .

II – Perceção das influências ambientais na relação médico doente

Por favor, assinale com uma cruz o quadrado respetivo às 4 seguintes situações apresentadas (A, B, C e D).



Situação A



Situação B



Situação C



Situação D

Frase: Em que situação....	Posição	Posição	Posição	Posição
	A	B	C	D
... Está mais à vontade para falar sobre as suas necessidades, preocupações e receios com o médico?				
... Sente que o médico entende as suas preocupações, receios e necessidades?				
... O médico consegue ver as coisas na sua perspetiva?				
... Se sente mais envolvido no processo de decisão?				
... Sente mais sinceridade por parte do médico?				
... Se sente mais confortável?				
Em que posição julga que os seus pacientes...				
... Se sentem mais à vontade para falar das suas necessidades, preocupações e receios.				
... Sentem que o médico entende melhor as suas necessidades, preocupações e receios.				
... Sentem que o médico consegue ver as coisas na sua perspetiva.				
... Sentem que participam no processo de decisão.				
... Sentem haver mais sinceridade do médico.				
... Sentem mais confortáveis.				

	Posição A	Posição B	Posição C	Posição D
Em que posição, como médico, melhor se sente na estrutura do seu gabinete?				

III- Comentários/Reflexões Pessoais

Anexo 3- Questionário distribuído aos doentes



Inquérito realizado no âmbito de tese de mestrado em
Medicina Geral e Familiar

Questionário- Influências ambientais na relação médico doente

A participação no estudo é de carácter voluntário e, caso não queira participar, não terá quaisquer prejuízos, assistenciais ou outros.

Será garantido que ninguém sabe quem respondeu nem como respondeu.

Estamos a questioná-lo pois é preciso saber a melhor disposição do gabinete de consulta para melhor o poder ajudar. Para isso pedimos ajuda a uma aluna do 6ºano de Medicina que assim realizará este trabalho como sua Tese de Mestrado.

Não existem respostas certas ou erradas. Por isso lhe solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Demorará cerca de 2 minutos.

Presumimos o seu consentimento informado pela resposta ao questionário.

Obrigado pela sua colaboração!

I –Dados gerais

Idade: Menos de 35 anos ; 36 a 55 anos ; 56 a 75 anos ; Mais que 76 anos .

Sexo: Mulher ; Homem .

Escolaridade mais alta que tem: \leq 4º ano ; $>$ 4ºano .

Consultas com este médico(a) no último ano: Nenhuma ; 1 ; até 3 ; Mais do que 3 .

Há quantos anos frequenta este consultório? Menos de 1 ano ; Entre 1 e 5 anos ; Mais de 5 anos .

Vive: Sozinho ; Acompanhado .

Ganha: Menos que o salário mínimo ; O salário mínimo ; Mais que o salário mínimo .

II – Perceção das influências ambientais na relação médico doente

Por favor, assinale com uma cruz o quadrado respetivo às 4 seguintes situações apresentadas (A, B, C e D).



Situação A



Situação B



Situação C



Situação D

Frase: Em que situação...	Posição A	Posição B	Posição C	Posição D
... Está mais à vontade para falar sobre as suas necessidades, preocupações e receios com o médico?				
... Sente que o médico entende as suas preocupações, receios e necessidades?				
... O médico consegue ver as coisas na sua perspetiva?				
... Se sente mais envolvido no processo de decisão?				
...Sente mais sinceridade por parte do médico?				
...Se sente mais confortável?				

III- Comentários/Reflexões Pessoais
